

Ginecología y Obstetricia de México

Volumen 94 · Suplemento 1 · 2026

74 CONGRESO MEXICANO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

MÉRIDA, YUCATÁN. DEL 8 AL 11 DE NOVIEMBRE 2026

INNOVACIÓN EN ACCIÓN POR LA MUJER



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

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

ISSN-0300-9041

ISSNe-2594-2034



74 CONGRESO MEXICANO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

MÉRIDA, YUCATÁN. DEL 8 AL 11 DE NOVIEMBRE 2026

INNOVACIÓN EN ACCIÓN POR LA MUJER

Volumen 94, Suplemento 1, 2026

[https://doi.org/10.24245/gom.v94i\(Supl_1\).11552](https://doi.org/10.24245/gom.v94i(Supl_1).11552)

CONTENIDO

PRESENTACIÓN

Los trabajos libres: formación científica y memoria académica en ginecología y obstetricia
Enrique Nieto Ramírez

S5

OBSTETRICIA GENERAL

- S1 Impacto farmacoterapéutico de antibióticos LASA**
Víctor Manuel Elizalde Valdés,¹ Mayred Yeselin León García,² Martha Díaz Flores³
- S1 Factores de riesgo para gastroquiasis**
Francisco Villa-Villagrana, J. Guadalupe Panduro-Barón, Brenda Isabel Villa-Ochoa, Andrea Carolina Ocaña-Gómez, Mabel Ochoa-Hernández
- S2 Impacto de la escolaridad de las madres en el control prenatal**
Óscar Rubén Treviño-Montemayor, Vanessa Jaqueline Meraz Pinales, Christopher Guajardo Castillo, Luis Abel Guzmán-Ochoa, Abel Guzmán-López
- S2 Cardiopatía y anticoncepción inmediata postparto**
Norma Velázquez Ramírez, Margarita Concepción Ruíz Huerta, José Juan Valdéz Aguayo, José Luis Santos Arriaga
- S3 Tratamiento con metotrexato en embarazo ectópico no roto**
Paulina Juliette Alvarado Martínez, Hilda Socorro Valadez Hernández, Andrea Elizabeth López Macías, Stephanie Valle Rodríguez, Susana Carolina de Anda González
- S4 Violencia intrafamiliar en el embarazo**
Victoria Martínez Gaytán, Víctor Emilio Alfaro Rodríguez, Jennifer Denisse Sequeira González, Juan José Bazaldúa Cruz, Caballero Trejo Amílcar
- S4 Biofeedback ecográfico durante el pujo materno**

Esteban Lizárraga Cepeda, Francis Sarahí Suárez Ávila, Enrique Javier Saldivar Ornelas, Jesica Mabel Rodríguez Martínez

Embarazo de localización desconocida y metotrexato

Andrea Zaret de la Garza López, Rafael Vázquez Velázquez, Alberto González González, Marina Rugerio Ramos

S5

Vitamina D en el embarazo

Enrique Reyes Muñoz, Jorge Sánchez Varela, Diana Estefanía Arellano Chacón, Ariadna Belén Ortega Suárez, Alicia Esparza Guzmán

S6

Trombosis del seno sagital superior y PRES

Tomás Ignacio Guzmán Pérez, Ana Patricia González Rangel, Óscar Rubén Treviño Montemayor, Clara del Carmen Flores Acosta, Abel Guzmán López

S6

Cáncer cervicouterino y embarazo

José Alberto Villarreal Rodríguez, Eva Edith Arroyo González, Myrna Ernestina Sánchez, Roberto Ambríz López, Juan Antonio Soria López

S7

Embarazo heterotópico

Yazmín Guadalupe Ríos González, Blanca Carranza Sánchez, Miguel Orozco Rodríguez, Jonathan Alan Romero Calderón

S7

Ruptura uterina posterior en un útero no cicatrizal

Stefany Paola Chairez Rocha, Saenz Santibañez Johanna, Samantha Gómez Trejo

S8

Pielonefritis enfisematosa puerperal: caso clínico

Francisco Octavio Macías Belman, Gerardo Edu Castillo López, César Salvador Valdéz Chávez, Santiago Salvador Hernández Zamora, Lyzbeth Izamara García López

S8

Siameses cefalotoracópagos: reporte de caso

Blanca Estefanía Guzmán López, Juan Luis Zaragoza Ponce, Laura Lizeth Reyes Aguirre, Eva Elizabet Ca-



- S9 **Lesión hepática aguda en el embarazo**
José Manuel Oviedo Salas, Eva Elizabeth Camarena Pulido, Beatriz Cruz Muñoz, Maharta Estefanía Olivares Márquez, Arantza Rosalía Ocejó Campos
- S9 **Tumor ovárico benigno fortuito en el embarazo**
Maharta Estefanía Olivares Márquez, Karina Elizabeth Guerrero Hernández, Daniela Mendoza Mendoza, José Manuel Oviedo Salas, Eva Elizabeth Pulido Camarena
- S10 **Embolismo pulmonar con infarto pulmonar en primer**
Arantza Rosalía Ocejó Campos, Juan Luis Zaragoza Ponce, José Manuel Oviedo Salas, Beatriz Cruz Muñoz
- S10 **Osteosarcoma en una adolescente embarazada**
María Fernanda Juárez Méndez, Francisco Ibarra Espinoza, María Fernanda López Torres
- S11 **Embarazo ectópico cervical con actividad cardíaca**
Saúl Estrella Esquivel, Alexander Porter Magaña, Gabriela Anahí Corzo Matías
- S11 **Embarazo ectópico cervical una poco frecuente localización**
Daira Mitchell Reyes Vieyra, Nallely Castillo Ronda, Dolores Gil Clemente
- S12 **Óbito fetal por intervallos histiocítica**
Luis Fernando Medina Chanona, Ethel Acevedo López, Denisse Alejandra Ibarra Acevedo, Carlos Valdespín Fierro
- S12 **Atención obstétrica del embarazo y abdomen hostil**
Alba Mabel Mazariegos Velázquez, Luis Arturo Díaz Moreno, Ana Fernanda Hernández Álvarez
- S13 **Desprendimiento masivo prematuro de placenta normoinsera: del óbito al útero de Couvelaire**
Andrea Miranda García Arrambide, María Stephanía Puente Prado, Michelle Vázquez Mancilla
- S13 **Displasia mesenquimal placentaria**
Karen Marlen Ponce Quirarte, Arturo Javier Torres Mercado, Nicole Macías Lozano, Paola Cristina Raygoza Murillo
- S14 **Ruptura hepática espontánea**
Alberto Balderas Mercado, Armando Elías Delgado Delgado, Laura Georgina Olivas Gutiérrez, Emilio Quiñonez Guereque
- S14 **Hidrocefalia fetal aguda**
Alberto Valente Castillo, Alberto Balderas Mercado, Jesús Manuel Ortega, Jesús Enrique Valdez Hernández
- S15 **Diagnóstico prenatal de atresia tricuspídea y comunicación interventricular**
Luis Edel Perea Rodríguez, Luis Gerardo Ruiz Vázquez, Miguel Ángel Soto Adame, Yara Karime Fierro Ostos, Alberto Valente Castillo
- S15 **Sospecha atresia esofágica: ultrasonido prenatal**
Alberto Valente Castillo, Alberto Balderas Mercado, Jesús Manuel Ortega Flores, Yara Karime Fierro Ostos
- S16 **Gran cistoadenoma ovárico en una adolescente embarazada**
María Fernanda Guerrero Nava, Francisco Ibarra Espinoza, Jesús Jorge Beltrán Montoya
- S16 **Fístula trigono-vesicocervical secundaria a parto**
José Luis Aquino Hernández, Diana Mirely Corona Reyes, Jorge Alberto Ramírez Matus, Angélica Monserrat Sánchez Mazariegos
- S17 **Tumor adenomatoide intraligamentario**
Yazmin Alejandra Bejarano Trujillo, Yamile Michael Maldonado Serrano, Ana Rosa Marrero Luján, Kevin Aguirre Castro
- S17 **Sarampión en el embarazo**
Luis Gerardo Ruiz Vázquez, Alberto Valente Castillo, Luis Edel Perea Rodríguez, Jesús Ernesto Villegas Espinoza, Yara Karime Fierro Ostos
- S18 **Más allá de retirar un cerclaje**
Carolina Velázquez González, Enrique Alejandro Gordillo Gómez
- S19 **Del óbito fetal a la coagulopatía catastrófica**
Carolina Velázquez González, Enrique Alejandro Gordillo Gómez
- S19 **Embarazo ectópico cervical: diagnóstico oportuno y tratamiento**
Laura Lizeth Reyes Aguirre, Clotilde Fuentes Orozco, Alejandro González-Ojeda, Blanca Estefanía-Guzmán López, Eva Elizabeth Camarena Pulido
- S19 **Útero de Couvelaire en contexto de desprendimiento prematuro de placenta normoinsera**
Marco Aurelio Nava Carbajal, Joel Huazo García, Elizabeth García Pasten
- S20 **Diástasis traumática de la sínfisis del pubis**
Fernanda Lizeth Castrejón Nava, Adriana Alejandra Figueroa Alcalá, Víctor Hugo Ramírez Santes
- S20 **Cistadenoma gigante con triple torsión en paciente embarazada**
Lesly Mariana De Haro Del Río, Alfonso Correa Bermúdez, Berenice Herrera Pecina
- S21 **Histeroscopia en embarazo ectópico cervical**
Marcos Iglesias González, Miguel Ángel González Nazar, Francisco Jesús Sosa Bravo, César Guadalupe González Espinoza, Jessica Coello Maldonado
- S22 **Embarazo heterotópico y desenlace perinatal**
Jeanette Martínez Rentería, Wendy Nathalie Rivera Martínez, Venance Basil Kway, Dulce Karina Sanjuanero Navarro
- S22 **Embarazo ectópico en cicatriz uterina previa**
Arantxa Arrese-Igor Vícuña, Víctor Hugo Ramírez Santes, Pilar De Abiega Franyutti, Diana Laura Díaz Pérez, Diego Arturo González Vázquez
- S23 **Resultado adverso por grandes fibromas uterinos**
Sebastián Duno Caldera, Francisco Ibarra Espinoza, Jesús Jorge Beltrán Montoya, Silvia Fabiola Estrada Rivera, Alejandra Castañeda Gutiérrez
- S23 **Ligadura de arterias hipogástricas en acretismo**
Víctor Abraham Cavazos García, Pablo Lara Treviño, Jorge Armando Solís Sahagún, Marcela Solís Montoya, Mirthala Martínez Ruiz
- S23 **Acretismo 3A en primigesta sin cicatriz uterina**
Froy Inés Méndez Salas, Ángel Lemus Huerta, Víctor Hugo Ramírez Santes, Santos Salguero Zacarías, Diana Laura Díaz Pérez



- S24 Necrosis uterina tras sutura de Hayman y Tsurulnik**
Natalia Barrios Marínes, Aldo Francisco Rodríguez Ruiz
- S24 Dengue atípico en el embarazo**
Melanie Julieth Aguilar Granados, Carlos Alberto Gaxiola Soto
- S25 Osteogénesis imperfecta COL1A1**
Diana Laura Elías Rendón, César Humberto Fregoso Ron
- S25 Embarazo ectópico ovárico roto reporte de caso**
Arroniz Corro María Fernanda, Yáñez Morales Carolina, De la O Contreras Esther Noemy
- S26 Cornuostomía hemostática en embarazo intersticial**
Angulo Mina Nora Elena, Carreón Macías Isabel Patricia, Contreras Bueno Adriana, Cutiva Oyola Jennifer Virginia
- S26 Feto papiráceo en aborto de embarazo triple**
Alison Janet Illán Guzmán, Lissete Ávila Gutiérrez
- S27 Anomalía de Ebstein y síndrome de Wolff-Parkinson**
Brondo-Bustos, Marianne Aile, Silva-Delgado, Ilse Leticia
- S27 Mola parcial no diagnosticada con muerte fetal**
Fauve Guardado Trujillo, Jorge Luis Cantú Méndez, Erika Lizette Rincón Flores, José Carlos Martínez Ramírez, Héctor Fernández Díaz
- S28 Crisis convulsivas recurrentes en el puerperio**
Arantza Lucía González Leal, Arcadio Salinas Martínez
- S28 Embarazo en cuerno rudimentario**
Francis Sarahí Suarez Ávila, Valeria Salinas Macchiallo, Enrique Javier Saldivar Ornelas, Jessica Mabel Rodríguez Martínez, Esteban Lizárraga Cepeda
- S29 Heterogeneidad de la enfermedad trofoblástica**
Sofía Andrea Escamilla Torres, Víctor Manuel Hernández Bautista, Andrea Rodríguez Gutiérrez, Sofía Espinosa Sánchez, Elvis Matus Castillo
- S29 Tratamiento de pacientes con SUA en May-Thurner**
Francis Sarahí Suarez Ávila, Fernando ayala Aguilera, María Elizabeth Fraustro Ávila
- S30 Ruptura de cuerno rudimentario en el embarazo**
Francis Sarahí Suarez Ávila, Valeria Salinas Macchiallo, Enrique Javier Saldivar Ornelas, Jessica Mabel Rodríguez Martínez, Esteban Lizárraga Cepeda
- S30 Embarazo heterotópico con ruptura tubárica**
Daniela Arantza Zaragoza Morales, León Izarra Carmen Victoria, Zavala Barrios Berenice, Rivas Corchado Luz María
- S31 Hígado graso agudo del embarazo complicado**
María Fernanda Jiménez Velasco, Ana Karen Sosa Esquivel, Edson Artemio Rodríguez Govea
- S31 Embarazo heterotópico espontáneo**
Karla Andrea Carrillo Sánchez, Andrea Guadalupe Barrera García, Héctor Eduardo Meza Linares, Gerardo Edu Castillo López, Vianney Martínez Becerril
- S32 Enfermedad hepática esteatósica en el embarazo**
Fernando Contreras Silva, Melanie Julieth Aguilar Granados, Carlos Alberto Gaxiola Soto, Franklin Gaddiel Ramírez Escalante
- S32 Tumoración anexial en embarazo gemelar**
José Eduardo León Habana, Valeria Bustillos Ponce, Paola Alejandra Obregón Ortiz, Melchor Cantú Santos
- S33 Embarazo ectópico en cicatriz de cesárea previa**
Martín Cubos Martínez, Damaris Anahí Torres Alonso, Antonio Jesús Briseño Sainz
- S33 Adeniosis y ruptura uterina**
Nancy Vergel Cervantes, Daniela Lizette Carmona Herrea Gerardo, de Jesús Reyes Díaz
- S34 Cornuotomía conservadora con preservación de la**
Diana Laura Rodríguez Guevara, Marycarmen Hernández Cardoso, Alejandra Anahí Carlos Chavez, Tatiana Rodríguez Rodríguez
- S34 Desafío diagnóstico de embarazo ectópico cervical**
Amalia Monserrat Ulloa Ulloa, Pamela Monserrat Vidales Higuera, José Juan Quilantán Cabrera
- S35 Frecuencia y factores asociados a complicaciones**
César Alejandro Alonso Tellez, Verónica Rocha Ramírez, Erik Josue Álvarez Rojas
- S35 Trombosis del seno venoso en el puerperio**
Mireya Natalia López Antunez, María del Rocío Chillopa Rodríguez, Raymundo Malvaez Ríos
- S36 Fibromatosis desmoide en el embarazo**
Nancy Vergel Cervantes, Fernanda Lizeth Castrejón Nava, Laura Karina Barrera Román
- S36 Embarazo a término con útero septado**
Zatarain Mendivil José Pavel, Morales Montoya Luis Enrique, Arce Pérez María Yamileth, Félix Sañudo Alexis, Sánchez López Mariana
- S37 Atención obstétrica en una paciente con leucemia mieloide crónica**
Pamela Monserrat Vidales Higuera, Amalia Monserrat Ulloa Ulloa, Maharta Estefanía Olivares Márquez, Catherin Lizette Castillo Duarte, Luis Fernando López Ávalos
- S37 Placenta acreta: un desafío multidisciplinario**
Belmarez Zepeda Anahí Lucero, Hernández González Elvira Estefanía, Mendez Aguirre Piedad Omar, Ling García José Pablo, De La Torre Troncoso Alicia Nohemi
- S38 Histerectomía en embarazo de ocho semanas por miomas**
Sebastián Duno Caldera, Francisco Ibargüengoitia Ochoa, Jesús Jorge Beltrán Montoya, Silvia Fabiola Estrada Rivera, Alejandra Castañeda Gutiérrez
- S38 Tumor desmoide en la pared abdominal y embarazo**
Sebastián Duno Caldera, Francisco Ibargüengoitia Ochoa, Jesús Jorge Beltrán Montoya, Jessica Villafañá Trejo, María Fernanda López Torres
- S38 Cambios del índice de pulsatilidad uterino y desenlace gestacional**
Daniela Cuéllar Rodríguez, César Arcadio Cruz Salas, Oscar Javier Coronado López, Miguel Ángel González Nazar
- S39 Acné vulgar recurrente asociado con el embarazo**



- Cristina Bernal Ruvira, Laura Ivette Casas Nava, Marco Antonio Amoroso Hernández, Roberto Cabrera Cariño
- S39 Estado epiléptico superresistente en el embarazo**
Paola Alejandra Obregón Ortiz, Brenda Lisset Briones Bernal, Regina Martínez García Lascrain, José Eduardo León Habana, Valeria Bustillos Ponce
- S40 Vascularidad miometrial mejorada**
Juárez Méndez María Fernanda, Ibargüengoitia Ochoa Francisco, Miguel Pérez Pedro Silvestre, Lemus Huerta Angel
- S40 Sífilis en embarazo: tratamiento en pacientes con alergia a la penicilina**
Evelyn Lizbeth Flores Vázquez, Bernardo Aguirre Fernandez, Rogelio Castillo Luna
- S41 Embarazo viable después de la resección de útero bicorporal**
José Eduardo León Habana, Valeria Bustillos Ponce, Melchor Cantú Santos, Cuauhtémoc Gutiérrez Maldonado, Diego González Oropeza
- S41 Tetralogía de Fallot y embarazo**
Magda Alicia Murillo Miranda, Manuel Mendoza Huerta, Arantxa Pérez Palau
- S42 Resolución quirúrgica de aborto incompleto en útero**
Rogelio Luna Castillo, Víctor Ricardo Mendez González, Camila Bonitzu Melendez Acevedo, Elia Lorena Vicuña Valera
- S42 ¿Preeclampsia vs hígado graso agudo del embarazo?**
A. Pantle-Espinoza, M.F. Muñoz-Velázquez, R. Castillo-Luna
- S43 Síndrome de bandas amnióticas**
Mario Alberto Ojeda Arrona, Romario Jorge Maldonado Tovar, Roberto Carlos Ornelas Chávez, Víctor Hugo Romero Mejía
- S44 Leptospirosis en el embarazo: del síndrome febril**
Alma Elvira Jacome Cordoba, Sonia Alicia Muñoz Macías, Amairani Guadalupe De La Cruz Cantor, Linda Estefany García Valdéz
- S44 Cirugía control de daños y hemorragia obstétrica**
Mayeli Carpio Granillo, Jaime Iván Ramírez Quintero, Huber Beyza Suazo
- S45 Retención urinaria posparto y proteinuria**
Pamela Monserrat Vidales Higuera, Mariana Hernández Rojas, Eva Elizabeth Camarena Pulido
- S45 Síndrome de hiperestimulación ovárica**
Sonia Alicia Muñoz Macías, Amairani Guadalupe De La Cruz Cantor, Alma Elvira Jacome Cordoba, Linda Estefany García Valdéz
- S46 Diagnóstico prenatal de higroma quístico**
Carolina Yañez Morales, Perlá Morales Herrera, Claudia Ivet Castañeda Zepeda
- S46 Hemorragia obstétrica secundaria a histerorrafia**
Daniela Pastor Biera, Rogelio Castillo Luna
- S47 Ruptura espontánea de hematoma subcapsular hepático**
Vianney Martínez Becerril, Jesica Rubí Fuerte Freyre, Andrea Guadalupe Barrera García, Gerardo Edu Castillo López, Karla Andrea Carrillo Sánchez
- S47 Tromboembolismo pulmonar y neumotórax en el puerperio**
Alejandra Romero Zermeño, Juan Alberto Reyes Perales
- S48 Hematoma infundibulopélvico con extensión retroper**
Andrea Martínez Riquelme, Alejandro Roberto Pliego Pérez
- S48 Persistencia de enfermedad trofoblástica posterior**
Ana Rosa Marrero Luján, Yamile Michael Maldonado Serrano, Yazmin Alejandra Bejarano Trujillo
- S49 Epidermólisis bullosa durante el embarazo**
Xama Andrea Lara Martín, Irain Guadalupe Medel Galicia
- S50 Embarazo alto riesgo taquicardia supraventricular**
Linda Estefany García Valdez, Sonia Alicia Muñoz Macías, Alma Elvira Jacome Córdoba, Amairani Guadalupe de la Cruz Cantor
- S50 Hígado graso agudo del embarazo**
Nayetzin Yael Hortiales Guzmán, Diana Laila García García, Alfredo Ramírez Miranda, Oliver Aldhair Miguel Estrada, Karina Paisano Cerón
- S51 Embarazo cornual: reto diagnóstico y terapéutico**
Kenia Haydee Arellanes Vázquez, Andrea Martínez Riquelme, Griselda Rojas Martínez, Alejandra E. Ramírez Magaña, Evelyn Yunnuel Ramírez Constantino
- S51 Preeclampsia temprana a las 22 semanas de gestación**
Jesús Raziel García Saldivar, Esperanza Aguilar Fuentes, Nidia Marisol Rojas Pérez
- S51 Comportamiento epidemiológico y dinámica temporal**
Alejandro Lenin Villalobos Rodríguez, Jarol Lizandro Pat Góngora, Ana Rubí Poot Poot, Maximiliano Rivera Vargas
- S52 Vitamina D en el embarazo: de la evidencia a la...**
Enrique Reyes Muñoz, Jorge Sánchez Varela, Diana Estefanía Arellano Chacón, Ariadna Belén Ortega Suárez, Alicia Esparza Guzmán
- S53 Frecuencia hospitalaria de embarazo ectópico**
Gloria Abril Serrano López Valdez, Dulce Lirio Cano Martínez, Jesica Tapia Ramírez, Judit Hadassa Ramírez Negrete
- S53 Cerclaje de emergencia: Experiencias y desenlaces**
Juárez Méndez María Fernanda, Godínez Medina Andrea, Lumbreras Márquez Mario Isaac, Rodríguez Bosch Mario Roberto, Ortega Castillo Verónica de Jesús
- S54 Embarazo ectópico en cicatriz de cesárea previa**
José Eduardo Pacheco Jiménez, Diana Laura Rodríguez Murillo, Isela Juliana Barrita Domínguez, Danniela Niebla Cárdenas, Lizette Manzo Carrillo
- S54 Parto después de cesárea: prevalencia**
Aníbal Eladio García Gracia, Eunice Helvia Rodríguez Ayala
- S55 Procedimientos quirúrgicos en acretismo placentario**
Ana Paulina Vázquez Guerra, Mario Roberto Rodríguez Bosch, Mario Isaac Lumbreras Márquez, Sandra Acevedo Gallegos, Yackeline Pequeño Niño



- S56 Factores asociados con el fracaso del trabajo de parto**
Ruiz Cruz Ileana, Gómez Islas Mariel, Hernández Hernández Néstor, López Gracia Hugo
- S56 Algoritmo years: diagnóstico de tep en el embarazo**
Karla Itzel Gómez Orozco, Enrique Ortega Mena, Néstor Jesús Hernández Hernández
- S56 Composición de cesáreas en un centro de referencia**
Valeria Bustillos Ponce, Daniel Alberto Esquivel González, Cuauhtémoc Gutiérrez Maldonado, Diego González Oropeza
- S57 Desenlaces materno-fetales en pacientes con cerclaje de urgencia**
De la Puente-Gómez AZ, Vielma-Crespo K, Arrese-Igor-Vicuña A, Vergel- Cervantes N, Ramírez-Santes V
- S58 Etenlaces del cerclaje por historia en el INPer**
De la Puente-Gomez, AZ, Vielma-Crespo, K, Arrese-Igor-Vicuña, A Vergel-Cervantes N, Ramírez-Santes V
- S58 Gestaciones triples: desenlaces perinatales**
Mitzi Teresa Arias Renedo, Frida Paola Sandoval Gómez, Víctor Hugo Ramírez Santes, Lisbeth Camargo Marín, Mario Guzmán Huerta
- S59 Guías mexicanas vs internacionales en obstetricia**
Mario Alberto García Arteaga, Salomón Daniel Roberto Pardo Roca, Yazmin Copado Mendoza, Sandra Acevedo Gallegos, Mario Isaac Lumbreras Márquez
- S59 Infección del sitio quirúrgico obstétrico**
Araujo Carrillo Alan Enrique, Alemán Ceballos Erika, Aguirre García Rosaura, Lugo Aguilar Fatima Belen, Jiménez Garay Tania
- S60 Evaluación de métodosclínicos y us para peso fetal**
Morales Ramírez Tsayamhal Roxana, Hernández Hernández Néstor Jesús
- S61 Desenlaces maternos fetales y neonatales en C.I.E.**
María José García Espinosa, Daisy Aillyn Martínez, Guillermo Garduño García, Abril A. Arellano Llamas
- S61 Lesiones placentarias y artritis reumatoide**
Andrea Michelle Asaf Calderón, María del Carmen Zamora Medina, Mario Isaac Lumbreras Márquez, Martha Leticia Palafox Vargas
- S62 Accesos quirúrgicos en acretismo placentario**
Ana Paulina Vázquez Guerra, Mario Roberto Rodríguez Bosch, Mario Isaac Lumbreras Márquez, Sandra Acevedo Gallegos, Yackeline Pequeño Niño
- S62 Desenlaces del cerclaje por historia Instituto Nacional de Perinatología 2025**
De la Puente-Gomez, AZ, Vielma-Crespo K, Arrese-Igor-Vicuña A, Vergel- Cervantes N, Ramírez-Santes V
- S63 Diagnosticada pero no tratada**
José Tirán Saucedo, Natalia Maida Méndez, Mariana Ibarra Camps

MEDICINA MATERNO FETAL

- S64 Secuencia acrania-exencefalia-anencefalia**
Hilda Andrea López Ramírez, Aldo Francisco Rodríguez Ruiz
- S64 Caracterización del labio y paladar hendido fetal**
Velázquez Torres Berenice, Arellano García Sandra,

- Camarena Cabrera Dulce, Ramírez Calvo José Antonio, Gallardo Gaona Juan Manuel
- S65 Alteraciones fetales detectadas por trimestre**
Juan Manuel Gallardo Gaona, Yubia Amaya Guel, Dulce María A. Camarena Cabrera, María José Rodríguez Sibaja, Grecia Estefania Guevara Erceg
- S65 Bandas amnióticas**
Paulina Juliette Alvarado Martínez, Esteban Alejandro Rodríguez Méndez
- S66 Secuestro broncopulmonar: técnica FLAFA**
Luis Abel Guzmán Ochoa, Abel Guzmán López, Felipe Antonio Morales Cuéllar, Yaneth Arely Chávez Loya, Vanessa Jaqueline Meraz Pinales
- S66 Anemia aplásica aguda en el embarazo**
Andrea Zárete de la Garza López, Alberto González González, Stephanie San Juan Hernández
- S67 Gemelos toracoonfalópagos**
Morales Bautista David Fernando, Juárez González Mariana, García Velazquez Jessica Mayleth
- S68 Síndrome deleción 1p36: fenotipo ultrasonografico**
Óscar Rubén Trevino Montemayor, Felipe Antonio Morales Cuéllar, Vanessa Jaqueline Meraz Pinales, María Del Carmen Flores Acosta, Abel Guzmán López
- S68 Fenotipo fetal complejo y trisomía 13**
Juan Antonio Soria López, Vanessa Jaqueline Meraz Pinales, Felipe Antonio Morales Cuéllar, Esthela Janet Trejo Guzmán, Ivan Vladimir Davila Escamilla
- S69 Rbdomioma cardiaco asociado a esclerosis tuberosa**
Andres Murillo Mendoza, María Celeste Esquivel Marín, Ramón Armando Lobo Oliva, Esthela Janet Guzmán, Abel Guzman López
- S69 Complejo Fallot con duplicación cromosoma 22q13.33**
Tomás Guzmán Pérez, Nubia Alejandra Wong Arce, Alexis Rolando Cisneros Cavazos, Andrés Murillo Mendoza, Abel Guzmán López
- S70 Taussig-Bing: caracterización ecográfica fetal**
Andres Murillo Mendoza, Alexis Rolando Cisneros Cavazos, Nubia Alejandra Wong Arce, Tomas Ignacio Guzman Perez, Juan Antonio Soria Lopez
- S70 Síndrome de Ehlers-Danlos**
Victoria Martínez Gaytán, María Vanessa Sánchez Martínez, Laura Patricia Gallegos Gloria, Denisse Guzman Ramírez, Carlos Horacio Burciaga Flores
- S71 Restricción del crecimiento fetal selectiva e hipo-plasia ventricular izquierda**
Luis Abel Guzmán Ochoa, Yaneth Arely Chávez Loya, Ilse Alejandra Chavarria Rodríguez, Andrés Murillo Mendoza, Esthela Janet Trejo Guzmán
- S71 Agenesia del ductus venoso extrahepática**
Andrés Murillo Mendoza, Ilse Alejandra Chavarria Rodríguez, Yaneth Arely Chávez Loya, Alberto Villarreal Rodríguez, Tomás Ignacio Guzmán Pérez
- S72 Síndrome de Body Stalk**
Juan Antonio Soria López, gla Evelyn Barrera Landa, Kenia Yaressy Zavala Esparza, Luis Abel Guzmán Ochoa, Esthela Janet Trejo Guzmán



- S72 Malformación linfática macroquística cervical**
Abel Guzmán López, Kenia Yaessy Zavala Esparza, Eglá Evelyn Barrera Landa, Tomás Ignacio Guzmán Pérez, Esthela Janet Trejo Guzmán
- S73 Embarazo y coartación de la aorta**
Victoria Martínez Gaytán, Laura Patricia Gallegos-Gloria, María Vanessa Sánchez Martínez, Nancy Elena Guzmán Delgado, Luis Alberto Pugliesse de la Fuente
- S73 Signo de doble burbuja en el diagnóstico prenatal**
Luis Abel Guzmán Ochoa, Ramón Armando Lobo Oliva, María Celeste Esquivel Martín, Lilia Cano Hinojosa, César Emmanuel Ramírez Martínez
- S74 Embarazo ectópico cervical: infiltración y ruptura**
Vega Cárdenas Javier, Ahumada Soto Andrés, Zárate Quezada Servando, Escamilla López Ernesto, Flores Romero José Eduardo, Maldonado Muñoz Evelyn
- S75 Síndrome nefrótico en el embarazo**
Anaid Herrerías-García, Grecia Paulina Pérez-Ramírez, Luis Arturo Castaldi-Bermúdez
- S75 Arteritis de Takayasu en el embarazo**
Anaid Herrerías-García, Grecia Paulina Pérez-Ramírez, Luis Arturo Castaldi-Bermúdez
- S76 Gastrosquisis más defecto cerrado lumbosacro**
Milenny Sarahí Vázquez Gómez, Juan de Dios Bautista
- S76 Mola hidatidiforme parcial con feto coexistente**
Corzo Matías Gabriela Anahí, Barajas Alejandres Michelle Alejandra, Estrella Esquivel Saúl, Hernández Rivero Deysi Andrea, Castañeda Ruiz Tania Betzabe
- S77 Mola parcial, feto coexistente e hipertiroidismo**
Jovelly Pérez Benítez, Beatriz Cano Cortezano, Arnulfo Eduardo Sánchez Cano
- S77 Corrección fetal intrauterina de mielomeningocele**
Ricardo Emanuel Mendoza López, Alberto Balderas Mercado, Jesús Manuel Ortega Flores, Yara Karime Fierro Ostos
- S77 Cardiopatía fetal compleja**
Aldo Alexis Hernández García, Piedad Omar Méndez Aguirre, Cinthia Maricela Mercado García, María Fernanda Cruz García
- S78 Embarazo tricorial pentaamniótico**
Izyali Jiménez Pérez, Antonio Rodríguez Quintero, Vanesa Valdez Hernández
- S78 Trisomía 18 (síndrome de Edwards)**
Jorge Alfredo Isais Plata, Ariz Sandoval Alvarado
- S79 Rabdomiomas cardíacos múltiples y variante TSC2**
Arcelia Reyes Azocar, Luis Felipe Coyotecatl Ramos, Diana Jiménez González
- S80 Lesión quística fetal: descompresión seriada**
Julia Isis Parada López, Carolina Carrillo Quintero
- S80 Aneurisma del septo interauricular en la vida fetal**
Stephanie Valle Rodríguez, Hilda Socorro Hernández Valadez, José Manuel González Jáuregui, Nicole Macías Lozano, Ernesto Barrios Prieto
- S81 Terapia fetal con toxina botulínica en onfalocoele**
María Fernanda Sierra Picos, José Flores Ramírez, Ernesto Barrios Prieto, Ricardo Jiménez Jiménez, Natalia Andrea Luna Martínez
- S81 Acrania-exencefalia-anencefalia**
Ruiz Jiménez Roberto, Cházaro Ceceña Mariana
- S82 Disgenesia parcial del cuerpo calloso fetal**
Eunice del Carmen Cruz Gallegos, Cynthia Maleni Álvarez Ramírez, Berenice Herrera Pecina, Álvaro Gómez Peña
- S82 Toxoplasmosis congénita: del diagnóstico prenatal**
Inda Navarro Linda Yolanda, Fregoso Ron César Humberto, Peralta González Álica Fernanda
- S83 Estenosis pulmonar crítica fetal**
María de los Ángeles Medina Almada, Laura Elena López Saiz
- S84 Más allá del exitus fetal de un gemelo**
Liliana Guadalupe Barajas Zúñiga, Karla Olivos Ávila, Ingrid Pamela Rodríguez Minguella, Carmen Esther León Barajas, Mauricio Antonio Silva Delgado
- S84 Arteria umbilical única y ectopia renal cruzada**
Alejandro Roberto Pliego Pérez, Nancy Sierra Lozada, Mariana Valencia Casarrubias, Sylvia Yessica Rocha García
- S85 Comunicación interventricular múltiple**
Karen Sofía Loredó Sáenz, Aldo Fco Rodríguez Ruiz
- S85 Resección de bandas amnióticas por fetoscopia**
Alicia Lisvett Benavides Martínez, Priscila Elizabeth Contreras Olvera, Karla Ortega Maceda, Eduardo Noé Nava Guerrero, Juan Gerardo Sepúlveda González
- S85 Bloqueo cardíaco completo fetal autoinmunitario**
Pamela Isabel Aguilar Delgado, Katty Montserrat López Serna, Eduardo Noé Nava Guerrero
- S86 Síndrome de Meckel-Gruber**
Parra-Carvajal Lizbeth Carolina, Bañuelos-Franco Alberto, Leal-Fregoso Alexa Fernanda
- S86 Malformación congénita de las vías respiratorias pulmonares**
Sergio Antonio Pérez Vera, Denisse Viridiana Jiménez Salazar
- S87 Hernia diafragmática congénita: tratamiento con EXIT**
Padilla López Mario G, Gutiérrez Chávez Isaías, Jiménez Salazar Denisse V
- S87 Complejo pared-miembro severo**
Ortiz López Adery, Cervantes Parra Luz Engracia
- S88 Teratoma sacrococcígeo fetal hipervascularizado**
Gabriela Carmona Martínez, Gabriel Enrique Castillo Martín del Campo, Daniel Puente Delgadillo, Daniela Alexsandra Pérez Moreno, Antonio Jesús Briseño Sainz
- S88 Acretismo placentario posterior por FIV y mioma**
Juan Alberto Ordóñez Merlín, Job Narváez Cortés, Yoselin Rodríguez Salmerón
- S89 DCP, ventriculomegalia y microdeleción 16p13.11**
Antonio Rodríguez Quintero, Bertha Liliana Betanzos Alemán, Guadalupe Ávalos Magaña, Vanessa Guadalupe Valdez Hernández, María Guadalupe Castillo Oviedo
- S89 Displasia mesenquimal placentaria**
Vanessa Jaqueline Meraz Pinales, Felipe Antonio Morales Cuéllar, Óscar Rubén Treviño Montemayor,



- S90** **FCF en límites inferiores y QT largo tipo 1**
Karla Aracely Cruz Santiago, Mario Isaac Lumbreras Márquez, Luis Felipe León Madero, Diana Yazmín Copado Mendoza, Alfonso de Jesús Martínez García
- S90** **Gemelas onfaloépagas: del diagnóstico a la separación**
Brambilam Rodríguez Ana Fabianne, Muñiz Uribe Fernanda, Hernández Obed Alejandro, Nava Eduardo Noé
- S91** **Tumor fronto-orbitario fetal**
Arelly Beatriz Salazar Torres, Luis Eduardo Ortega Luna, Miriam Borja Velázquez, Juan Carlos Romero López, María Fernanda Espinoza Moralez
- S91** **Concordancia entre ultrasonido y resonancia magnética fetal**
Villafañá Trejo Jessica, Gallardo Gaona Juan Manuel, Lumbreras Márquez Mario Isaac, Ramírez Calvo José Antonio, Copado Mendoza Diana Yazmín
- S92** **Rabdomiomas cardíacos fetales como hallazgo prenatal**
Maren Marlen Ponce Quirarte, Valadez Hernández Hilda Socorro, Camacho Agredano Noé
- S92** **Inserción velamentosa: reto diagnóstico prenatal**
Andrea Godínez Medina, Mario Isaac Lumbreras Márquez, Sandra Acevedo Gallegos, María José Rodríguez Sibaja, Diana Yazmín Copado Mendoza
- S93** **Mola hidatiforme parcial**
Marco Vinicio Martínez Monroy, Óscar Javier Coronado López, Roberto Abraham Vargas Loza, Dino Renzo Viacava Parodi
- S93** **Síndrome de Evans en el embarazo**
Vivian Paulina Domínguez Martínez, Isabel de la Torre Arroyo, Marcela Estrada Berg
- S94** **Diagnóstico prenatal del síndrome de Edwards**
Sandra Lizeth Treviño Martínez, Laura López Saiz, Leonardo Castellanos
- S94** **Rendimiento del tamizaje para trisomía 21**
Mario Alberto García Arteaga, Sandra Acevedo Gallegos, Mario Isaac Lumbreras Márquez, Berenice Velázquez Torres
- S95** **Drenaje anómalo del conducto arterioso**
Gutierrez Ana Silvia, Becerra María Fernanda, Castañeda Susana, Camacho Juan Manuel, Chavez Gustavo
- S95** **Megavejiga fetal: detección ultrasonográfica en el tamizaje**
Ana Karen Hernandez Cabrera, Edsel Yecid Cortes Cortes, Rogelio Castillo Luna
- S96** **Mielomeningocele asociado a malformación de CHIARI**
Santiago Toledo Cira, Danitza Jamilethe Macías Morales, Larissa Monge Acuña Guadalupe Pérez Borbón
- S97** **Síndrome de heterotaxia**
Luis Gabriel Costa Figueroa, Zaira Sierra Meléndez, Juan Antonio Domínguez García
- S97** **Comparación del IMC pregestacional y desenlaces materno-fetales**
Maríana Seamanduras Ramírez, Luis Alberto Pugliese, Paola J Rivera Leal
- S98** **Ultrasonido intraparto y experiencia materna**
Muñiz Uribe FG, Nava Guerrero EN, Cruz Hernández AM, Hernández Salazar OA, Brambilia Rodríguez AF
- S98** **Virilización prenatal en feto 46,XX**
Alvaro Gómez Peña, Abigail Ramírez Dávila, Gabriela Aglael Vázquez Cruz
- S99** **Glucogenosis tipo IA en el embarazo**
Araujo Carrillo Alan Enrique, Rodríguez Verduzco Julio César, Carranco Martínez José Alberto, Tapia Báez Jennifer Topacio, Ramón García Guillermo
- S99** **Rabdomioma cardíaco fetal: diagnóstico prenatal**
Camacho Espejel Karla Michelle, Pérez González Andrés Iván, Reyes Mérida Emmanuel, López González Ixchel Donaji, López González Susana Donaji
- S100** **Stuck twin: síndrome de transfusión feto fetal**
Melanie Julieth Aguilar Granados, Carlos Alberto Gaxiola Soto, Guadalupe Pérez Borbón
- S100** **Corioangioma placentario**
José Pablo Ling García, Montserrat Galarraga Robledo, Francisco Israel Gaitán Gaona, Arantxa Pérez Palau
- S101** **Agenesia del conducto venoso**
Marco Vinicio Martínez Monroy, Fatima Yareli Zamarripa Ortiz, Roberto Ambríz López, Roberto Abraham Vargas Loza
- S101** **Malformación de Dandy-Walker**
Jaime Iván Ramírez Quintero, Mayeli Carpio Graniello, Antonio Rodríguez Quintero
- S102** **Útero bicorpóreo (U3)**
Mariana Núñez Velázquez, Melanie Guillén Martínez, Alonso de Jesús Ortegón López
- S102** **Acrania-exencefalia-anencefalia**
Elisa Itzé Guerrero Herrán, Carmen Elena Chávez Gaxiola, Nelly Cecilia Hernández Espinoza, Silvia Alejandra Juarez Esparza
- S103** **Síndrome Body Stalk Anomaly**
Edith Andrea Gutiérrez Paez, Lourdes María Hernández Delgado
- S104** **Restricción selectiva del crecimiento fetal e hipoplasia ventricular izquierda**
Luis Abel Guzmán Ochoa, Yaneth Arelly Chávez Loya, Ilse Alejandra Chavarria Rodríguez, Andrés Murillo Mendoza, Esthela Janet Trejo Guzmán
- S104** **Agenesia extrahepática del ducto venoso**
Andrés Murillo Mendoza, Ilse Alejandra Chavarria Rodríguez, Yaneth Arelly Chávez Loya, Alberto Villarreal Rodríguez, Tomás Ignacio Guzmán Pérez
- S105** **Biomarcadores de estrés oxidativo y crecimiento fetal**
Rodrigo Guadarrama Mora, Berenice Velázquez Torres, Sandra Acevedo Gallegos, Mario Isaac Lumbreras Márquez, Guadalupe Del Carmen Estrada Gutiérrez
- S105** **Diabetes gestacional en embarazo gemelar**
María Fernanda Zalapa Gómez, Samantha Michelle Hinojosa García, Beatriz de León Jiménez, Edmundo Ignacio Betancourt Castillo, Héctor Alexandro



- Moreno Plata
- S106 Diagnóstico ecocardiográfico de cardiopatías**
Nicole Macías Lozano, Miguel Angel Arrieta Casas, Karen Marlen Ponce Quirarte, Stephanie Valle Rodríguez
- S106 Flujo venoso umbilical en diabetes pregestacional**
Karla Aracely Cruz Santiago, Dulce María Camarena Cabrera, Sandra Acevedo Gallegos, Mario Isaac Lumbreras Márquez
- S107 Perfil de riesgo aislado vs combinado**
Martín de Jesús Inurreta Díaz, Sandra Acevedo Gallegos, Juan Manuel Gallardo Gaona, Berenice Velázquez Torres, Yubia Amaya Guel
- S107 Hipertrigliceridemia e insuficiencia placentaria**
María José Pérez López, Berenice Velázquez Torres, Sandra Acevedo Gallegos, Dulce María Albertina Camarena Cabrera, Yubia Amaya Guel
- S108 Ecografía tímica e inflamación fetal**
Luis Angel Verde Aguilera, Natalia de Jesús Medina Llamas, Lourdes María Hernández Delgado, Horacio Orozco Flores, Franco Ruiz Flores Velázquez
- S109 Representación PBMI en preeclampsia**
María Fernanda López Torres, Mario Isaac Lumbreras Márquez, Sandra Acevedo Gallegos, Juan Manuel Gallardo Gaona, Diana Yazmín Copado Mendoza
- S110 Concordancia ecográfica y quirúrgica en acretismo**
Israel Herrera Escobedo, Arantxa Rivera Velasco, Sheira Samantha Nicanor Viveros, Mariana Rodríguez Hernández
- S110 Cirugía programada vs urgente en acretismo**
Yackeline Pequeño Niño, Mario Isaac Lumbreras Márquez, Sandra Acevedo Gallegos, Mario Roberto Rodríguez Bosch, Ana Paulina Vazquez Guerra
- S111 Clasificación de PSS mediante aprendizaje profundo**
Andrea Godínez Medina, Mario Isaac Lumbreras Márquez, Alberto López Figueroa, Sandra Acevedo Gallegos, Ernesto Moya Albor
- S111 Sonopartograma: herramienta multimodal intraparto**
Nava Guerrero EN, Muñiz Uribe FG, Cruz Hernández AM, Hernández Salazar OA, Brambilia Rodríguez AF
- S112 Comparación de las concentraciones de PLGF en pacientes con placenta previa**
David Aarón Martínez Rosario, Luis Alberto Pugliesse De La Fuente, Paola Janeth Rivera Leal, Luis Fernando González Venegas
- S112 Comparación de PR y PVS2 de AO en embarazadas**
Carlos Alfredo Milan Rosales, César Rodolfo Tawney Serrano
- S113 Disfunción endotelial en mujeres embarazadas y restricción del crecimiento fetal**
Katya Melina León Pérez, José Carlos Molina Pérez
- S113 Malformación adenomatoidea quística pulmonar**
Joel Huazo García, Diego Miguel Mejía Pérez, Isol Martínez Cruz
- S114 Comparación de las concentraciones de PIGF**
David Aarón Martínez Rosario, Luis Alberto Pugliesse De La Fuente, Paola Janeth Rivera Leal, Luis Fernando

- González Venegas
- S115 Comparación de PR y PVS2 de la arteria oftálmica en pacientes embarazadas**
Carlos Alfredo Milan Rosales, César Rodolfo Tawney Serrano
- S115 Ultrasonido intraparto ¿predictor de la vía de nacimiento?**
Muñiz Uribe Fernanda G, Cruz Hernández Aldo M, Nava Guerrero Eduardo N, Hernández Salazar Obed A, Brambilia Rodríguez Ana F

OBSTETRICIA CRÍTICA

- S117 Cuatro crisis convulsivas antes del diagnóstico**
Estrella Esquivel Saúl, Porter Magaña Alexander, Corzo Matías Gabriela Anahí
- S117 Eclampsia puerperal tardía complicada con síndrome de encefalopatía posterior reversible**
Fernanda Lizeth Castrejón Nava, Adriana Alejandra Figueroa Alcalá, Víctor Hugo Ramírez Santes
- S118 Útero de Couvelaire por desprendimiento prolongado**
Rito Martín de Jesús Ayala Cruz, Jair Luisinho Larrea González, Oswaldo Daniel De León Briseño
- S118 Presentación podálica con exposición prolongada**
Rito Martín de Jesús Ayala Cruz, Jair Luisinho Larrea González, Oswaldo Daniel De León Briseño
- S119 Cuando el HELLP no se resuelve microangiopatía trombótica**
José Alberto Romero Rodríguez, Natzul Aguirre Villanueva, José Manuel Rodríguez Chagoya
- S119 Hígado graso agudo del embarazo y síndrome de HELLP**
Thalya Yannira López Forey, Diana Araceli García Vargas, Erandy Itziry Gómez Caballero
- S120 Percreetismo con invasión vesical: un reto clínico**
Lesly Mariana De Haro Del Río, Alfonso Yancarlos Correa Bermúdez, Berenice Herrera Pecina
- S120 Ceguera cortical como presentación inicial de síndrome de encefalopatía posterior reversible**
Raudel Jesús Medina Rivera, Jorge Francisco Montoya Sarmiento, Eduardo Iván Garza Garza, Yahir Arturo de León Espinoza
- S121 De la encefalopatía grado IV a la recuperación neurológica**
Cristian Daniel Jiménez López, Leslie Jacqueline Nájera Barocio, Valeria Zorrero Noguez
- S122 Metástasis placentaria en el espacio intervilloso**
Daniela Michelle Barajas Roque, Natalie Schneeweiss Garber, José Antonio Ramírez Calvo, Cintia María Sepúlveda Rivera
- S122 Disgerminoma ovárico y embarazo**
Scarlett Verónica Arvizio González, Francisco Ibarguengoitia Ochoa, Jorge Beltrán Montoya
- S122 Eclampsia y síndrome de encefalopatía posterior reversible en adolescente de 13 años**
Contreras Bueno Adriana, Cutiva Oyola Jennifer Virginia, Angulo Mina Nora Elena, Carreón Macías Isabel Patricia



- S123 Embarazo abdominal**
Katherine Giovana Castillo Piedra, Rashel Amarainy De la Cruz Cámara, Gisela Morales García
- S123 Neurocisticercosis en el embarazo**
Danya Elena Ordóñez Torres, Tito Serguei Morales Morales, Luis Fernando Lerma Alvarado, Felipe Chavelas Ochoa
- S124 Eisenmenger e hipertensión arterial pulmonar aguda: tratamiento periparto**
Natali Montserrat Castillo Ochoa, Lizeth Sarahí López Aragón, Karla Krebs Lárraga
- S124 Espectro de placenta acreta impacto en la disminución**
Belmarez Zepeda Anahí Lucero, Hernández González Elvira Estefanía, Méndez Aguirre Piedad Omar, Ling García José Pablo, De La Torre Troncoso Alicia Nohemí
- S125 Diagnóstico transoperatorio de placenta increta**
Paola Rea-Mejía, Elizabeth García Pastén
- S125 Trombosis cortical puerperal: simulando eclampsia**
Mariana Daniela Ramírez Gutiérrez, José Bernardo Lara Ayala, Katia Guadalupe Rodríguez Gutiérrez, Claudia Ivonne López Cruz
- S126 Ruptura hepática asociada a síndrome de HELLP en un embarazo gemelar monocorial biamniótico**
Gustavo López Ruiz, Gisela Cuevas Velasco, María Fernanda Venegas Montaña, Sylvia Yessica Rocha García, Lirio Isabel Guadalupe Ruiz
- S126 Hiponatremia en el embarazo**
Dalia Gabriela Sánchez Sánchez
- S127 Hematoma hepático de síndrome de HELLP**
Regina Martínez García Lascuráin, José Eduardo León Habana, Valeria Bustillos Ponce, Paola Alejandra Obregón Ortiz, Cuauhtémoc Gutiérrez Maldonado
- S127 Leucemia mieloide crónica durante el embarazo**
Scarlett Verónica Arvizo González, Francisco Ibar-güengoitia Ochoa, Diana Laura Pérez Díaz
- S128 Teratoma nasofaríngeo congénito (epignatus)**
Scarlett Verónica Arvizo González, Francisco Ibar-güengoitia Ochoa, Juan Manuel Gallardo Gaona
- S128 Eclampsia anteparto complicada con evento vascular cerebral hemorrágico**
Karine Yolanda Herrera Flores, Edgar Omar Uribe Zapata
- S129 Síndrome de HELLP y reacción adversa transfusional**
Wendy Balbina Márquez Hiraes, Nina Itzel Figueroa Martínez
- S129 Útero de Couvelaire en el puerperio inmediato**
Elisa Alejandra Huerta Pineda
- S130 Factores para histerectomía en un solo tiempo**
Vázquez Mejía Iliana, Ramírez Santes Víctor Hugo, Figueroa Alcalá Adriana Alejandra, Rodríguez Bosch Mario Roberto

GINECOLOGÍA GENERAL

- S131 Alteraciones en el ciclo menstrual después de la vacuna**

- Víctor Manuel Elizalde Valdés, Martha Díaz Flores Investigadora, Ana Cynthia Álvarez González
- S131 p53 en carcinoma endometroide del útero**
Victoria Martínez Gaytán, Laura Patricia Gallegos Gloria, María Cristina Guerrero de León, Brayan Molina Rodríguez, González Rocha Talina Rubí
- S132 Dismenorrea primaria en adolescentes**
Sara Stephanie González Cruz, María Ofelia Mendoza Rojas, Guillermo Fojaco Villanueva, Cynthia Ruiz Carranza, Antonio de Jesus Jiménez Ochoa
- S132 Bacteriuria e infección de vías urinarias: perfil y tratamiento**
Sámano Alcántara Paloma Itzel, Rangel Escobar Laura Elena, Berúmen Lechuga María Guadalupe, Venegas Esquivel Germán Alberto
- S133 Potenciando la toma de decisiones médicas con IA**
Miriam Chami Mancilla, Lirio Isabel Guadalupe Ruiz Cordero, Marcos Gabrriel Jassan, Armando Roque Sánchez, Israel Salazar Baez
- S133 Teratoma inmaduro de ovario**
Luis D. Navarrete Díaz, Francisco González Durán de León, Ramon S. Peregrina Alvarez, Paloma Ávila Estrada
- S134 Tumores uterinos de músculo liso de potencial maligno incierto**
Fernando Josué Interian Álvarez, Florencio Castillo Hernández, Diana Laura Mendoza Arcique, Brayan Jesús Ortiz Villanueva, Marisela Montserrat López Hernández
- S134 Colpoclis de Lefort en prolapso uterino**
Luis Domingo Navarrete Díaz, Baltazar Díaz Díaz, Mpss Paloma Avila Estrada
- S135 Mastitis granulomatosa idiopática de progresión**
Mario Javier Martínez Pérez, Cámara-Domínguez Agustín, Rueda-Santillán Elizabeth, Navarrete-Jaimes Juan Carlos, Patricio José Correa-Cámara
- S135 Hemoperitoneo por neovascularización en miomatosis**
Guadalupe Avila Rodriguez, Jesus Daniel Virrueta Flores, Paola Solorzano Navarrete, Thamara D. Suarez Garcia, Miguel Villafañá Díaz
- S136 Zona de transformación congénita simulando una les**
Stephanie Valle Rodríguez, Mar I. Arámbula Chavolla, Nicole Macías Lozano, José M. González Jáuregui
- S136 Piomoma: una causa poco frecuente de abdomen agudo**
Ambriz-Alonso, Glenda Verónica, López-Correa, Eufemia Teresa, Jacobo-González, Cecilio A, González-Rodríguez, Alan Ditter, Robles-Reyna, Rocio A
- S137 Retención urinaria aguda por miomatosis uterina**
Denisse Alejandra Ibarra Acevedo, Luis Fernando Medina Chanona, Ethel Acevedo López, Yesika Susana López González, María Andrea Barbero Ibarrola
- S137 Reconstrucción quirúrgica de hematoma vulvar**
Nicole Macías Lozano, Hilda Socorro Valadez Hernández, Hugo González Trejo, Luis Angel Roman Noyola, Stephanie Valle Rodríguez
- S138 Mastitis granulomatosa fímica**



- Paola Cristina Raygoza Murillo, Manuel Cortés Anguiano, Nicole Macías Lozano, Karen Marlen Ponce Quirarte
- S138 Colestasis asociada a endotoxemia por enfermedad pélvica inflamatoria**
Paola Cristina Raygoza Murillo, Miriam del Socorro Ferros Cadenas, Stephanie Valle Rodríguez
- S139 Endometritis xantogranulomatosa**
Mónica Nayelly Jiménez Arroyo, Araceli Nayvi Hernández Rico
- S139 Endometriosis profunda intestinal en una paciente**
Pérez Partida Arantza Marie, Barquín Zúñiga Alesandra, Ramírez Flores Daniel Alejandro, González Cofrades Julio, Soriano Ortega Karla Patricia
- S140 Endometriosis en tejido celular subcutáneo**
Miriam Josefina Rentería, Rolando Esparza Manrique, Juan Carlos Olivas Chávez, Miguel Ortega Cisneros
- S140 Cistoadenoma seroso gigante de ovario**
Arturo Ixta Paque, Monica Serrano Gutiérrez, Víctor Salvador García Escoto, Gustavo Altamirano Briseño, Blanca Anahí Cárdenas Santos
- S141 Piomima: causa poco frecuente de abdomen agudo ginecológico**
Ambriz-Alonso, Glenda Verónica, López-Correa, Eufemia Teresa, Jacobo-González, Cecilio A, González-Rodríguez, Alan D, Robles-Reyna, Rocío A
- S141 Mioma cervical: un reto quirúrgico**
Vidal-Torres Diego, Rosales-Escalante Edma, Treviño-Salinas Emilio Modesto, Guzmán López Abel
- S142 Tumor anexial gigante: sugerente de teratoma maduro**
Edson Fortozo Andrade, Francisco Vega Ruíz
- S142 Embarazo ectópico cornual**
Hernández-Barbosa Omar Alberto, Rosales-Escalante Edma, Guajardo-Castillo Christopher Antonio, Treviño-Salinas Emilio, Guzmán-López Abel
- S143 Mioma con degeneración mixoide en paciente joven**
Christopher Marco Guajardo Castillo, Yolanda Paola Zavala Cantú, Emilio Modesto Treviño Salinas, Eleazar Perez Velazquez, Abel Guzmán López
- S143 Embarazo ectópico intersticial no roto 12 semanas**
Zavala-Cantú Yolanda Paola, Bazaldúa-Cavazos Mariela Alitzel, Hernández-Barboza Omar Alberto, Treviño-Salinas Emilio Modesto, Guzmán-López Abel
- S143 El teratoma detrás de la encefalitis anti-NMDAR**
Mariana Daniela Ramírez Gutiérrez, Esus Eduardo Núñez Cabrera, Lizeth Fabiola Núñez Hernández, Claudia Ivonne López Cruz
- S144 Cistoadenofibroma seroso en adolescente embarazada**
Zavala Cantú Yolanda Paola, Treviño-Salinas Emilio Modesto, Guzmán-Pérez Tomás Ignacio, Coronado-Hernández Linda Guadalupe, Guzmán-López Abel
- S145 Abdomen agudo secundario a teratoma bilateral**
Raúl Fernando Durán Arroyo, Josué Abdel Martínez Moncada, Juan Luis Sandoval Ortiz
- S145 Mastitis lobulocéntrica idiopática**
Luis Fernando Rodríguez Silva, José Antonio Vadillo
- Treto
- S146 Teratoma fetiforme ovárico que simula embarazo**
Suárez Hidalgo Ana Gabriela, Navarro Méndez Claudia Ángela, Barrera Tenreiro Rodrigo, Fernández Luna Mitzi, Rodríguez Millán Pamela
- S146 Inversión uterina secundaria a adenomioma**
Maríana Alejandra De Zorzi Jaspe, Emilio Modesto Treviño Salinas, Francisco Jesús Sosa Bravo, Abel Guzmán López, César Alejandro Rivera Zambrano
- S147 Sangrado uterino anormal y anticoagulación en May-Thurner**
Francis Sarahí Suarez Ávila, Fernando Ayala Aguilera, María Elizabeth Fraustro Ávila
- S147 Embarazo ectópico tubario con dx histopatológico**
Emmanuel Bautista Perea, Gabriel Enrique Castillo Martín del Campo, Paulo César Gómez Hernández, Obed Acosta Álvarez, Antonio Jesús Briseño Sainz
- S148 Miomatosis uterina invasión a la vena cava y aurícula**
Juárez Cabrera Maria Cristina, González Rodríguez Iliana Alejandra, Flores Cortés Mildred Ibeth, Herrera Estrella Heidi
- S148 Cistoadenoma seroso paratubárico**
José Miguel Ramos Infante, Danitza Jamilethe Macías Morales, Carolina Martínez Martínez, Francisco Vega Ruiz, Adela Rascón Alcántar
- S149 Angiomixoma profundo parauretral**
Lyzbeth Izamara García López, Jose Inés González Tapia, Gerardo Edu Castillo López, Francisco Octavio Macías Belman, Karla Andrea Carrillo Sánchez
- S149 Preservación de fertilidad vs quiste anexial**
Jesús Pérez Morales, Manyu Muñiz Sevilla
- S150 Adenocarcinoma endometrioide concomitante**
Yamile Michael Maldonado Serrano, Ana Rosa Marrero Luján, Yazmín Alejandra Bejarano Trujillo
- S150 Una masa ovárica ORADS 4 en paciente joven**
Carolina Isabel Collado Peregrino, Samanta Guadalupe Villasana Tosca, José Guadalupe Soberano Almeida
- S151 Actinomicosis uterina y pélvica**
Jennifer Amalia Toyos Rodríguez, Dionisio Pérez Canal, Juan Domingo Castillo Aldaco, Alejandra Guadalupe Velarde Molina, Carolina Martínez Martínez
- S151 Tumoración ovárica que simuló malignidad, papel del ORAD**
Carolina Isabel Collado Peregrino, Samanta Guadalupe Villasana Tosca, José Guadalupe Soberano Almeida
- S152 Anomalía Mülleriana como causa de dismenorrea**
Cynthia Del Rocio Muñoz Hernández, Luisa Itzel Villanueva Arellano, Andrés García Laguna, Alejandro Anoel Avecilla Hernández
- S152 Cistoadenomas ováricos: correlación entre hallazgo**
Zeus Antonio De La Cruz Vázquez, Gabriela Itzel Magdaleno Muñoz, Jairo Saul Bautista Hernández
- S153 Endometriosis profunda vesical y adenomiosis**
Claudia Yesenia Guel Martínez
- S153 Amenorrea primaria como manifestación de agenesia**



- Rogelio Castillo Luna, Arely Cruz Cardeño, Fatima Dagmar León Herrera, Sergio Daniel Diaz Ramos*
- S153 Cistoadenoma seroso gigante de ovario**
Mónica Lizeth Vera Flores, Néstor Jesús Hernández Hernández
- S154 Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis**
Romario Jorge Maldonado Tovar, Mario Alberto Ojeda Arrona, Roberto Carlos Ornelas Chávez, Víctor Hugo Romero Mejía
- S154 Carcinoma ductal infiltrante de mama**
García Pérez Elizabeth, Gutiérrez Castañeda Mauricio Raúl, García Mandujano Mariana Linete, Osorio Ortiz Edgar Uriel
- S155 Carcinoma cervical poco diferenciado en paciente C**
Daniela Pastor Biera, Rogelio Castillo Luna
- S155 Perfil inmunohistoquímico en cáncer endometrial**
Gabriela Priego Suárez, Jose Guadalupe Soberano Almeida
- S156 Hipotiroidismo primario grave**
Aylin Victoria Guillén de la O, Miguel Ángel Ramírez Macías, Víctor Daniel García García, Juana Yamil Avilés Gómez
- S156 Cistoadenoma ovárico gigante**
Katya Melina León Pérez, ndres Buenazo Mena, Martínez Velazquillo Cecilia
- S157 Tumores uterinos de músculo liso de potencial maligno incierto**
Fernando Josué Interián Álvarez, Florencio Castillo Hernández, Diana Laura Mendoza Arcique, Brayan Jesús Ortiz Villanueva, Marisela Montserrat López Hernández
- S157 Mastitis granulomatosa idiopática de progresión**
Mario Javier Martínez Perez, Cámara-Domínguez Agustín, Rueda-Santillan Elizabeth, Navarrete-Jaimes Juan Carlos, Patricio José Correa-Cámara
- S158 Frecuencia de factores de riesgo en displasia cervical**
Stephanie Valle Rodríguez, Hilda S. Hernández Valadez
- S158 Factores asociados con MGI en HENM 2020 a 2024**
Gala García Echeverría, Genaro Vega Malagón
- S159 Recalibración de un modelo arterial mediante medic**
Luis Gabriel Costa Figueroa, Jose Alberto Carranco Martínez, Citlalli Rodríguez Galicia, Eugenia Corvera Poiré, Aimee M. Torres Rojas,
- S159 Incidencia de quistes de ovario en pacientes porta**
Isabel Cristina Aguilar Moraila, María Fernanda Palomera García, Aislynn Guadalupe García Soto, María Luisa Rivas Loaiza, Yetzali García Soto, Manuel Cardenas de la Vega
- S160 Prevalencia y vigilancia de lesiones escamosas intraepiteliales**
Isabel Cristina Aguilar Moraila, Javier Álvarez Payan, María Fernanda Palomera García, Aislynn Guadalupe García Soto, Yetzali García Soto, Manuel Cardenas de la Vega
- S161 Correlación de niveles de vitamina D sérica**

- Diana Laura Aceves Cabrera, Maríana Kapiolani Landeros Printzen, América Aimé Corona Gutiérrez, Eva Elizabeth Camarena Pulido*
- S161 PCR vs citología en lesiones de alto grado**
Norma Lizette ZeaVázquez, Castro Gutiérrez Nattali
- S162 Frecuencia del tratamiento quirúrgico en pacientes con**
Karen Marlen Ponce Quirarte, Ana Carolina Cerda Chávez, Nicole Macías Lozano, Paola Cristina Raygoza Murillo, Ruth Carolina Estrada Hurtado
- S162 Recalibración de un modelo arterial mediante medic**
Luis Gabriel Costa Figueroa, José Alberto Carranco Martínez, Citlalli Rodríguez Galicia, Eugenia Corvera Poiré, Aimee M. Torres Rojas
- S163 Incidencia de quistes de ovario en pacientes con DIU-LNG**
Isabel Cristina Aguilar Moraila, María Fernanda Palomera García, Aislynn Guadalupe García Soto, María Luisa Rivas Loaiza, Yetzali García Soto
- S164 Prevalencia y vigilancia de lesiones escamosas int**
Isabel Cristina Aguilar Moraila, Javier Álvarez Payan, María Fernanda Palomera García, Aislynn Guadalupe García Soto, Yetzali García Soto
- S164 Correlación de concentraciones de vitamina D sérica**
Diana Laura Aceves Cabrera, Maríana Kapiolani Landeros Printzen, América Aimé Corona Gutiérrez, Eva Elizabeth Camarena Pulido
- S165 Frecuencia del tratamiento quirúrgico en pacientes con enfermedad pélvica inflamatoria**
Karen Marlen Ponce Quirarte, Ana Carolina Cerda Chávez, Nicole Macías Lozano, Paola Cristina Raygoza Murillo, Ruth Carolina Estrada Hurtado

APARATO GENITAL INFERIOR

- S166 Enfermedad de Paget extramamaria vulvar**
Alejandra Gutiérrez Ramos
- S166 Célula madre basal embrionaria residual y HPV16 en**
Elisa Adriana Muciño Lugo, Tonatzin Natalia Cortés Mijangos, Alfredo Alaniz Sánchez
- S167 Reporte histopatológico de LIEBG por citología**
Ericka Hazzel Contreras Flores, Fabian Hilario Mendoza Pedraza, León Sánchez Fernández, Gustavo Chávez Gómez, Hugo Alberto Chávez Vega
- S167 Reporte histopatológico de LIEBG por citología**
Ericka Hazzel Contreras Flores, Fabian Hilario Mendoza Pedraza, León Sánchez Fernández, Gustavo Chávez Gómez, Hugo Alberto Chávez Vega

ENDOSCOPIA

- S169 Factores predictores de hemorragia HTL**
Leoncio Eduardo Jiménez Alfonso, Erick Antonio Che Correa, Tomás Alejandro Que Patiño, Víctor Hugo Carmona Ornelas
- S169 Histerectomía total laparoscópica en útero**



- Hilda Andrea López Ramírez, José Ramon Rivera Ruiz, Brenda Guadalupe Castillo Trejo
- S170 Sangrado posmenopáusico histeroscopia/histología**
Victoria Martínez Gaytán, María Vanessa Sánchez Martínez, Emmanuel Edén de los Reyes Salinas, Marisela Castañeda Díaz, Luis Oswaldo de la O Pérez
- S170 Pancreatitis e hiperemesis en embarazo gemelar**
Maríana Nuñez Velázquez, Melanie Guillen Martínez, Mario Onuma Okamoto
- S171 Embarazo ectópico en cicatriz de cesárea previa**
Rosalba Trujillo Martínez, Luis Oswaldo de la O Pérez, Marisela Castañeda Díaz, Héctor René Zamora Andrade
- S171 Cerclaje Benson: una técnica, otra perspectiva**
Alejandro Roberto Pliego Pérez, Sylvia Yessica Rocha García, Maríana Valencia Casarrubias, Carlos Quesnel, Rafael Briceño Hernández
- S172 Hemihisterectomía izquierda laparoscópica**
Brenda Sánchez Ramírez, Silvia Gabriela Licea Contreras
- S172 Ovario autoamputado por torsión crónica**
Castañeda Díaz Marisela, Ledesma Castro Sofía, De la O Pérez Luis Oswaldo, Zamora Andrade Héctor René
- S173 Cistectomía laparoscópica por puerto único**
Andrea Olguin Ortega, Diego Arturo González Vázquez, Martha Lidia Benavides Reyes, Luis José Grullón, Brandon Iturbe Esquivel
- S174 Reparación de Istmocele mediante I: Laparoscopia e histeroscopia**
Alejandro Baruch Ugalde-Meza, Mireille Soberanes-Contreras, Sonia Vorhauer-Ramírez, Radamés Rivas López
- S174 Disección de espacios pélvicos y neuropreservación**
Erika Alina Tapia Medina, Oliver Paul Cruz Orozco, Sara Quevedo García
- S175 Tratamiento laparoscópico del embarazo en cicatriz de cesárea**
Gamaliel Rodríguez Reyes, Regina Alcántara Hernández, Marcos Gabrily Jassan
- S176 Distrofia vascular endometrial**
Luis Fernando Escobar Ponce, Andrea Alicia Olguin Ortega, Luis Daniel Díaz de León Nava
- S176 Cerclaje abdominal laparoscópico en útero grávido**
Maríana Guerra Garza, Marcela Solís Montoya, Jorge A. Solís S.
- S177 Preparación cervical para histeroscopia**
Zárate Rodríguez Jennyfer Rubí, Navarrete Moreno Viridiana Isabel, Montenegro Haro Jorge Alberto, Dorian Fernando Diego Pérez, Bravo Rodríguez Luz María
- S177 Preparación cervical para histeroscopia**
Zárate Rodríguez Jennyfer Rubí, Navarrete Moreno Viridiana Isabel, Montenegro Haro Jorge Alberto, Dorian Fernando Diego Perez, Bravo Rodríguez Luz María
- S178 Apego a criterios ERAS en cirugía laparoscópica**
Jaime Manuel Zebadúa Aguirre, Maríana Núñez Velázquez, Mario Onuma Okamoto

ENDOCRINOLOGÍA

- S179 Discordancia fenotipo-genotipo en paciente 46,XY**
Jaimes Vargas Elia Alondra, Guillermo Goitia Landeros
- S179 Disgenesia gonadal 46,XX en amenorrea primaria**
Ceballos Solis Palmira Mayanin, Leon Cabrera Jaime, Piña Aguilar Raul E

REPRODUCCIÓN

- S181 Síndrome de hiperestimulación ovárica grave**
Andrés Baca Hernández, Karina Cázares Pérez, Hugo Alberto Chávez Vega, Gustavo Chávez Gómez
- S181 Prevalencia de hallazgos histeroscópicos de endometritis clínica en pérdida repetida de implantación**
Adalberto Rochin Benoit, Ernesto Perez Luna, Efraín Pérez Peña
- S182 Fertilidad y embarazo ectópico intersticial**
Jazibeth Bañuelos Mayoral, Olivia Sánchez Rodríguez
- S182 Tratamiento conservador de un embarazo ectópico cornual**
Gisell Marina Lutz Ortega, Cirenía Iveth Ruiz Balderama
- S183 Hallazgos histeroscópicos con ultrasonido normal**
Bianca Fernández Caro, Ariana Arlen Ramírez Macías, Antonio Martín Gutiérrez Gutiérrez
- S183 Síndrome de OHVIRA: diagnóstico fortuito**
Ledesma Castro Sofía, Rodríguez Gámiz Selene, De la O Pérez Luis Oswaldo, Castañeda Díaz Marisela, Zamora Andrade Héctor René
- S184 Modelo predictivo de IA y dinámica folicular en IC**
Ambrosio Ávila Mariel Jesús, Peraza Briones María Del Carmen, Cortés Vázquez Alfredo, Isaías Preciado Abril Del Carmen, Moreno García Jesús Daniel
- S185 Desenlace obstétrico favorable postcerclaje**
Franklin Gaddiel Ramírez Escalante, Melanie Julieth Aguilar Granados Carlos Alberto Gaxiola Soto, Zamira Alexey Bustos Contreras
- S185 Resultados maternos y complicaciones obstétricas**
Jacobo Dabbah, Kristell Mendez
- S186 Reparación de istmocele: técnica quirúrgica combinada laparoscópica e histeroscópica**
Alejandro Baruch Ugalde-Meza, Mireille Soberanes-Contreras, Sonia Vorhauer-Ramírez, Radamés Rivas-López
- S186 Técnicas de reproducción asistida como factor de riesgo**
Mariana Guerra Garza, Marcela Solís Montoya, Jorge A. Solís Sahagún
- S187 Contaminación y función reproductiva masculina**
Mariel Jesús Ambrosio Ávila, María Del Carmen Peraza Briones, Alfredo Cortés Vázquez, Abril Del Carmen Isaías Preciado, Jesús Daniel Moreno García
- S187 LH sérica previa a progesterona y resultados TEC**
Angie Miguelina Santana Gómez, Fela Vanesa Morales Hernández, Pamela Nicole Minguez Lorenzo
- S188 Prevalencia del factor autoinmunitaria y trombofi-**



- lías en pérdida gestacional recurrente**
Itzel Altamirano Mendoza, Diana Sulvaran Victoria, Carlos José Molina Pérez
- S189 Impacto de GLP-1 en la fertilidad masculina**
Mariel Jesús Ambrosio Ávila, María Del Carmen Peraza Briones, Alfredo Cortés Vázquez, Abril Del Carmen Isaías Preciado, Jesús Daniel Moreno García
- S189 Prevalencia del factor autoinmunitaria, trombofili en PGR**
Itzel Altamirano Mendoza, Diana Sulvaran Victoria, Carlos José Molina Pérez
- S190 Desenlaces maternos y complicaciones obstétricas**
Jacobo Dabbah, Kristell Mendez
- S190 Vitamina D en mujeres con Infertilidad**
Enrique Reyes Muñoz, Patricia Aguayo González, Rolando del Castillo Romero, Vanesa Morales Hernández, Jorge Sánchez Varela

CLIMATERIO Y MENOPAUSIA

- S192 Riesgo de fractura de cadera con FRAX**
Victoria Martínez Gaytán, Víctor Emilio Alfaro Rodríguez, Hid Felizardo Cordero Franco, Francisco Rafael Félix Hernández, María Cristina Guerrero de León
- S192 Síndrome genitourinario e índice de salud vaginal**
Victoria Martínez Gaytán, María Vanessa Sánchez Martínez, Héctor René Zamora Andrade, Jorge Francisco Estrada Velázquez, Adriana Lozano Rubio
- S193 Nicturia en la menopausia y calidad de vida**
Enrique Reyes Muñoz, Arturo Arellano Eguiluz, Lourdes Mariela Torres-Torres, Guillermo Federico Ortiz-Luna, Enrique Martínez-Villafañá

UROGINECOLOGÍA

- S194 Lesión ureteral-vascular: tratamiento escalonado**
Salazar Mendoza Frida Michelle, Godoy Rodríguez Nancy, Sandoval Mariscal Treicy Abril, Barragán Loera Luis Diego, Batres Padilla Marco Antonio
- S194 Reconstrucción vulvar en hiperplasia suprarrenal congénita virilizante**
Dankelly Rodríguez Velázquez Gabriela Godínez Sierra, Fabian Sanchez Sasastegui, Sandra Gabriela Rule Gomez, Viridiana Gorbea Chavez, Jaime Cevallos Bustillos
- S195 Hidradenitis supurativa vulvar**
Luna Martínez Natalia Andrea, Sierra Picos María Fernanda, Gómez Castellanos Jessica Mariane
- S195 Prolapso apical con herniación intestinal**
Dankelly Rodríguez Velázquez Georgina Elizondo Ochoa, Sandra Rule Gomez, Jaime Cevallos Bustillos, Luis Eduardo Romero Nava, Viridiana Gorbea Chavez
- S196 Comparación de la posición incorrecta de la cinta**
Itzel Beatriz Salado Montiel, Luis Fernando González Venegas, Gloria Yolanda Martínez Villalobos, Jesus Antonio Salinas Salinas, David Mijey Esquivel Izaguirre

- S197 Análisis urodinámico en la disfunción neurogénica**
Itzel Beatriz Salado Montiel, Gloria Yolanda Villalobos Martínez, Luis Fernando González Venegas
- S197 Fístulas uretrovaginal y rectovaginal**
Morales Mejía Michell, Sánchez Marin Diana Alejandra
- S197 Reparación abdominal de fístula vesicovaginal**
José Eduardo Manjarrez Juárez, Gloria Yolanda Martínez Villalobos, Luis Fernando González Venegas, David Mijey Esquivel Izaguirre, Francisco Yúnior Carrillo Martínez
- S198 Resultado de cirugía antiincontinencia en obesidad**
Marco Antonio Gutiérrez González, Gloria Yolanda Martínez Villalobos, Luis Fernando González Venegas, David Mijey Esquivel Izaguirre, Jesús Antonio Salinas Salinas
- S198 Retención urinaria en uroginecología**
Renán Francisco Encinas Fernández, Luis Fernando González Venegas, David Mijey Esquivel Izaguirre, Irma Alyttet Balderas Cerda, Jonathan David Meléndez Vázquez
- S199 Divertículo uretral con litiasis múltiple**
Renán Francisco Encinas Fernández, Luis Fernando González Venegas, David Mijey Esquivel Izaguirre, Diana Yotzabel Deanda González, Jesús Antonio Salinas Salinas
- S200 Colposuspensión de Burch vs o después de técnicas**
Erick Antonio Che Correa, Leoncio Eduardo Jiménez Alfonso, Guillermo López Rodríguez, Víctor Hugo Carmona Ornelas
- S200 Colocación de cinta suburetral TVT retropública**
Brianda Izel Torres Granados, Jennifer Areli Calderón Herrera, Josefina Negrete Ruiz
- S200 Reparación de fístula vaginal: técnica de Latzco**
Brianda Izel Torres Granados, Jennifer Areli Calderón Herrera, Juan Tinajero Corona
- S201 Revisión y aplicación de la clasificación de COMPL**
Gloria Yolanda Martínez Villalobos, Evelyn Karina Juárez Rodríguez
- S201 Evaluación de cintas medio uretrales mediante**
Luis Fernando González Venegas, Itzel Beatriz Montiel Salado, Gloria Yolanda Villalobos Martínez, Jesus Antonio Salinas Salinas
- S202 Culdoplastia de McCall modificada asistida vNOTES**
Luis Fernando González Venegas, Jesús Antonio Salinas Salinas, Martha Susana Tinajero Vidales, José Eduardo Manjarrez Juárez
- S202 Modelo anatómico de baja fidelidad para sacrocolpopexia laparoscópica**
Luis Fernando González Venegas, osé Eduardo Manjarrez Juárez, David Mijey Esquivel Izaguirre, Francisco Yúnior Carrillo Martínez, Gloria Yolanda Martínez Villalobos
- S203 Colocación de cabestrillo suburetral autólogo**
Gloria Yolanda Martínez Villalobos, Marco Antonio Gutiérrez González, Luis Fernando González Venegas, David Mijey Esquivel Izaguirre, Sandra María Annel Macías Pérez



- S203 Puntos clave en fistuloplastia vaginal**
Gloria Yolanda Martínez Villalobos, Renán Francisco Encinas Fernández, David Mijey Esquivel Izaguirre, Luis Fernando González Venegas, Francisco Yúnior Carrillo Martínez
- S204 Sacroplexia: variaciones anatómicas: serie de casos**
Victoria Martínez Gaytán, Angélica Fuentes Martín, Diana Yotzabel Deanda González, David Mijey Esquivel Izaguirre, Gerardo Jesús Martínez Salazar
- S204 Más allá del desgarro obstétrico**
Eva Carolina Vázquez Borquez, Nancy Godoy Rodríguez, Treicy Abril Sandoval Mariscal, Luis Diego Barragán Loera, Marco Antonio Batres Padilla
- S205 Incontinencia urinaria de esfuerzo en trastorno de vaciamiento**
José Eduardo Manjarrez Juárez, Luis Fernando González Venegas, David Mijey Esquivel Izaguirre, Diana Yotzabel Deanda González, Nidia Ednie Olivares Espino
- S206 Despuéstorno de vaciamiento por colocación de cinta TOT**
Marco Antonio Gutiérrez González, Luis Fernando González Venegas, David Mijey Esquivel Izaguirre, Gloria Yolanda Martínez Villalobos, Nidia Ednie Olivares Espino
- ONCOLOGÍA**
- S207 Dolor postmastectomía gabapentina / convencional**
Victoria Martínez Gaytán, César Guadalupe Rocha Aviléz, Magaly Denise Peña Arriaga, Emmanuel Edén de los Reyes Salinas, González Venegas Luis Fernando
- S207 Inflamación sistémica y cáncer de endometrio**
Lepe-Lemus A, Alarcón-Rangel A, Avendaño-Meda Y, Espino-Mier K, Naranjo-Toledo V
- S208 Tratamiento conservador en carcinoma mucinoso de mama**
Diego Vidal Torres, Kenia Vallejo Fabian, Jesus Humberto Castro Cervantes, Emilio Modesto Treviño Salas, Ricardo Ibarra Patiño
- S208 Adenosarcoma uterino asociado a inversión uterina**
Corzo Matías Gabriela Anahí, García González Agustina, Hernández Rivero Deysi Andrea, Estrella Esquivel Saúl
- S209 Factores asociados con el cáncer de endometrio**
Mayra Guadalupe Malagón Malagón, Genaro Vega Malagón
- S209 Cistoadenofibroma seroso papilar**
Michelle Alexa Figueroa López, Fernanda Denisse Miranda Villareal, Daniela Olivares Morales, Adriana Cruz Vázquez, Clemente Rodrigo Sierra García
- S210 Angiosarcoma primario de mama en mujer joven**
Ana Karen Ruiz Dionisio, Jovelly Pérez Benítez, Sandra Itzel Montiel Padilla, Lorena Padilla Martínez
- S210 Cáncer de mama masculino: un caso atípico**
Leopoldo Santiago Sanabria, Mauricio Devares Ramos, Regina Sánchez Ramos, Emiliano Amaya Becerril, Eduardo Preciado Orgaz
- S211 Enfermedad de Paget mamaria**
Leopoldo Santiago Sanabria, Mauricio Devares Ramos, Regina Sánchez Ramos, Emiliano Amaya Becerril, Eduardo Preciado Orgaz
- S211 Comparación del perfil inmunohistoquímico del cáncer de mama**
Javier Álvarez Payan, Janner Robespier Sánchez Cuadras, Mariana Peralta Sánchez, Aiaslynn Guadalupe García Soto, Isabel Cristina Aguilar Moraila
- S212 Cáncer cervicouterino localmente avanzado durante**
León Pérez Tania Angélica, Castaldi Bermúdez Luis Arturo, Romero Robles Luis, Pérez Ramírez Grecia, García Alférez Irma Vianey
- S213 Enfermedad trofoblástica gestacional recurrente**
Sofía Andrea Escamilla Torres, Elvis Matus Castillo, Andrea Rodríguez Gutiérrez, Omar Montalvo Mateos, Ramón Adrián Magaña Dávalos
- S213 Cáncer de mama oculto triple negativo**
Ricardo Hernández García, Jeanette Martínez Rentería, Andrea García Bravo, Efraín Cruz Rodríguez
- S213 Perforación uterina en paciente con cáncer ECIIIC1**
Yañez Morales Carolina, Ogaz Esparza Jesús José, Esparza Vargas Cristian Iván, Arroniz Corro María Fernanda
- S214 Sincronismo ginecológico oculto en O-RADS 3**
Martha Sarahí Barrón Onofre, María Laura Escobar Barrientos, Alan Ulises Dimas Campillo, Efraín Cruz Rodríguez, Cuauhtémoc Oros Valle
- S214 Utilidad del estudio integral del sangrado uterino**
Javier Alejandro Díaz Ramos
- S215 Edema vulvar masivo de causa no mecánica dura**
Juan Carlos Olivas Chávez, Alejandra Anahí Carlos Chávez, Hilda Elena Muñoz Pardo, Diana Laura Rodríguez Guevara
- S215 Tumor desmoide mamario infiltrativo**
Danitza Jamilethe Macías Morales, Santiago Toledo Cira, Sergio Gutiérrez Candia, César Orlando Angulo Sánchez, Diana Teresa Pompa López
- S216 Carcinoma de mama bilateral sincrónico**
Marycarmen Hernández Cardoso, Diana Laura Rodríguez Guevara, Tatiana Rodríguez Rodríguez
- S217 Cáncer cervicouterino invasor durante el embarazo**
Israel Herrera Escobedo, Karla Alejandra Rico Ávila, Arantxa Rivera Velasco
- S217 Tumor filodes recurrente de mama derecha**
Valeria Ontiveros Vega, Leonardo Armando Galindo Parada, Sergio Gutiérrez Candia
- S217 Detección oportuna de cáncer cervicouterino**
Adriana Montserrat Ferrera Solís, Karen Camargo Alfonso, Marco Aurelio Nava Carbajal
- S218 Patrones superpuestos en adenocarcinoma cervical**
Cayón Mayett Luz Alejandra, Vargas García Melissa, Jaimes Lizcano Anderson, Vega Rodríguez Alix, Dávila Dupont David
- S218 Carcinoma de cuello uterino y embarazo**
Arredondo Maldonado Luis Israel, Hernández Mendoza Elisa, Hernández Ramírez María de Lourdes
- S219 Desenlaces oncológicos en tumores ováricos no**

Contenido



epiteliales

*Javier Álvarez Payán, Leopoldo Santiago Sanabria,
Augusto Rafael Valle Valdez*

S219 Calculadora preoperatoria de riesgo de cáncer de mama

*Javier Álvarez Payán, Leopoldo Santiago Sanabria,
Julieta Garza Arrieta, Augusto Rafael Valle Valdez,
María Fernanda Palomera García*

*Jesús Emanuelle Nieves Avilés, Mirthala Martínez
Ruiz, Víctor Abraham Cavazos García*

S221 Análisis bibliométrico de los últimos cinco años de *Ginecología y Obstetricia de México*

*Yaribeli Sujey Dávalos Segundo, Itzel Altamirano
Mendoza*

EDUCACIÓN

S221 Control vascular por residentes de posgrado

Pablo Lara Treviño, Miguel Ángel Mejía Martínez,



GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

Editores de Ginecología y Obstetricia de México; doctores:

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

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

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

Editada y producida por la Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología A. C

Publicidad

Alejandra Nieto Sánchez
Ejecutiva de ventas

Celular: 5559664509
anieto@nietoeditores.mx

Registro de suscriptores: 9,800

Coordinación revisión por pares: Eduardo Aguirre Alanís

Diagramación: Elidé Morales del Río



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

EDITOR CIENTÍFICO

Alberto Kably Ambe

EDITOR EJECUTIVO

Enrique Nieto Ramírez

COEDITORES

Endocrinología: Andrea R Genazzani y José Luis Neyro Bilbao

Ginecología: Sergio Rosales Ortíz

Inteligencia artificial: Sinuhé Torres

Medicina materno-fetal: Sandra Acevedo Gallegos

Medicina de la reproducción: Juan Carlos Barros Delgadillo

Eric Saucedo de la Llata

Obstetricia: Nayely Moreno Uribe

Uroginecología: Silvia Rodríguez Colorado

CONSEJO EDITORIAL

Samuel Karchmer K
René Bailón Uriza
Alberto Kably Ambe

José de Jesús Montoya Romero
Ernesto Castelazo Morales
Cuauhtémoc Celis González

Javier Gómezpedroso Rea
Paulo Meade Treviño

COMITÉ DE REVISORES

OBSTETRICIA

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

GINECOLOGÍA

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

BIOLOGÍA DE LA REPRODUCCIÓN

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

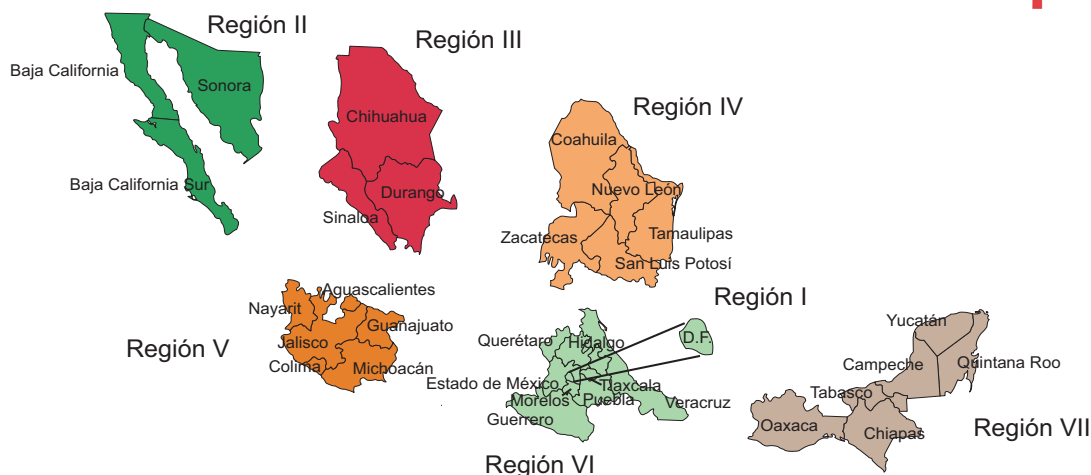
MEDICINA MATERNO FETAL

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

UROGINECOLOGÍA

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

Ginecología y Obstetricia de México, año 94, enero-diciembre 2026. Es una publicación continua editada por la Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología A. C., fundada por la Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia A. C. Nueva York 38, colonia Nápoles, Ciudad de México, Delegación Benito Juárez, CP 03810. Teléfono: 5689-4320, <https://ginecologiyobstetricia.org.mx>, enieto@enieto.mx. Editor responsable: Enrique Nieto Ramírez. Reserva de derecho al uso exclusivo: 04-2017-080418390200-203. ISSN electrónico: 2594-2034 ambos otorgados por el Instituto Nacional de Derechos de Autor. Encargado de la última actualización: Edición y Farmacia S.A. de C.V. (Nieto Editores), fecha: enero-diciembre 2026.



Agrupaciones federadas

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



GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

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

Fundada en 1960

Consejo Directivo 2025-2027

Jorge Carlos Méndez Trujeque

Presidente

Josefina Lira Plascencia

Vicepresidenta

Emilio Valerio Castro

Primer secretario propietario

Eduardo Juárez de la Luz

Segundo secretario propietario

Ana Cristina Arteaga Gómez

Primera secretaria suplente

Viridiana Gorbea Chávez

Segunda secretaria suplente

Francisco Javier Borrajo Carbajal

Tesorero

Sergio Rosales Ortiz

Subtesorero

Directores regionales 2024-2026

Víctor Saúl Vital Reyes

Región I

Octavio Zavala Soto

Región II

Julio César Soto Galindo

Región III

Leyza Angélica Nieto Galicia

Región IV

José Luis Elizarrarás Cendejas

Región V

Maricruz Pineda Vázquez

Región VI

Rómulo Cristobal Montes de Oca Rodríguez

Región VII

Afiliada a:



FLASOG
Federación Latino
Americana de Sociedades
de Obstetricia y Ginecología
Fundada en 1952



FIGO
International Federation of
Gynecology and Obstetrics
Fundada en 1954

Indizada en:

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



Niveles de Medicina Basada en la Evidencia

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

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

Niveles de evidencia para relaciones observacionales

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

Grado de recomendación

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

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



Los trabajos libres: formación científica y memoria académica en ginecología y obstetricia

Este suplemento de **Ginecología y Obstetricia de México** reúne los resúmenes de los trabajos libres presentados en las modalidades de cartel y video en el 74 Congreso Mexicano de Obstetricia y Ginecología. Con sede en Mérida, Yucatán, del 8 al 11 de noviembre de 2026, el encuentro congrega a los ginecoobstetras mexicanos en su reunión anual y recibe a especialistas de América Latina, Europa y otros países. Más que una recopilación, estas páginas constituyen un ámbito de interlocución científica en torno a las experiencias de atención e investigación clínica. En ellas queda constancia de la dedicación y el compromiso de los residentes de ginecoobstetricia y de especialidades afines, así como de los jefes de servicio y los especialistas que acompañan su formación. Para el médico residente, la elaboración de trabajos libres constituye una vertiente sustantiva de su formación integral. Nacidos de las preguntas y los problemas que plantea la práctica asistencial, estos esfuerzos de investigación clínica exigen sistematizar las observaciones, delimitar la pregunta de estudio, analizar la información y discernir entre los resultados y su interpretación. En este ejercicio confluyen la experiencia clínica, la lectura crítica de la bibliografía, el rigor metodológico, la responsabilidad ética y la comunicación científica. Su valor trasciende, por tanto, el cumplimiento de un requisito académico: favorece la adquisición de competencias

para examinar con juicio crítico la práctica de la especialidad.

El intercambio entre instituciones y generaciones permite contrastar enfoques, reconocer problemas compartidos y formular nuevas preguntas de investigación a partir de una experiencia local. Las modalidades de cartel y video propician esta interlocución entre autores y congresistas mediante recursos complementarios para comunicar los aspectos centrales de cada trabajo. La fecundidad de este diálogo exige, a su vez, ponderar el alcance de los resultados conforme al diseño y las limitaciones de cada estudio: el interés académico de una experiencia no demuestra, por sí solo, eficacia ni justifica una recomendación generalizable.

El incremento anual de los trabajos enviados a este foro para compartir experiencias clínicas con los congresistas ensancha las oportunidades de intercambio y acentúa la exigencia de preservar la calidad metodológica, la claridad expositiva y la mesura en la interpretación de los hallazgos. La continuidad de estas aportaciones permite examinar la evolución de los métodos diagnósticos, las estrategias de prevención y las modalidades de tratamiento. Sus resultados y limitaciones pueden así discutirse a la luz de los distintos contextos de atención.



Los trabajos reunidos aportan observaciones de los problemas de salud atendidos en diversas instituciones del país, desde los padecimientos frecuentes hasta aquellos que persisten como desafíos clínicos. En su conjunto, ofrecen una mirada a la atención de las mujeres en las distintas etapas de su vida, cuyo alcance requiere cautela. Ni la ausencia de comunicaciones de una enfermedad acredita su control, ni estas contribuciones constituyen, por sí solas, un panorama epidemiológico representativo de México.

La conservación y difusión de estos resúmenes confieren al suplemento su carácter de memoria

académica: prolongan el diálogo más allá del congreso y ofrecen un punto de partida para nuevas investigaciones. Esta función complementa el valor formativo de los trabajos libres para el médico residente y su contribución al examen crítico de la práctica de la ginecología y la obstetricia. A los autores y a quienes acompañan su formación expresamos nuestro reconocimiento. Invitamos, asimismo, a los congresistas a conocer estas aportaciones y a participar en una deliberación respetuosa y constructiva.

Enrique Nieto Ramírez
Editor



Obstetricia general

Impacto farmacoterapéutico de antibióticos LASA

VÍCTOR MANUEL ELIZALDE VALDÉS,¹ MAYRED YESELIN LEÓN GARCÍA,² MARTHA DÍAZ FLORES³

¹Médico adscrito.

²Investigadora. Facultad de Química, Universidad Autónoma del Estado de México

³Investigadora.

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

ANTECEDENTES: Los medicamentos LASA (*look-alike, sound-alike*) pueden generar confusiones visuales, fonéticas u ortográficas entre principios activos y nombres comerciales o genéricos (World Health Organization, 2023). Desde 2007, la OMS propuso estrategias para disminuir estos errores. Las similitudes no se limitan a los nombres, sino que también abarcan el acondicionamiento primario y secundario, lo que favorece los errores de medicación.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, transversal, descriptivo y no experimental, efectuado de agosto de 2025 a febrero de 2026 en pacientes atendidas en un hospital de especialidad de Toluca, México. Se incluyeron pacientes obstétricas con tratamiento antibiótico, estancia hospitalaria mínima de seis horas y medicamento disponible en farmacia interna. Mediante intervención farmacéutica se determinó el impacto farmacoterapéutico en eficacia, seguridad y resultados clínicos.

RESULTADOS: Se identificaron 232 pacientes

con tratamiento antibiótico lasa. La principal confusión fue de tipo fonético entre cefuroxima y ceftriaxona (40.1%). En 30.6% de los casos, la confusión afectó la eficacia terapéutica, requiriéndose escalamiento antibiótico. Respecto a seguridad, 77.4% tuvo una posología no acorde con recomendaciones terapéuticas para cefuroxima intravenosa obstetricia (750 mg/IV/8 h), identificándose como dosis subterapéutica la administración de 750 mg/IV/12 h. En resultados clínicos, 27.6% de las pacientes tuvo entre 24 y 36 horas adicionales de estancia hospitalaria.

CONCLUSIÓN: Las confusiones entre antibióticos lasa representan un problema de seguridad farmacoterapéutica en pacientes obstétricas, principalmente por similitud fonética. Estas comprometen eficacia, favorecer problemas con los medicamentos y prolongar estancia hospitalaria. En el caso de cefuroxima, la administración cada 12 horas puede resultar subóptima debido a su rápida eliminación renal y a su comportamiento farmacodinámico dependiente del tiempo.

Factores de riesgo para gastrosquisis

FRANCISCO VILLA-VILLAGRANA, J. GUADALUPE PANDURO-BARÓN, BRENDA ISABEL VILLA-OCHOA, ANDREA CAROLINA OCAÑA-GÓMEZ, MABEL OCHOA-HERNÁNDEZ

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

ANTECEDENTES: La gastrosquisis es un defecto de pared abdominal con baja mortalidad, pero con una morbilidad significativa. Se han identi-

ficado varios factores de riesgo de gastrosquisis, su etiología es desconocida.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio de casos y controles, pacientes con diagnóstico fetal de gastrosquisis atendidas en el Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde de enero 2020 a diciembre 2024, grupo control de pacientes embarazadas con feto sano. En relación de 2:1. Se utilizó modelo regresión logística (or) para evaluar diferentes factores de riesgo maternos.

RESULTADOS: Estudiamos 28 recién nacidos vivos con gastrosquisis, se compapoco frecuentemente con 56 recién nacidos vivos sanos. La edad materna temprana (menos de 20 años), fue un factor de riesgo significativo (OR 5.95; IC95%: 2.2-16.0; $p < 0.0004$), primiparidad (OR 2.78; IC95%: 1.08-7.12; $p < 0.0331$), alcoholismo (OR 3.33; IC95%: 1.13-9.77; $p < 0.0283$) cervicovaginitis (OR 3.80; IC95%: 1.4-9.8; $p < 0.0061$) se asociaron con un mayor riesgo de gastrosquisis, un IMC pregestacional ≥ 25 kg / m² (OR 0.50; IC95%: 0.1-1.3) y el estar casada (OR 0.0625; IC95%: 0.0-1) fueron factores protectores.

CONCLUSIÓN: Prevenir embarazos en adolescentes y promover estilos de vida saludables en este grupo poblacional disminuirá la incidencia de esta malformación y los costos en los servicios de salud.

Impacto de la escolaridad de las madres en el control prenatal

ÓSCAR RUBÉN TREVIÑO-MONTEMAYOR, VANESSA JAQUELINE MERAZ PINALES, CHRISTOPHER GUAJARDO CASTILLO, LUIS ABEL GUZMÁN-OCHOA, ABEL GUZMÁN-LÓPEZ

Hospital Universitario, Universidad Autónoma de Nuevo León.

ANTECEDENTES: La atención prenatal constituye una de las principales estrategias para disminuir las complicaciones maternas y perinatales, favorece la detección temprana de factores de riesgo y la implementación oportuna de intervenciones durante el embarazo. La escolaridad

de las madres se ha identificado como un factor asociado con la utilización de los servicios de salud y se ha observado que las mujeres con menos años de escolaridad tienen mayor probabilidad de iniciar tardíamente el control prenatal y recibir una vigilancia obstétrica insuficiente.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, transversal y prospectivo, incluyendo 509 pacientes en puerperio inmediato. Se recolectaron datos sociodemográficos, semanas de embarazo al inicio del control prenatal, número de consultas y ultrasonidos hicieron: dos. El análisis estadístico reportó frecuencias, medidas de tendencia central, χ^2 de Pearson para variables categóricas, prueba de Kolmogorov-Smirnov para normalidad y Kruskal-Wallis para variables cuantitativas.

RESULTADOS: Predominó la escolaridad secundaria (58.9%). Se encontraron diferencias significativas según el grado de escolaridad: pacientes con licenciatura iniciaron la atención prenatal más temprano que su contraparte de primaria y secundaria (8 vs 15 vs 13 semanas de gestación, respectivamente; $p < 0.001$), asistieron a más consultas (10 vs 5-8 en otros grupos; $p < 0.001$) y se practicaron más ultrasonidos (9 vs 3-6; $p < 0.001$). La proporción de ultrasonidos especializados fue mayor en el grupo con licenciatura (55.6% y 72.2%, respectivamente; $p < 0.001$).

CONCLUSIÓN: Existe un claro gradiente socioeducativo en la utilización de los servicios de salud materna. Un mayor nivel educativo se asocia con un inicio oportuno y vigilancia prenatal continua e integral. Es imperativo fortalecer políticas públicas enfocadas al acceso a la educación y el fortalecimiento de la infraestructura de atención primaria.

Cardiopatía y anticoncepción inmediata postparto

NORMA VELÁZQUEZ RAMÍREZ, MARGARITA CONCEPCIÓN RUÍZ HUERTA, JOSÉ JUAN VALDÉZ AGUAYO, JOSÉ LUIS SANTOS ARRIAGA



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

ANTECEDENTES: La enfermedad cardiovascular afecta entre 1 al 4% de la población mundial en mujeres en edad reproductiva. En México el 75% de las cardiopatías son congénitas y continúan en la edad adulta y pueden tener embarazos de alto riesgo, por ello el uso de métodos anticonceptivos seguros y efectivos en mujeres que resuelven un evento obstétrico, requieren de un selección detallada en conjunto con la paciente.

OBJETIVO: Evaluar los riesgos y beneficios a partir del control prenatal en la resolución y antes del alta hospitalaria.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo en 151 pacientes que acudieron a un hospital de tercer nivel de atención con enfermedad cardiovascular que resolvieron un evento obstétrico de enero del 2022 a diciembre del 2024 y que eligieran o no un método anticonceptivo.

RESULTADOS: La edad promedio de las pacientes fue 25.8 años, 47% multigestas, a un 73.5% se realizó cesárea. De acuerdo con la clasificación de Moms de riesgo de cardiopatía el 29.8% era categoría II, el 25.8% a la I el 17.2% a la IV el 11.25% a la III y el 9.9% a la II-II. La tasa de aceptación de métodos anticonceptivos fue del 91.4%. La OTB fue el método más aceptado (38.4%) principalmente en las categorías de mayor riesgo, seguido de los implantes subdérmicos (24.5%), el preservativo (13.2%) y los dispositivos intrauterinos (12.5%). Sólo el 17.8% acudió a citas de seguimiento en consulta externa. Sin embargo en aquellas mujeres que eligieron barrera o ningún método, optaron tras reforzar consejería por progestina inyectable, implantes y dispositivos intrauterinos.

CONCLUSIÓN: Las pacientes con enfermedad cardiovascular atendidas tuvieron una alta aceptación de métodos anticonceptivos post evento obstétrico seguros y efectivos principalmente quirúrgicos y de larga acción. Por lo que el asesoramiento prenatal y durante la resolución

del embarazo es fundamental para brindar una atención integral a este grupo de mujeres.

Tratamiento con metotrexato en embarazo ectópico no roto

PAULINA JULIETTE ALVARADO MARTÍNEZ, HILDA SOCORRO VALADEZ HERNÁNDEZ, ANDREA ELIZABETH LÓPEZ MACÍAS; STEPHANIE VALLE RODRÍGUEZ; SUSANA CAROLINA DE ANDA GONZÁLEZ

Hospital Civil de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco.

ANTECEDENTES: Paciente de 22 años, con antecedentes de dos embarazos y un aborto, a Rh positivo, quien acudió por sangrado transvaginal. Se documentó incremento seriado de β -hCG cada 48 horas: 938.2, 2,474 y 3,535 mUI/mL. El ultrasonido transvaginal mostró útero en anteversoflexión, endometrio de 3.6 mm y saco gestacional en anexo izquierdo de $14 \times 11 \times 11.6$ mm, con doppler positivo, compatible con embarazo ectópico izquierdo no roto

MATERIALES Y MÉTODOS: Revisión retrospectiva del expediente clínico hospitalario, de donde se recabó la información clínica, diagnóstica, terapéutica y evolutiva relevante del caso. Posteriormente, los hallazgos fueron correlacionados con la bibliografía científica disponible y actualizada sobre el tema, con el objetivo de contextualizar el caso y contrastarlo con la evidencia publicada.

RESULTADOS: El tratamiento del embarazo ectópico debe individualizarse de acuerdo con las características clínicas, bioquímicas y ultrasonográficas de cada paciente. En este caso, la ausencia de datos de ruptura y la estabilidad hemodinámica permitieron optar por tratamiento médico, con adecuada respuesta al metotrexato. El seguimiento mediante β -hCG evidenció un descenso progresivo, con una disminución inicial del 27.1% y posterior reducción hasta 6.5 mUI/mL a las ocho semanas. La evolución favorable, sin complicaciones ni requerimiento de intervención

quirúrgica, destaca la importancia de la selección adecuada de pacientes y del seguimiento estrecho posterior al tratamiento.

CONCLUSIÓN: En esta paciente, el tratamiento conservador con metotrexato en dosis única fue una alternativa eficaz y segura para el tratamiento del embarazo ectópico no roto, logrando una disminución progresiva de los niveles séricos de β -hcg hasta 6.5 mUI/mL, sin complicaciones ni necesidad de tratamiento quirúrgico. Este caso resalta la importancia del diagnóstico oportuno, la adecuada selección de pacientes y el seguimiento estrecho para el éxito del tratamiento médico.

Violencia intrafamiliar en el embarazo

VÍCTORIA MARTÍNEZ GAYTÁN, VÍCTOR EMILIO ALFARO RODRÍGUEZ, JENNIFER DENISSE SEQUEIRA GONZÁLEZ, JUAN JOSÉ BAZALDÚA CRUZ, CABALLERO TREJO AMILCAR

Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco Obstetricia 23, Monterrey, Nuevo León.

ANTECEDENTES: A nivel mundial, 1 de cada 3 mujeres ha sufrido algún tipo de violencia, la más frecuente es ejercida por la pareja. Durante el embarazo, afectar la salud física y emocional de la mujer, puede generar complicaciones obstétricas como parto pretérmino, bajo peso al nacer, depresión posparto e incluso aumentar la mortalidad materna y perinatal.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional transversal comparativo prospectivo efectuado en pacientes embarazadas en tercer trimestre se evaluó la proporción de violencia intrafamiliar en la mujer embarazada adolescente y adulta se les aplicó la encuesta nacional de violencia contra las mujeres (envim) tipos de violencia medidos: psicológica, física, sexual y económica grupo 1: embarazadas adultas (mayores de 18 años) grupo 2: embarazadas adolescentes (11 a 18 años)

RESULTADOS: 252 embarazadas resultados en ambos grupos de violencia durante el embarazo fue 25.4%. La más frecuente violencia psicológica

(22.4%), seguida de la violencia física (8.2%), económica (3.0%) y sexual (1.7%).

CONCLUSIÓN: Identificamos por primera vez datos comparables en adultas y adolescentes y el impacto de la violencia en su salud y los obstáculos para solicitar ayuda. La violencia se tuvo en mayor medida en la embarazada adulta con violencia psicológica y violencia física esto repercute en la salud física y mental de la madre el feto y el niño. La violencia en el embarazo tiene consecuencias en la mujer en el feto y en el niño la tasas de abuso a nivel mundial 5.4 al 27.7% nosotros estamos en estándares altos de violencia debemos hacer estrategia para el cuidado de la madre y el recién nacido.

Biofeedback ecográfico durante el pujo materno

ESTEBAN LIZÁRRAGA CEPEDA, FRANCIS SARAHÍ SUÁREZ ÁVILA, ENRIQUE JAVIER SALDIVAR ORNELAS, JESICA MABEL RODRÍGUEZ MARTÍNEZ

TecSalud

ANTECEDENTES: El pujo efectivo requiere coordinación entre el aumento de la presión abdominal y la relajación del piso pélvico. La coactivación del elevador del ano durante el esfuerzo puede limitar la apertura hiatal y se ha asociado con mayor duración del segundo periodo del trabajo de parto. La ecografía transperineal permite visualizar esta mecánica y utilizar la imagen como *biofeedback* visual en tiempo real para orientar la técnica de pujo materno.

CASO CLÍNICO: Paciente primigesta con embarazo de 39.2 semanas, con analgesia epidural, evaluada mediante ecografía transperineal durante el segundo periodo del trabajo de parto. Se evaluó inicialmente el pujo espontáneo y, luego de identificar la coactivación del elevador del ano, se utilizó la imagen ecográfica como *biofeedback* visual. La paciente observó en tiempo real la respuesta del piso pélvico, recibió instrucciones dirigidas y posteriormente hizo un nuevo intento de pujo. Durante la evaluación basal se observó



contracción del elevador del ano durante el esfuerzo, compatible con coactivación. Enseguida del *biofeedback* visual y la instrucción dirigida, la reevaluación mostró una modificación inmediata del patrón de pujo, caracterizada por relajación del elevador del ano, mayor apertura hiatal y descenso de la presentación durante el esfuerzo.

CONCLUSIÓN: La ecografía transperineal permitió identificar la coactivación del elevador del ano y proporcionar *biofeedback* visual durante el pujo. En este caso, la intervención se acompañó de una modificación inmediata del patrón de pujo. Se requieren estudios para determinar su impacto sobre desenlaces obstétricos.

Embarazo de localización desconocida y metotrexato

ANDREA ZARET DE LA GARZA LÓPEZ, RAFAEL VÁZQUEZ VELÁZQUEZ, ALBERTO GONZÁLEZ GONZÁLEZ, MARINA RUGERIO RAMOS

Consulta privada de Ginecología y Obstetricia.

ANTECEDENTES: El embarazo de localización desconocida se presenta cuando existe una prueba de embarazo positiva sin evidencia ecográfica de gestación intrauterina o extrauterina. Puede corresponder a un embarazo intrauterino temprano, una pérdida gestacional en resolución o un ectópico no visualizado. El uso autoadministrado de misoprostol puede modificar la presentación clínica y retrasar el diagnóstico, por lo que el seguimiento seriado de β -hCG y ultrasonido transvaginal es fundamental.

CASO CLÍNICO: Revisión retrospectiva del expediente clínico. Se analizaron antecedentes, exploración física, ultrasonidos transvaginales, determinaciones seriadas de β -hCG y estudios de laboratorio. Se documentó la evolución posterior al uso autoadministrado de misoprostol, la selección para tratamiento médico con metotrexato intramuscular en dosis única de 85 mg y el seguimiento clínico, ecográfico y bioquímico hasta alcanzar resolución completa.

RESULTADOS: La β -hCG mostró una evolución irregular de 193, 258, 235 y 574 mUI/mL, sin evidencia ecográfica de gestación intrauterina o extrauterina, masa anexial ni líquido libre. Luego de administrar metotrexato intramuscular en dosis única de 85 mg, aumentó transitoriamente a 755 mUI/mL y posteriormente descendió a 374, 182, 33.6 y 1.89 mUI/mL. La paciente permaneció estable y no requirió cirugía ni una segunda dosis.

CONCLUSIÓN: El seguimiento clínico, ecográfico y bioquímico permitió identificar y tratar oportunamente un embarazo persistente de localización desconocida. En pacientes hemodinámicamente estables, sin datos de ruptura y con posibilidad de vigilancia estrecha, el metotrexato en dosis única puede lograr resolución completa y evitar intervención quirúrgica.

Vitamina D en el embarazo

ENRIQUE REYES MUÑOZ, JORGE SÁNCHEZ VARELA, DIANA ESTEFANÍA ARELLANO CHACÓN, ARIADNA BELÉN ORTEGA SUÁREZ, ALICIA ESPARZA GUZMÁN

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

ANTECEDENTES: La vitamina D es una hormona esteroidea producida principalmente en la piel por exposición solar. Su deficiencia e insuficiencia se han asociado con resultados perinatales adversos. La concentración sérica de 25-hidroxivitamina D es la determinación de mayor uso en la práctica clínica.

METODOLOGÍA: Búsqueda bibliográfica estructurada en PubMed de los últimos 10 años, incluyendo ensayos clínicos aleatorizados, revisiones sistemáticas con o sin metaanálisis y guías de práctica clínica. Se utilizaron los términos mesh "vitamin d supplementation", "vitamin D", "pregnancy", "pregnancy outcomes", "preeclampsia" y "gestational diabetes". Tres revisores identificaron y depuraron frecuentemente los estudios.

RESULTADOS: La deficiencia de vitamina D se

asoció con mayor riesgo expresado como *or* e (IC95%) de aborto espontáneo; 2.02 (1.37-2.98), preeclampsia; 1.58 (1.39-1.79) y diabetes gestacional *or* 1.38 (1.22-1.57). La suplementación con vitamina D3 mostró mayor beneficio expresado como *rr* (ic 95%) en preeclampsia: 0.62 (0.56-0.69), diabetes gestacional 0.68 (0.53-0.88) y nacimiento pretérmino 0.28 (0.15-0.53). No hubo beneficios en aborto espontáneo. Se recomienda suplementar a embarazadas con deficiencia o insuficiencia desde el primer trimestre o durante la etapa pregestacional, con 2,000-4,000 UI/día.

CONCLUSIÓN: La suplementación con vitamina D₃ en mujeres con deficiencia o insuficiencia disminuye en 38% el riesgo de preeclampsia; en 32% el de diabetes gestacional; y en 72% el de nacimiento pretérmino. No hay evidencia de beneficio en aborto espontáneo. La suplementación con vitamina D en el embarazo debe individualizarse según el contexto clínico y el riesgo de deficiencia.

Trombosis del seno sagital superior y PRES

TOMÁS IGNACIO GUZMÁN PÉREZ, ANA PATRICIA GONZÁLEZ RANGEL, ÓSCAR RUBÉN TREVIÑO MONTEMAYOR, CLARA DEL CARMEN FLORES ACOSTA, ABEL GUZMÁN LÓPEZ

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, NL.

ANTECEDENTES: La cefalea puerperal tiene múltiples causas obstétricas, anestésicas y neurológicas. El antecedente de punción dural puede orientar inicialmente a cefalea pospunción; sin embargo, la aparición de convulsiones o alteraciones visuales exige ampliar el diagnóstico diferencial.

CASO CLÍNICO: Paciente de 26 años, con embarazo de 39 semanas resuelto mediante parto eutócico y antecedente de punción dural advertida durante el procedimiento anestésico.

En el puerperio tuvo cefalea postural, con mejoría inicial y posterior recurrencia acompañada de vómito. Durante su valoración experimentó dos crisis tónico-clónicas, seguidas de amaurosis transitoria, sin cifras hipertensivas documentadas.

RESULTADOS: La resonancia magnética mostró hallazgos sugestivos de trombo agudo del seno sagital superior y edema vasogénico compatible con PRES. Se inició anticoagulación con enoxaparina y, ante recurrencia de las crisis convulsivas, se agregó levetiracetam. La evolución fue favorable y se dio de alta al séptimo día de estancia hospitalaria, estable, asintomática y sin secuelas neurológicas clínicas.

CONCLUSIÓN: Las convulsiones puerperales requieren considerar diagnósticos diferenciales además de la eclampsia. La cefalea persistente y las alteraciones visuales justifican una evaluación neurológica oportuna, incluyendo neuroimagen. La trombosis venosa cerebral y el pres deben contemplarse para orientar el tratamiento y disminuir las complicaciones neurológicas.

Cáncer cervicouterino y embarazo

JOSÉ ALBERTO VILLARREAL RODRÍGUEZ, EVA EDITH ARROYO GONZÁLEZ, MYRNA ERNESTINA SÁNCHEZ, ROBERTO AMBRIZ LÓPEZ, JUAN ANTONIO SORIA LÓPEZ

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, NL.

ANTECEDENTES: El cáncer cervicouterino durante el embarazo es poco frecuente y representa un desafío terapéutico, sobre todo en estadios localmente avanzados. La quimioterapia con platinos y taxanos puede utilizarse durante el segundo y tercer trimestre en pacientes seleccionadas, aunque incrementa el riesgo de ruptura prematura de membranas pretérmino, particularmente en edades gestacionales previables. Asimismo, el parto vaginal en casos invasivos puede favorecer hemorragias y complicaciones por laceración u obstrucción tumoral. Por ello,



cuando se indica finalizar el embarazo, generalmente se prefiere la vía abdominal.

CASO CLÍNICO: Paciente de 40 años, con antecedentes de dos embarazos y una cesárea, con 20.4 semanas de gestación y carcinoma epidermoide cervicouterino moderadamente diferenciado, etapa IIIC1, diagnosticado a las 11 semanas. Recibió dos ciclos de quimioterapia neoadyuvante con carboplatino y paclitaxel. Ingresó por salida de líquido transvaginal y dolor pélvico, confirmándose ruptura prematura de membranas previable. Se identificó tumor cervical exofítico de 6 cm con afectación parametrial. El ultrasonido reportó 19.6 semanas, peso fetal estimado de 433 g y oligohidramnios. Tenía anemia y mielosupresión asociada al tratamiento. El caso fue evaluado multidisciplinariamente. Debido a las semanas de embarazo previable, ruptura prematura de membranas y cáncer cervicouterino localmente avanzado, se decidió interrumpir el embarazo para disminuir el riesgo de complicaciones maternas. Ante la tumoración cervical y el riesgo de hemorragia asociado al parto vaginal, se practicó histerotomía evacuadora mediante incisión corporal alta, sin complicaciones transoperatorias. La evolución postoperatoria fue satisfactoria y la paciente fue egresada para continuar seguimiento y tratamiento oncológico.

CONCLUSIÓN: El tratamiento del cáncer cervicouterino localmente avanzado durante el embarazo debe individualizarse según el estadio, las semanas de embarazo y las condiciones obstétricas. En este caso, la ruptura prematura de membranas previable impidió continuar con la preservación del embarazo, mientras que la lesión cervical determinó la vía abdominal. El atención multidisciplinaria permitió priorizar la seguridad materna y facilitar la continuidad del tratamiento oncológico.

Embarazo heterotópico

YAZMÍN GUADALUPE RÍOS GONZÁLEZ, BLANCA CARRANZA SÁNCHEZ, MIGUEL OROZCO RODRÍGUEZ, JONATHAN ALAN ROMERO CALDERÓN

ANTECEDENTES: El embarazo heterotópico espontáneo es poco frecuente caracterizada por la coexistencia de un embarazo intrauterino y otro ectópico. Su diagnóstico es complejo, porque la presencia de una gestación intrauterina puede retrasar la identificación del embarazo ectópico, incrementando el riesgo de complicaciones maternas graves.

CASO CLÍNICO: Reporte de caso de una paciente de 22 años, primigesta, con embarazo de ocho semanas, que ingresó por dolor abdominal intenso e inestabilidad hemodinámica. Se efectuaron la valoración clínica, ultrasonido transvaginal y laparotomía exploratoria. Se documentaron los hallazgos transoperatorios, el tratamiento aplicado y la evolución clínica posterior.

El ultrasonido mostró embarazo intrauterino viable y abundante líquido libre. Durante la laparotomía se encontró hemoperitoneo aproximado de 2000 mL y embarazo ectópico tubario derecho roto. Se practicó salpingectomía derecha con evolución favorable, manteniéndose la viabilidad del embarazo intrauterino.

CONCLUSIÓN: El embarazo heterotópico debe sospecharse ante dolor abdominal y líquido libre, incluso con embarazo intrauterino confirmado. El diagnóstico oportuno y el tratamiento quirúrgico precoz disminuyen la morbilidad materna y favorecen la continuidad del embarazo.

Ruptura uterina posterior en un útero no cicatrizal

STEFANY PAOLA CHAIREZ ROCHA, SAENZ SANTIBAÑEZ JOHANNA, SAMANTHA GÓMEZ TREJO

CASO CLÍNICO: Paciente de 25 años, con 34.2 semanas de gestación, placenta corporal posterior con aparente implantación baja. Antecedentes de tres embarazos, un parto y un aborto. Acudió a urgencias por actividad uterina acompañada de síncope. En el ultrasonido se encontró con feto único longitudinal cefálico, dorso a la izquierda, sin tono ni movimientos fetales, ni frecuencia

cardíaca fetal. A la exploración física la paciente se encontró con palidez generalizada de tegumentos, abdomen globoso, sin actividad uterina palpable ni movimientos fetales, ni frecuencia cardíaca fetal. Al tacto vaginal el cuello del útero posterior se encontró cerrado, sin pérdidas transvaginales. Se recibe paciente con los siguientes signos vitales: TA: 85/55, FC: 115, FR 22, saturación de oxígeno de 98%, t 37, dxtx 243 mg/dL, índice de choque 1.33.

CONCLUSIÓN: El diagnóstico definitivo se estableció durante la laparotomía exploradora, lo que resalta la importancia de mantener un alto Índice de sospecha clínica, en embarazadas con afectación hemodinámica, incluso en ausencia de factores de riesgo clásicos.

Pielonefritis enfisematosa puerperal: caso clínico

FRANCISCO OCTAVIO MACÍAS BELMAN, GERARDO EDU CASTILLO LÓPEZ, CÉSAR SALVADOR VALDÉZ CHÁVEZ, SANTIAGO SALVADOR HERNÁNDEZ ZAMORA, LYZBETH IZAMARA GARCÍA LÓPEZ

ANTECEDENTES: La pielonefritis enfisematosa es una infección necrosante grave, casi siempre asociada con comorbilidades metabólicas como la diabetes mellitus. Su aparición durante el puerperio en pacientes sin factores de riesgo conocidos constituye un escenario clínico inusual. Este caso subraya que la ausencia de antecedentes no excluye alteraciones anatómicas predisponentes, como una urolitiasis silente, la cual, sumada a los cambios fisiológicos del embarazo y puerperio, puede detonar esta urgencia urológica de alta morbilidad.

CASO CLÍNICO: Paciente de 39 años, en el puerperio. Se recopiló información sobre presentación clínica, paraclínicos (biometría hemática, química sanguínea, reactantes de fase aguda), hallazgos de estudios de gabinete y urocultivo. Se documentó el procedimiento quirúrgico (nefrectomía abierta) establecido ante la falta de recursos institucionales y económicos para

optar por un tratamiento conservador percutáneo, así como la evolución posoperatoria. El día 23 de puerperio tuvo fiebre y dolor lumbar. Los paraclínicos mostpoco frecuentes leucocitosis ($13.3 \times 10^9/L$) y creatinina de 1.16 mg/dL. La tomografía abdominopélvica reveló urolitiasis bilateral silente y gas en sistema colector. El urocultivo aisló *Escherichia coli*. Ante el inminente riesgo de choque séptico y la imposibilidad para efectuar drenaje percutáneo, se practicó nefrectomía abierta derecha sin complicaciones. Se dio de alta hemodinámicamente estable, con preservación de la función renal contralateral.

CONCLUSIÓN: La fiebre puerperal exige descartar complicaciones severas. Alteraciones anatómicas silentes, como urolitiasis, y cambios fisiológicos pueden resultar en pielonefritis enfisematosa. La tomografía resulta indispensable. En escenarios con recursos limitados, la nefrectomía primaria es una medida terapéutica ética y vital para evitar desenlaces fatales.

Siameses cefalotoracópagos: reporte de caso

BLANCA ESTEFANÍA GUZMÁN LÓPEZ, JUAN LUIS ZARAGOZA PONCE, LAURA LIZETH REYES AGUIRRE, EVA ELIZABET CAMARENA PULIDO, JOSÉ JUAN QUILANTÁN CABRERA

ANTECEDENTES: Los gemelos siameses constituyen una complicación por demás infrecuente del embarazo monocigótico, con incidencia aproximada de 1.5 de 100,000 nacimientos. Causado por una división embrionaria tardía (≥ 13 días). El pronóstico depende del sitio de unión y la posibilidad de separación quirúrgica. El 50% de los casos presenta polihidramnios. El diagnóstico prenatal mediante ultrasonido es fundamental para el asesoramiento, el seguimiento y planificación obstétrica.

CASO CLÍNICO: Paciente primigesta de 20 años, referida a las 27.4 semanas con embarazo monocorial de alto orden, gemelos siameses cefalotoracópagos y polihidramnios. Se practicó amniodrenaje terapéutico. Posteriormente tuvo trabajo de parto pretérmino y, tras completar ma-



duración pulmonar fetal, se efectuó cesárea. Se obtuvieron gemelas siamesas cefalotoracópagas de 1,249 g, quienes fallecieron al nacimiento por imposibilidad para establecer una vía aérea. El cordón umbilical tenía cuatro arterias y dos venas. El tercer recién nacido, estructuralmente sano, pesó 1,323 g y evolucionó favorablemente hasta su alta del hospital.

CONCLUSIÓN: El diagnóstico prenatal oportuno mediante ultrasonido, doppler color, ecocardiografía fetal y reconstrucción tridimensional, permite definir la anatomía, establecer pronóstico y planificar el tratamiento perinatal. Este caso ilustra la complejidad del embarazo monocorial de alto orden con gemelos siameses y la posibilidad de un desenlace favorable para el feto no afectado.

Lesión hepática aguda en el embarazo

JOSÉ MANUEL OVIEDO SALAS, EVA ELIZABETH CAMARENA PULIDO, BEATRIZ CRUZ MUÑOZ, MAHARTA ESTEFANÍA OLIVARES MÁRQUEZ, ARANTZA ROSALÍA OCEJO CAMPOS

ANTECEDENTES: El hígado agudo graso del embarazo y la hepatitis por virus herpes simple son enfermedades poco frecuentes y potencialmente graves que pueden causar disfunción hepática durante el embarazo. Ambas pueden compartir manifestaciones clínicas y bioquímicas, como dolor abdominal, ictericia y alteración de las pruebas de función hepática, lo que dificulta su diagnóstico diferencial. Su reconocimiento oportuno es fundamental debido a las diferencias en su tratamiento y pronóstico.

CASO CLÍNICO: Paciente de 30 años, con antecedentes de dos embarazos, un parto y una cesárea, con embarazo gemelar monocorial biamniótico de 32.6 semanas de gestación, con fatiga, dolor abdominal, ictericia y fiebre. Ingresó con hipoglucemia, trombocitopenia, lesión renal, hiperbilirrubinemia y coagulopatía, cumpliendo seis criterios de swansea, por lo que se sospechó hage y se interrumpió el embarazo. Posteriormente, ante la persistencia del deterioro

bioquímico y el antecedente de herpes labial, se inició aciclovir empírico. Serología HSV positiva; sin PCR ni biopsia. Evolucionó favorablemente y se dio de alta del hospital.

CONCLUSIÓN: El diagnóstico diferencial entre HAGE y hepatitis por HSV puede ser complejo por la similitud de sus manifestaciones clínicas y bioquímicas. Ante una embarazada con disfunción hepática, los criterios de HAGE no excluye causas potencialmente tratables como hepatitis por HSV, por lo que su reconocimiento oportuno resulta fundamental.

Tumor ovárico benigno fortuito en el embarazo

MAHARTA ESTEFANÍA OLIVARES MÁRQUEZ, KARINA ELIZABETH GUERRERO HERNÁNDEZ, DANIELA MENDOZA MENDOZA, JOSÉ MANUEL OVIEDO SALAS, EVA ELIZABETH PULIDO CAMARENA

ANTECEDENTES: Las tumoraciones anexiales se identifican en aproximadamente 2 a 20 de cada 1,000 embarazos. La mayoría corresponde a lesiones benignas asociadas con los cambios fisiológicos de el embarazo. La ultrasonografía es el principal método de evaluación, permitiendo caracterizar las lesiones. Ante hallazgos indeterminados, el estudio histopatológico establece el diagnóstico definitivo. Algunas tumoraciones pueden permanecer inadvertidas y descubrirse incidentalmente durante la cesárea. La valoración intraoperatoria permite determinar sus características y la necesidad de tratamiento quirúrgico según el contexto clínico y obstétrico. Además, el seguimiento prenatal.

CASO CLÍNICO: Paciente embarazada, con seguimiento prenatal mediante ultrasonografía abdominal, sin evidencia de tumoración anexial. Durante el procedimiento quirúrgica del embarazo se identificó una tumoración ovárica, por lo que se efectuó la exploración abdominal y la resección quirúrgica de la lesión en el mismo tiempo operatorio. La pieza se envió para estudio histopatológico y diagnóstico definitivo. La evolución posoperatoria fue satisfactoria, con

seguimiento materno y neonatal sin complicaciones relevantes. Durante la cirugía se identificó incidentalmente una masa ovárica derecha bilobulada, sólido-quística, no reportada en estudios prenatales. Se practicó ooforectomía derecha. La pieza pesó 1,300 g y midió 32 x 16 x 7 cm, con componentes quístico y sólido multiloculado. Histopatológicamente correspondió a cistoadenofibroma de 11 x 7 x 7 cm asociado a cistadenoma de 21 x 16 x 7 cm, sin atipia, mitosis ni necrosis. Se identificó endometriosis deciduizada. El estudio fue negativo para malignidad.

CONCLUSIÓN: Las tumoraciones ováricas pueden pasar inadvertidas durante el embarazo, incluso cuando alcanzan grandes dimensiones. La exploración sistemática de los anexos durante la cesárea permite identificar lesiones no advertidas y ofrecer un tratamiento oportuno. En este caso, se confirmó una lesión benigna, con evolución materna y neonatal favorable.

Embolismo pulmonar con infarto pulmonar en primer

ARANTZA ROSALÍA OCEJO CAMPOS, JUAN LUIS ZARAGOZA PONCE, JOSÉ MANUEL OVIEDO SALAS, BEATRIZ CRUZ MUÑOZ

ANTECEDENTES: El tromboembolismo venoso constituye una de las principales causas de morbilidad materna durante el embarazo. Los cambios fisiológicos propios de el embarazo generan un estado de hipercoagulabilidad, estasis venosa y disminución de la fibrinólisis, incrementando el riesgo de trombosis venosa profunda y tromboembolia pulmonar.

CASO CLÍNICO: Paciente de 20 años, con antecedente de un embarazo, en curso de las 8.3 semanas de gestación del embarazo actual, sin comorbilidades conocidas. Acudió a consulta debido a disnea, dolor pleurítico y dolor en MPI de 3 días de evolución. Inicialmente con signos vitales normales. Posteriormente tuvo frecuencia cardíaca de 190 lpm. Se confirmó el tromboem-

bolismo venoso asociada con TVP iliofemoral izquierda mediante estudios de imagen, con afección pulmonar subsegmentaria y datos de infarto pulmonar. El perfil inmunológico mostró anticuerpos antinucleares y anti-Ro 60 positivos, con anticoagulante lúpico y anticardiolipinas negativas. Se inició anticoagulación manteniendo tratamiento con hidroxiclороquina, con evolución clínica favorable y sin complicaciones obstétricas durante el seguimiento. Actualmente en CPN de alto riesgo.

CONCLUSIÓN: La tromboembolia pulmonar debe considerarse parte del diagnóstico diferencial de disnea, dolor torácico y taquicardia durante el embarazo, incluso en pacientes jóvenes sin factores de riesgo trombótico identificables. La utilización de algoritmos diagnósticos adaptados al embarazo permite optimizar la selección de estudios de imagen sin retrasar el diagnóstico. La identificación temprana de la tromboembolia pulmonar y el inicio oportuno de anticoagulación son fundamentales para disminuir la morbilidad materna y favorecer un desenlace obstétrico adecuado.

Osteosarcoma en una adolescente embarazada

MARÍA FERNANDA JUÁREZ MÉNDEZ, FRANCISCO IBARGÜENGOITIA OCHOA, MARÍA FERNANDA LÓPEZ TORRES

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

ANTECEDENTES: El cáncer durante el embarazo es infrecuente, con una incidencia de 0.07-0.1%; predominan las neoplasias mamarias, cervicouterinas y hematológicas. Los tumores óseos malignos representan solo el 0.2% de las neoplasias. El osteosarcoma es el tumor óseo primario más común y la neoplasia musculoesquelética maligna más reportada durante el embarazo, con cerca de 50 casos descritos desde 1977.

CASO CLÍNICO: Paciente primigesta de 17 años, con 32 semanas de embarazo y diagnóstico de un osteosarcoma tibial de alto grado, diagnosti-



cado luego de tres intervenciones. Se le encontró un tumor exofítico sangrante de 10 cm, destrucción cortical e invasión intramedular. Después de la valoración multidisciplinaria y maduración pulmonar fetal, se practicó la cesárea a las 33.1 semanas, con obtención de un recién nacido de 1860 g, Apgar 8/9. Posteriormente experimentó una hemorragia tumoral y se identificaron metástasis pulmonares, por lo que se efectuó la amputación e indicó quimioterapia.

CONCLUSIÓN: Las neoplasias óseas malignas durante el embarazo representan un reto diagnóstico y terapéutico. Los estudios de imagen deben minimizar la exposición fetal. La cirugía constituye una opción inicial; la quimioterapia puede administrarse después del primer trimestre, mientras que la radioterapia debe posponerse hasta después del nacimiento.

Embarazo ectópico cervical con actividad cardíaca

SAÚL ESTRELLA ESQUIVEL, ALEXANDER PORTER MAGAÑA, GABRIELA ANAHÍ CORZO MATÍAS

ANTECEDENTES: El embarazo ectópico cervical es una complicación obstétrica infrecuente, potencialmente hemorrágica y con riesgo de pérdida de la fertilidad al requerir tratamiento quirúrgico radical. El diagnóstico oportuno por ultrasonografía transvaginal permite implementar estrategias conservadoras para preservar el útero. No obstante, la actividad cardíaca embrionaria es un factor asociado a menor probabilidad de éxito con metotrexato.

CASO CLÍNICO: Paciente de 36 años con antecedentes de tres embarazos, un parto y un aborto, con amenorrea de 6.2 semanas, sangrado transvaginal y algia pélvica. El ultrasonido transvaginal confirmó un saco gestacional endocervical de 9.8 mm con actividad cardíaca de 108 lpm. Por su estabilidad hemodinámica, deseo de preservar la fertilidad y β -hCG inicial de 2,569 mUI/mL, se administró una dosis única de metotrexato sistémico (50 mg/m²) y ácido

folínico. La paciente evolucionó favorablemente, con un descenso progresivo de la β -hCG (reducción del 99.85%) y resolución ultrasonográfica completa sin requerir legrado, embolización o histerectomía.

CONCLUSIÓN: En pacientes cuidadosamente seleccionadas, estables, con β -hCG moderada y deseo reproductivo, el metotrexato sistémico permite resolver el embarazo y preservar el útero a pesar de la actividad cardíaca embrionaria. Este procedimiento exige individualización y vigilancia estrecha.

Embarazo ectópico cervical una poco frecuente localización

DAIRA MITCHELL REYES VIEYRA, NALLELY CASTILLO RONDONA, DOLORES GIL CLEMENTE

ANTECEDENTES: El embarazo ectópico cervical es una localización infrecuente, representa menos del 1% de los embarazos ectópicos y se asocia con riesgo elevado de hemorragia por la abundante vascularización cervical. El ultrasonido transvaginal con doppler es fundamental para el diagnóstico, al identificar saco gestacional en canal cervical, cavidad uterina vacía y flujo peritrofoblástico. El tratamiento debe individualizarse según estabilidad hemodinámica, semanas de embarazo, actividad cardíaca embrionaria y riesgo hemorrágico, buscando preservar la fertilidad y disminuir complicaciones maternas mediante un tratamiento oportuno y seguro

CASO CLÍNICO: Paciente de 23 años, primigesta, con embarazo ectópico cervical diagnosticado mediante β -hCG cuantitativa y ultrasonido transvaginal con doppler. Ante la localización cervical y la actividad cardíaca embrionaria, se efectuó evacuación del contenido gestacional mediante aspiración manual endouterina (AMEU), con adecuada extracción. Se registró sangrado transoperatorio aproximado de 350 mL. Posteriormente permaneció en vigilancia clínica, con evolución favorable y sin complicaciones durante su estancia hospitalaria.

CONCLUSIÓN: El diagnóstico temprano del embarazo ectópico cervical es fundamental para prevenir complicaciones hemorrágicas graves. El ultrasonido transvaginal constituye la principal herramienta diagnóstica. El tratamiento debe individualizarse según las características clínicas y ecográficas. El tratamiento quirúrgico mediante ameu puede ser una alternativa segura y efectiva para pacientes seleccionadas.

Óbito fetal por intervellositis histiocítica

LUIS FERNANDO MEDINA CHANONA, ETHEL ACEVEDO LÓPEZ, DENISSE ALEJANDRA IBARRA ACEVEDO, CARLOS VALDESPÍN FIERRO

ANTECEDENTES: La intervellositis histiocítica crónica es un trastorno inflamatorio placentario infrecuente, caracterizado por infiltración de macrófagos maternos y depósito de fibrina en el espacio intervelloso. Se propone un mecanismo aloimmune materno contra antígenos fetales de origen paterno. Se asocia con restricción del crecimiento fetal, aborto y muerte fetal, y tiene alta tasa de recurrencia. Al no existir biomarcadores prenatales ni manifestaciones clínicas específicas, su diagnóstico suele ser retrospectivo mediante histopatología placentaria.

CASO CLÍNICO: Paciente de 39 años, con antecedente de tres embarazos y dos cesáreas, sin antecedentes patológicos de importancia, cursando embarazo de 36.1 semanas de gestación por fecha de última menstruación, quien acudió a tococirugía por disminución de movimientos fetales. Durante la valoración se corroboró ausencia de vitalidad fetal, estableciéndose el diagnóstico de óbito fetal. Posterior a la resolución del embarazo, se realizó estudio histopatológico placentario, identificándose hallazgos compatibles con intervellositis histiocítica crónica. La fisiopatología de la intervellositis histiocítica crónica no está esclarecida; se propone un mecanismo aloimmune materno contra antígenos fetales paternos, con participación del complemento y linfocitos

t CD8+. Este caso ilustra la importancia de enviar la placenta a estudio histopatológico en todo óbito, pues identifica lesiones no detectables prenatalmente. En nuestra paciente, la inmunohistoquímica confirmó chi (histiocitos CD68 positivos intervelllosos) y se documentó malperfusión vascular materna con placenta en percentil 3. Ambas lesiones comprometen el intercambio materno-fetal y pudieron actuar sinérgicamente.

CONCLUSIÓN: La intervellositis histiocítica crónica debe considerarse ante desenlaces perinatales adversos sin causa evidente. Su identificación permite orientar la consejería reproductiva, establecer vigilancia estrecha y considerar estrategias preventivas individualizadas en futuros embarazos.

Atención obstétrica del embarazo y abdomen hostil

ALBA MABEL MAZARIEGOS VELÁZQUEZ, LUIS ARTURO DÍAZ MORENO, ANA FERNANDA HERNÁNDEZ ÁLVAREZ

ANTECEDENTES: El abdomen agudo quirúrgico durante el embarazo representa un reto diagnóstico y terapéutico. La sepsis abdominal de origen extrauterino y el abdomen hostil no constituyen, por sí mismos, una indicación absoluta para finalizar el embarazo. Cuando se logra controlar el foco infeccioso y existe estabilidad materna y fetal, puede considerarse una conducta expectante con vigilancia estrecha del embarazo para disminuir las complicaciones fetales relacionadas con la prematuridad.

CASO CLÍNICO: Paciente de 19 años, con antecedentes de dos embarazos y un parto, con embarazo de 24 semanas, quien tuvo sepsis abdominal secundaria a perforación intestinal y requirió múltiples procedimientos quirúrgicos, incluyendo tratamiento de abdomen abierto y terapia con sistema de presión negativa. A pesar de la gravedad del cuadro aunado a restricción del crecimiento fetal estadio I, fue posible mantener el embarazo mediante vigilancia materno-fetal



estrecha. Finalmente, el embarazo se resolvió de manera programada alrededor de las 37 semanas de gestación. La conducta obstétrica ante sepsis abdominal y abdomen hostil requiere individualizar las decisiones según la condición materna y fetal. En ausencia de infección intrauterina o afectación fetal, la prolongación del embarazo puede considerarse, priorizando el control del foco infeccioso y la estabilización materna. La bibliografía señala que la sepsis extrauterina no constituye, por sí misma, indicación absoluta de interrupción del embarazo (Shields et al.). En este caso, el embarazo se prolongó de las 24 a las 37 semanas, con vigilancia fetal estrecha ante rcf estadio I.

CONCLUSIÓN: El abdomen hostil durante el embarazo debe entenderse como una condición que aumenta la complejidad de la atención y de la resolución obstétrica, más que como una indicación independiente para finalizar el embarazo.

Desprendimiento masivo prematuro de placenta normoinsera: del óbito al útero de Couvelaire

ANDREA MIRANDA GARCÍA ARRAMBIDE, MARÍA STEPHANÍA PUENTE PRADO, MICHELLE VÁZQUEZ MANCILLA

ANTECEDENTES: El desprendimiento prematuro de placenta normoinsera (DPPNI) es una complicación obstétrica asociada con elevada morbimortalidad materna y perinatal. Los trastornos hipertensivos del embarazo, particularmente la preeclampsia, constituyen factores asociados. En casos graves, la hemorragia retroplacentaria puede extenderse al miometrio y la serosa uterina, originando útero de Couvelaire o apoplejía uteroplacentaria. Su coexistencia con desprendimiento placentario extenso y muerte fetal representa un escenario obstétrico grave que exige estabilización materna y resolución oportuna.

CASO CLÍNICO: Paciente de 24 años con embarazo registrado de 33.1 semanas. Se analizaron antecedentes, presentación clínica, estudios de laboratorio, hallazgos transoperatorios, inter-

venciones terapéuticas y evolución materna. Se realizó una revisión narrativa de bibliografía científica publicada entre 2018 y septiembre de 2026 sobre desprendimiento placentario, útero de Couvelaire, preeclampsia y conservación uterina. Se documentaron muerte fetal, desprendimiento placentario cercano al 90%, útero de couvelaire, hemoperitoneo y atonía uterina. La pérdida sanguínea estimada fue de 1,500 mL. Se registró poco frecuente trombocitopenia con nadir de 91,000/ μ L, elevación de transaminasas y anemia con hemoglobina mínima de 7.9 g/dL, que requirió transfusión. Se realizó sutura B-Lynch y ligadura bilateral de arterias uterinas mediante técnica de posadas, con control hemorrágico, conservación uterina y evolución materna favorable.

CONCLUSIÓN: El desprendimiento placentario extenso puede acompañarse de útero de Couvelaire y hemorragia grave aun sin sangrado vaginal referido. En este caso, la sutura B-Lynch y la ligadura bilateral de arterias uterinas consiguieron el control hemorrágico y la conservación anatómica del útero, acompañadas de evolución materna favorable.

Displasia mesenquimal placentaria

KAREN MARLEN PONCE QUIRARTE, ARTURO JAVIER TORRES MERCADO, NICOLE MACÍAS LOZANO, PAOLA CRISTINA RAYGOZA MURILLO

ANTECEDENTES: La displasia mesenquimal placentaria es una lesión infrecuente caracterizada por placentomegalia, dilatación quística de las vellosidades del tallo, vesículas y anomalías vasculares, pudiendo confundirse con mola hidatiforme. Su incidencia es de 0.02% y predomina en fetos femeninos. El diagnóstico requiere ultrasonido doppler, β -hCG y alfafeto-proteína séricas maternas, además de cariotipo fetal, generalmente euploide. Se asocia con muerte fetal intrauterina, restricción del crecimiento, síndrome de Meckwith-Miedemann y preeclampsia, aun cuando por excepción puede

coexistir con un feto normal y evolución favorable sin complicaciones.

CASO CLÍNICO: Paciente de 26 años, con restricción del crecimiento fetal y probable displasia mesenquimal placentaria. La ecografía mostró placentomegalia y patrón en “queso suizo”, con β -hCG normal y alfafetoproteína elevada. Se realizó amniocentesis para QF-PCR. A las 28,6 semanas tuvo parto y anhidramnios, obteniéndose feto masculino no vivo, sin malformaciones aparentes. La histopatología reveló corangiosis y vellosidades coriales hidrópicas, sin malignidad.

CONCLUSIÓN: La displasia mesenquimal placentaria es poco común y a menudo puede confundirse con enfermedad trofoblástica debido a sus características en la ecografía y puede coexistir con fetos sanos. La identificación temprana y la correlación con el análisis histopatológico son cruciales para confirmar el diagnóstico y guiar adecuadamente el monitoreo prenatal para prevenir posibles complicaciones materno-fetales.

Ruptura hepática espontánea

ALBERTO BALDERAS MERCADO, ARMANDO ELÍAS DELGADO DELGADO, LAURA GEORGINA OLIVAS GUTIÉRREZ, EMILIO QUIÑONEZ GUEREQUE

ANTECEDENTES: La ruptura hepática espontánea es una complicación poco frecuente y potencialmente fatal de trastornos hipertensivos del embarazo; el dolor epigástrico con enzimas hepáticas elevadas y deterioro hemodinámico debe alertar hemorragia intraabdominal.

CASO CLÍNICO: Paciente de 37 años, con antecedentes de cuatro embarazos, dos partos y un aborto, con 30.4 semanas de gestación. Fue referida de una unidad de segundo nivel por preeclampsia con criterios de severidad, documentándose tensión arterial de 213/110 mmHg, epigastralgia intensa, proteinuria y elevación de transaminasas. Recibió inicialmente tratamiento antihipertensivo y fue trasladada a una unidad hospitalaria de mayor capacidad

resolutiva a donde ingresó en choque, con epigastralgia, Hb 9.9, transaminasas elevadas, acidosis (pH menor de 7) y lactato 8.5; se documentó óbito fetal. Se practicó la cesárea de urgencia y laparotomía exploradora por lesión hepática grave: hemoperitoneo de 1,000 mL, laceración hepática de 10 cm (segmentos VI-VII) y hemostasia con epiploplastia. Pérdida sanguínea total 2,500 mL. Presentó HELLP y insuficiencia multiorgánica (plaquetas 13,000, Hb 7.4, transaminasas mayores de 3,000), atendida en terapia intensiva con vasopresores y hemoderivados. Evolucionó favorablemente, con normalización de parámetros y egreso satisfactorio; el desenlace perinatal fue óbito fetal.

CONCLUSIÓN: El caso muestra progresión rápida a HELLP pese a plaquetas iniciales normales; la identificación temprana, resolución obstétrica, control quirúrgico y tratamiento multidisciplinario fueron clave para la supervivencia materna.

Hidrocefalia fetal aguda

ALBERTO VALENTE CASTILLO, ALBERTO BALDERAS MERCADO, JESÚS MANUEL ORTEGA, JESÚS ENRIQUE VALDEZ HERNÁNDEZ

ANTECEDENTES: El diagnóstico prenatal de la hidrocefalia fetal permite planificar el nacimiento en centros especializados y optimizar el tratamiento neonatal. La identificación de la causa y de anomalías asociadas es fundamental para el pronóstico y la consejería prenatal.

CASO CLÍNICO: Paciente primigesta de 20 años, remitida a un hospital de tercer nivel por ventriculomegalia fetal detectada durante el tercer trimestre. Se evaluó en el servicio de Medicina Materno-Fetal, estudio etiológico y valoración por neurocirugía pediátrica para establecer el tratamiento prenatal y neonatal. El ultrasonido obstétrico evidenció ventriculomegalia simétrica severa con diámetro atrial de 30 mm y dilatación del tercer ventrículo, compatible con hidrocefalia por probable estenosis del acueducto de



silvio, además de vena cava superior izquierda persistente. El embarazo se resolvió mediante cesárea a las 38 semanas. El recién nacido tuvo macrocefalia e hidrocefalia comunicante, confirmandose por tomografía cerebral dilatación ventricular severa con disminución importante del espesor del parénquima cerebral y leucomalacia periventricular. Se inició el tratamiento multidisciplinario en la unidad de cuidados intensivos neonatales.

CONCLUSIÓN: El diagnóstico prenatal de la hidrocefalia fetal permite planificar el nacimiento en centros especializados y optimizar el tratamiento neonatal. La identificación de la etiología y de anomalías asociadas es fundamental para el pronóstico y la consejería prenatal.

Diagnóstico prenatal de atresia tricuspídea y comunicación interventricular

LUIS EDEL PEREA RODRÍGUEZ, LUIS GERARDO RUIZ VÁZQUEZ, MIGUEL ANGEL SOTO ADAME, YARA KARIME FIERRO OSTOS, ALBERTO VALENTE CASTILLO

Hospital Infantil de Especialidades de Chihuahua, Chihuahua.

ANTECEDENTES: Describir la correlación entre los hallazgos ultrasonográficos prenatales y el diagnóstico ecocardiográfico posnatal de atresia tricuspídea asociada con comunicación interventricular, así como su evolución neonatal temprana

CASO CLÍNICO: Paciente de 18 años, primigesta, con antecedente de consumo ocasional de alcohol. Se analizaron los antecedentes maternos, hallazgos ultrasonográficos prenatales, registros cardiotocográficos, resolución obstétrica, adaptación neonatal, estudios de imagen y la evolución clínica postnatal. La información fue integrada de los registros del Hospital Central Universitario de Chihuahua y del Hospital Infantil de Especialidades de Chihuahua. Se preservó la confidencialidad materno-neonatal mediante anonimización de datos personales y uso exclusivo de información clínica relevante para fines

académicos, científicos e institucionales. Se obtiene recién nacida femenina de 2770 g, Apgar 8/8, con dificultad respiratoria leve y saturación preductal de 80% al aire ambiente, trasladada hemodinámicamente estable para valoración por cardiología. A su ingreso tuvo saturación del 86%, acrocianosis y soplo sistólico II/VI. Ecocardiograma reporta: situs solitus, atresia tricuspídea con ventrículo derecho hipoplásico, cia de 6 mm no restrictiva y CIV perimembranosa de 5 mm, con función ventricular izquierda conservada. Permaneció estable siete días, sin requerir intervención ni tratamiento paliativo, egresando con seguimiento especializado por cardiología pediátrica.

CONCLUSIÓN: El control prenatal y la evaluación ultrasonográfica fetal son fundamentales para detectar tempranamente cardiopatías congénitas complejas. Su identificación oportuna permite planificar el nacimiento con apoyo multidisciplinario, facilitar la estabilización neonatal, practicar una valoración cardiológica temprana y definir con mayor precisión la anatomía cardíaca, orientando el tratamiento y seguimiento neonatal temprano. El control prenatal y la evaluación ultrasonográfica fetal constituyen herramientas fundamentales para la detección temprana de cardiopatías congénitas complejas. Su identificación oportuna permitió planificar el nacimiento en un entorno hospitalario con soporte multidisciplinario, facilitar la estabilización neonatal y practicar una valoración cardiológica temprana. La coordinación perinatal permitió definir con mayor precisión la anatomía cardíaca y orientar de forma temprana el tratamiento y seguimiento de la recién nacida.

Sospecha atresia esofágica: ultrasonido prenatal

ALBERTO VALENTE CASTILLO, ALBERTO BALDERAS MERCADO, JESÚS MANUEL ORTEGA FLORES, YARA KARIME FIERRO OSTOS

ANTECEDENTES: La sospecha prenatal de la atresia de esófago a partir de la detección oportuna por medio de ultrasonido estructural, donde,

al no contar con datos clínicos específicos se puede establecer el diagnóstico por descarte de otras alteraciones y tener un mejor panorama de la patología.

CASO CLÍNICO: Paciente de 16 años con antecedentes de residente en Cuauhtémoc, estado de Chihuahua, escolaridad secundaria, tabaquismo ocasional al vapeador, habita casa con fosa séptica y 5 personas. Primigesta con embarazo de evolución normal, sin datos de relevancia previa. Acudió al tamizaje de segundo trimestre con ultrasonido estructural practicado por un especialista en Medicina Materno-Fetal quien identificó la cámara gástrica reducida en relación a llenado fisiológico, además de líquido amniótico aumentado. Se estableció el diagnóstico de polihidramnios. Se documenta una cámara gástrica persistentemente pequeña durante exploración ultrasonográfica por médico materno fetal. Se logra continuar con el embarazo evolucionando hasta la semana 37 de gestación. El embarazo finalizó por vía abdominal. Se hace valoración por pediatría por medio de sonda orogástrica y estudios de imagen confirmando fístula traqueoesofágica distal (tipo III). Se lleva a cabo el tratamiento quirúrgico afrontando cabos esofágicos y anastomosis término - terminal, con resultado satisfactorio y evolución clínica favorable.

CONCLUSIÓN: La atresia esofágica es un desafío diagnóstico por la ausencia de datos ultrasonográficos característicos. La sospecha se puede lograr por la cámara gástrica pequeña o ausencia, el polihidramnios y hallazgos indirectos. Al contar con estos datos, se hace la sospecha, se da seguimiento y, posteriormente, se confirma el diagnóstico.

Gran cistoadenoma ovárico en una adolescente embarazada

MARÍA FERNANDA GUERRERO NAVA, FRANCISCO IBAR-GÜENGOITIA OCHOA, JESÚS JORGE BELTRÁN MONTOYA

ANTECEDENTES: Los tumores anexiales epiteliales, como los cistoadenomas, son extre-

madamente excepcionales en adolescentes y poco frecuentes en el embarazo. La asociación de un cistoadenoma gigante en una embarazada adolescente representa un reporte excepcional en la bibliografía médica. En el caso clínico, se trata de una paciente de 16 años previamente sana con un embarazo de 22 semanas, que consultó por disnea y marcado aumento abdominal debido a una masa de 32 cm que duplicó su volumen en siete semanas.

CASO CLÍNICO: Paciente con un cistoadenoma mucinoso gigante en una adolescente embarazada de 16 años. El tratamiento quirúrgico mediante salpingooforectomía resolvió la torsión de la masa tumoral en el ovario derecho, una de las principales complicaciones en presencia de masas anexiales. El análisis histopatológico confirmó el diagnóstico de cistoadenoma ovárico mucinoso benigno de 6,280 g. La evolución postoperatoria transcurrió sin complicaciones. Se logró que el embarazo culminara en término.

CONCLUSIÓN: Un cistoadenoma ovárico gigante en una paciente adolescente embarazada representa una asociación médica de extrema rareza. El diagnóstico prenatal oportuno mediante ultrasonografía resulta fundamental para guiar el tratamiento quirúrgico adecuado, lo cual previene complicaciones agudas como la torsión tumoral y garantiza un exitoso desenlace materno y fetal.

Fístula trigono-vesicocervical secundaria a parto

JOSÉ LUIS AQUINO HERNÁNDEZ, DIANA MIRELY CORONA REYES, JORGE ALBERTO RAMÍREZ MATUS, ANGÉLICA MONSERRAT SÁNCHEZ MAZARIEGOS

ANTECEDENTES: El parto obstruido constituye una causa potencialmente prevenible de morbi-mortalidad materna y perinatal. La obstrucción mecánica, asociada a desproporción cefalopélvica, presentación o posición fetal anómala, puede generar compresión prolongada de vejiga y vagina, condicionando isquemia y necrosis por presión. El desprendimiento del tejido des-



vitalizado puede originar una fístula obstétrica. Su manifestación característica es la pérdida continua de orina por vía vaginal. El tratamiento depende de la localización y extensión, desde drenaje urinario hasta reparación quirúrgica.

CASO CLÍNICO: Paciente de 24 años, con antecedentes de un embarazo y un parto con embarazo no planeado y sin control prenatal. Se le diagnosticó una fístula trígono-vesicocervical secundaria a parto obstruido atendido por partera, complicado por parto obstruido secundario a variedad de presentación y probable macrosomía fetal. Tres días posteriores al parto inició pérdida continua de orina por vagina. La tomografía abdominopélvica evidenció un trayecto fistuloso vesicovaginal. La cistoscopia identificó fístula trigonal madura de aproximadamente 5 cm, sin visualización de ambos meatos uretrales. Se realizó laparotomía exploradora, cistotomía, cierre de la fístula mediante técnica de Fñth-Mayo, reimplante ureteral izquierdo con técnica de Politano-Leadbetter, cistostomía suprapúbica y colocación de catéter J-J. La paciente evolucionó favorablemente y se dio de alta con derivación urinaria y tratamiento médico.

CONCLUSIÓN: El parto obstruido es una causa potencialmente prevenible de fístula obstétrica. La pérdida continua de orina posterior a un parto complicado requiere evaluación temprana y caracterización anatómica. La atención obstétrica oportuna y calificada permite prevenir secuelas urológicas graves, mientras que el tratamiento quirúrgico individualizado favorece la resolución de lesiones complejas.

Tumor adenomatoide intraligamentario

YAZMIN ALEJANDRA BEJARANO TRUJILLO, YAMILE MICHAEL MALDONADO SERRANO, ANA ROSA MARRERO LUJÁN, KEVIN AGUIRRE CASTRO

ANTECEDENTES: El tumor adenomatoide es una neoplasia benigna de origen mesotelial, poco frecuente en el aparato genital femenino. Puede encontrarse en localizaciones variables

y simular otras lesiones benignas, entre ellas el leiomioma, lo que dificulta su diagnóstico pre y transoperatorio.

CASO CLÍNICO: Paciente de 32 años a quien se practicó la miomectomía laparoscópica. Se complementó con revisión de la bibliografía sobre tumor adenomatoide del tracto genital femenino, su localización en el ligamento ancho y su diagnóstico diferencial con leiomioma. Durante la laparoscopia se identificó una tumoración sólida localizada entre las hojas del ligamento ancho derecho, sin pedículo uterino evidente, que fue disecada y resecada en su totalidad. La pieza pesó 3 g y midió 2.5 cm de diámetro; macroscópicamente era ovoide, blanquecina, semifirme y de aspecto arremolinado. El estudio histopatológico estableció el diagnóstico de tumor adenomatoide benigno, mientras que las demás lesiones resecadas correspondieron a leiomiomas uterinos.

CONCLUSIÓN: El tumor adenomatoide intraligamentario puede simular un leiomioma por su localización y aspecto macroscópico. El estudio histopatológico es fundamental para establecer el diagnóstico definitivo y debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial de las tumoraciones sólidas del ligamento ancho.

Sarampión en el embarazo

LUIS GERARDO RUIZ VÁZQUEZ, ALBERTO VALENTE CASTILLO, LUIS EDEL PEREA RODRÍGUEZ JESÚS ERNESTO VILLEGAS ESPINOZA, YARA KARIME FIERRO OSTOS

ANTECEDENTES: El sarampión durante el embarazo constituye una infección infrecuente, pero potencialmente grave, particularmente en embarazadas susceptibles durante periodos epidémicos. La respuesta inmunológica propia de el embarazo puede favorecer mayor morbilidad materna, destacando las complicaciones respiratorias. Asimismo, se han descrito desenlaces obstétricos adversos, incluyendo pérdida gestacional, muerte fetal y parto pretérmino. La ausencia de un patrón teratogénico definido no

excluye repercusiones perinatales, por lo que el reconocimiento oportuno, vigilancia materno-fetal y atención multidisciplinario resultan fundamentales para optimizar los resultados clínicos.

CASO CLÍNICO: Paciente primigesta de 17 años con embarazo de 29.3 semanas y contacto intradomiciliario con sarampión. Ingresó por síndrome febril, cefalea, tos seca y escalofríos. Evolucionó con conjuntivitis y exantema maculopapular de progresión cefalocaudal. Posteriormente tuvo deterioro respiratorio con saturación de 86-88%, que requirió oxígeno a 3 litros por minuto y valoración por terapia intensiva ante sospecha de neumonía atípica. Tuvo una recuperación clínica y egreso al quinto día. El embarazo culminó a las 37.3 semanas de gestación con la obtención de un neonato de 2,650 g, Apgar 8/9, Silverman Anderson 0, sin complicaciones neonatales inmediatas. Se documentaron las características del exantema mediante registro fotográfico y se realizó seguimiento posterior al egreso hasta concluir en la resolución obstétrica. Finalmente, se analizaron las semanas de embarazo al nacimiento, peso neonatal y adaptación extrauterina mediante puntuación de Apgar.

CONCLUSIÓN: La infección por sarampión durante el embarazo puede asociarse con morbilidad respiratoria materna significativa y complicaciones obstétricas. La evolución favorable del caso resalta la importancia del antecedente epidemiológico, la vigilancia materno-fetal y el reconocimiento temprano del deterioro clínico, junto con una intervención multidisciplinaria para optimizar el pronóstico materno-fetal.

Más allá de retirar un cerclaje

CAROLINA VELÁZQUEZ GONZÁLEZ, ENRIQUE ALEJANDRO GORDILLO GÓMEZ

ANTECEDENTES: La hemorragia obstétrica es la pérdida sanguínea acumulada igual o superior a

1000 mL, o bien una pérdida de sangre acompañada de signos o síntomas de hipovolemia. Ésta sigue siendo una de las principales causas de mortalidad materna en todo el mundo. A nivel mundial representa alrededor del 27.1% de las causas evitables de muerte materna. En México, se ha estimado como una de las primeras causas de muerte materna directa.

OBJETIVO: Reconocer el riesgo de complicaciones tras un cerclaje cervical y destacar la importancia de una exploración ginecológica exhaustiva para identificar la fuente del sangrado.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Revisión de expediente clínico, respetando los principios de confidencialidad. Revisión bibliográfica en PubMed, cochrane y google scholar, usando los términos obstetric hemorrhage, cervical cerclage, massive transfusion.

Como procedimiento quirúrgico, el cerclaje cervical no está exento de complicaciones. Éstas incluyen problemas perioperatorios, que ocurren durante o dentro de las primeras 24 horas posteriores a la cirugía, y complicaciones posoperatorias o tardías. La lesión de tejidos adyacentes, podría desencadenar un desenlace fatal, puesto que la vascularización aumentada del tracto genital durante el embarazo podría favorecer que una lesión aparentemente pequeña produzca un sangrado significativo, pudiendo constituir una hemorragia obstétrica, y con ello, un choque hipovolémico.

CONCLUSIÓN: El choque obstétrico es una urgencia médica grave asociada a una elevada morbilidad materna y fetal, que puede evolucionar hacia inestabilidad hemodinámica y insuficiencia multiorgánica. La elección del tratamiento dependerá de la gravedad y la causa de la hemorragia, la respuesta de la paciente al tratamiento general inicial y la disponibilidad de recursos y equipo médico especializado. Puede incluir una combinación de medidas no invasivas o invasivas que pueden ir desde un tratamiento homeostático hasta intervenciones quirúrgicas.



Del óbito fetal a la coagulopatía catastrófica

CAROLINA VELÁZQUEZ GONZÁLEZ, ENRIQUE ALEJANDRO GORDILLO GÓMEZ

ANTECEDENTES: Durante el embarazo se produce un cambio fisiológico en las concentraciones plasmáticas de muchos de los parámetros de coagulación, conduciendo a una falsa percepción de la normalidad del sistema de coagulación en casos en los que la paciente ya está desarrollando una coagulopatía.

OBJETIVO: Describir el procedimiento diagnóstico y resolución de un caso de óbito fetal complicado con coagulación intravascular diseminada, que requirió histerectomía obstétrica en bloque para el control definitivo de la condición materna.

METODOLOGÍA: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Revisión de expediente clínico, respetando los principios de confidencialidad. Revisión bibliográfica en PubMed, cochrane y google scholar, usando los términos: *disseminated intravascular coagulation, dic, pregnancy, placental abruption, fetal death, obstetric hysterectomy*. Los algoritmos de tratamiento para la coagulación intravascular diseminada (obstétrica implican la transfusión simultánea de hemoderivados para reponer la pérdida sanguínea. La histerectomía es el último recurso para resolver complicaciones cuando otras medidas han sido insuficientes en contener la hemorragia aguda, con el propósito de contención de daños.

CONCLUSIÓN: La coagulación intravascular diseminada durante el embarazo constituye una de las principales causas de mortalidad materna a nivel mundial. Ésta suele ser secundaria a complicaciones maternas y/o fetales, entre ellas el desprendimiento de placenta, la hemorragia posparto, la embolia de líquido amniótico, el hígado graso agudo del embarazo, la preeclampsia y el síndrome de hellp, así como la retención de un feto muerto.

Embarazo ectópico cervical: diagnóstico oportuno y tratamiento

LAURA LIZETH REYES AGUIRRE, CLOTILDE FUENTES OROZCO, ALEJANDRO GONZÁLEZ-OJEDA, BLANCA ESTEFANÍA-GUZMÁN LÓPEZ, EVA ELIZABET CAMARENA PULIDO

ANTECEDENTES: El embarazo ectópico cervical es una complicación infrecuente que representa menos del 1% de los embarazos ectópicos. Su relevancia radica en el riesgo de hemorragia grave y la ausencia de un tratamiento estandarizado. El ultrasonido transvaginal permite identificar el saco gestacional por debajo del orificio cervical interno, ausencia del sliding sign y vascularidad peritrofooblástica al doppler. El diagnóstico oportuno permite seleccionar estrategias terapéuticas conservadoras, como el metotrexato, en pacientes hemodinámicamente estables.

CASO CLÍNICO: Paciente de 33 años, con antecedentes de tres embarazos, un parto y un aborto, hemodinámicamente estable, con embarazo cervical de 6 semanas y 3 días, CRL 5.9 mm, sin actividad cardíaca y β -hCG de 2,378 mUI/mL. Recibió metotrexato sistémico 98 mg. Ante sospecha de aborto en evolución recibió misoprostol, con sangrado autolimitado; histopatología sin vellosidades coriónicas ni sitio placentario. Se administró una segunda dosis de metotrexato. La β -hCG alcanzó 3,451 mUI/mL, descendiendo a 2,583 al egreso y 389 mUI/mL en seguimiento, documentándose respuesta bioquímica favorable.

CONCLUSIÓN: El embarazo cervical constituye un reto diagnóstico por su posible confusión con el aborto en evolución. El tratamiento debe individualizarse según estabilidad hemodinámica, semanas de embarazo, β -hCG y actividad cardíaca embrionaria. En pacientes seleccionadas, el metotrexato representa una alternativa conservadora. En este caso, se documentó respuesta bioquímica favorable, con reducción de β -hCG del 88.7%.

Útero de Couvelaire en contexto de desprendimiento prematuro de placenta normoinsera

MARCO AURELIO NAVA CARBAJAL, JOEL HUAZO GARCÍA, ELIZABETH GARCÍA PASTEN

ANTECEDENTES: El útero de Couvelaire es una condición obstétrica poco frecuente (1% de los casos) secundaria a desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, relacionada con desenlaces maternos adversos, caracterizada por infiltración hemática en miometrio y serosa uterina en forma de equimosis de coloración azul-violácea. El objetivo terapéutico está enfocado en la preservación uterina, con uterotónicos y suturas compresivas, en caso de no remitir, se debe plantear una histerectomía obstétrica con la finalidad de disminuir morbilidad y la mortalidad materna.

CASO CLÍNICO: Paciente de 33 años, con dos embarazo previos y 35.2 semanas de la gestación actual. Fue referida de una unidad de primer nivel debido a la contractilidad uterina aumentada, de intensidad moderada acompañada de pérdidas transvaginales activas, durante exploración física se evidencia hipertoniá uterina, taquístotolia. Atonía uterina, por lo que se busca como primera opción conservación uterina, iniciando tratamiento con uterotónicos escalándolos de acuerdo con las condiciones presentadas; sin embargo no se obtiene adecuada respuesta, se decide la desarterialización de las arterias uterinas sin buena respuesta, al ya encontrarse en estado de hemorragia obstétrica, se decide la histerectomía obstétrica con el fin de limitar la hemorragia, obteniendo como reporte final 1800 mL de sangrado y transfusión de 3 concentrados eritrocitarios.

CONCLUSIÓN: Esta complicación resulta poco frecuente en el contexto del desprendimiento prematuro de placenta normoinserta. Ello eleva el riesgo de complicaciones maternas de hemorragia obstétrica e histerectomía obstétrica en caso de no obtener así como ingreso a la unidad de cuidados intensivos, por lo que actuar tempranamente mejora el pronóstico.

Diástasis traumática de la sínfisis del pubis

FERNANDA LIZETH CASTREJÓN NAVA, ADRIANA ALEJANDRA FIGUEROA ALCALÁ, VÍCTOR HUGO RAMÍREZ SANTES

ANTECEDENTES: La diástasis sintomática de la sínfisis del pubis es poco frecuente; se han reportado 33 casos entre 21,131 partos vaginales, con incidencia de 0.156%. La presentación traumática durante el embarazo es aún menos común y puede pasar inadvertida al atribuirse el dolor a cambios musculoesqueléticos gestacionales. El dolor pélvico intenso, la incapacidad para la deambulaci3n y la limitaci3n funcional posterior a un traumatismo deben alertar sobre una posible lesi3n osteoligamentaria.

CASO CLÍNICO: Paciente de 30 años, con antecedentes de cinco embarazos, tres partos y un aborto, con 34.1 semanas de la gestaci3n actual, posterior a caída desde su propio plano de sustentaci3n. Se realiz3 valoraci3n obstétrica, seguimiento hematol3gico, radiografía de pelvis y resonancia magnética. Se analizaron manifestaciones clínicas, hallazgos de imagen, evoluci3n obstétrica y criterios para individualizar la resoluci3n del embarazo. La radiografía inicial no fue concluyente. La hemoglobina descendió de 11.0 a 8.9 g/dL, sin evidencia de hemorragia activa. La resonancia magnética document3 diástasis interpúbica de 16.7 mm, disrupci3n parcial del disco interpubiano y afectaci3n ligamentario, sin fractura ni lesi3n del anillo pélvico posterior. Ante dolor persistente, repercusi3n funcional y progresi3n del trabajo de parto pretérmino, se realiz3 cesárea tipo Kerr, con sangrado de 500 mL. Reci3n nacido masculino de 2280 g, Apgar 6/8.

CONCLUSIÓN: El dolor pélvico incapacitante posterior a un traumatismo durante el embarazo debe alertar acerca de una lesi3n estructural, aun con estudios iniciales no concluyentes. La resonancia magnética permiti3 definir su extensi3n y orientar la conducta. La distancia interpúbica aislada no determina la vía de nacimiento; esta debe individualizarse seg3n lesi3n, funci3n materna y contexto obstétrico.

Cistadenoma gigante con triple torsión en paciente embarazada



LESLEY MARÍANA DE HARO DEL RÍO, ALFONSO CORREA BERMÚDEZ, BERENICE HERRERA PECINA

ANTECEDENTES: Las tumoraciones anexiales durante el embarazo suelen ser benignas y detectarse de manera fortuita. Sin embargo, cuando persisten pueden complicarse con torsión, hemorragia o rotura. La torsión ovárica ocurre aproximadamente en 1 a 5 por cada 10 000 embarazos y es más frecuente al inicio de el embarazo, aunque también puede presentarse en el tercer trimestre. Ante dolor abdominal agudo en una embarazada con masa anexial, la sospecha clínica y la evaluación oportuna son fundamentales.

CASO CLÍNICO: Paciente de 24 años con una tumoración anexial derecha persistente ingresó a las 35 semanas y 6 días por dolor súbito y vómitos. En la laparotomía se identificó una tumoración quística de 15 x 12 cm con triple torsión, sin isquemia macroscópica. Se practicaron: cesárea, detorsión, quistectomía y salpingectomía derecha, con conservación ovárica. La histopatología confirmó un cistadenoma seroso de 16 cm. El recién nacido tuvo Apgar 8/9 y la madre se dio de alta al segundo día posoperatorio.

CONCLUSIÓN: Una masa anexial de apariencia ecográfica simple puede presentar torsión, incluso en el tercer trimestre. Ante dolor abdominal agudo, debe reevaluarse oportunamente la conducta expectante. En este caso, la detorsión y quistectomía permitieron conservar anatómicamente el ovario, con evolución materna favorable; se requiere seguimiento para valorar su función.

Histeroscopia en embarazo ectópico cervical

MARCOS IGLESIAS GONZÁLEZ, MIGUEL ÁNGEL GONZÁLEZ NAZAR, FRANCISCO JESÚS SOSA BRAVO, CÉSAR GUADALUPE GONZÁLEZ ESPINOZA, JESSICA COELLO MALDONADO

ANTECEDENTES: El embarazo ectópico cervical es una forma infrecuente de gestación ectópica, caracterizada por la implantación del embarazo en el canal cervical, por debajo del orificio cer-

vical interno. Representa una complicación de elevada relevancia clínica debido al riesgo de hemorragia masiva y necesidad de tratamiento quirúrgico radical. El diagnóstico oportuno mediante ultrasonido transvaginal permite establecer estrategias terapéuticas conservadoras. El metotrexato constituye una forma de tratamiento médico; sin embargo, la insuficiencia de este puede requerir algún tratamiento quirúrgico.

CASO CLÍNICO: Paciente de 28 años, con antecedente de un embarazo y una cesárea, con gestación ectópica cervical de aproximadamente ocho semanas. El diagnóstico se estableció mediante ultrasonido transvaginal por el que se encontraron: el saco gestacional cervical, el embrión y la actividad cardíaca fetal. Se inició tratamiento con metotrexato intramuscular; ante incremento persistente de gonadotropina coriónica humana posterior a dos dosis, se consideró insuficiencia terapéutica. Posteriormente se realizó histeroscopia operatoria con aplicación periférica de vasopresina y disección del embarazo cervical.

Posterior a dos dosis de metotrexato, incrementó la gonadotropina coriónica humana de 10,954 a 13,097 mui/mL, con persistencia de actividad cardíaca embrionaria, por lo que se consideró insuficiencia del tratamiento médico. El ultrasonido evidenció embarazo implantado a nivel cervical, con actividad cardíaca fetal de 138 lpm. Se realizó histeroscopia operatoria, mediante disección del tejido gestacional, infiltración periférica con vasopresina. Sin complicaciones hemorrágicas ni quirúrgicas. La paciente permaneció en vigilancia durante un día, fue dada de alta sin complicaciones.

CONCLUSIÓN: El embarazo ectópico cervical requiere diagnóstico y tratamiento oportunos debido al riesgo de hemorragia grave. La histeroscopia operatoria puede constituir una alternativa conservadora ante insuficiencia del metotrexato, incluso en presencia de actividad cardíaca fetal. En pacientes seleccionadas, permite resolver el embarazo ectópico preservando el útero y potencial reproductivo.

Embarazo heterotópico y desenlace perinatal

JEANETTE MARTÍNEZ RENTERÍA, WENDY NATHALIE RIVERA MARTÍNEZ, VENANCE BASIL KWAY, DULCE KARINA SAN-JUANERO NAVARRO

ANTECEDENTES: El embarazo heterotópico es la coexistencia de una gestación intrauterina y otra ectópica. Es un padecimiento poco frecuente, pero potencialmente mortal por el riesgo de ruptura tubaria y hemoperitoneo. Aunque su incidencia aumenta con las técnicas de reproducción asistida, también puede presentarse de manera espontánea. Su diagnóstico puede retrasarse debido a la presencia de un embarazo intrauterino viable, por lo que es fundamental mantener un alto índice de sospecha ante dolor abdominal durante el embarazo.

CASO CLÍNICO: Paciente de 17 años con embarazo intrauterino de 12.3 semanas y sospecha de embarazo heterotópico. Se analizaron los hallazgos clínicos, ultrasonográficos, tomográficos y transoperatorios, así como el estudio histopatológico de la pieza de salpingectomía. Se documentó la evolución materna y perinatal hasta las 40 semanas de gestación. Se confirmó el embarazo heterotópico espontáneo con embarazo tubario izquierdo roto y aproximadamente 1000 mL de hemoperitoneo. Se realizó salpingectomía izquierda, con pérdida sanguínea total de 1300 mL. La histopatología confirmó el embarazo tubario. La paciente evolucionó favorablemente, conservando el embarazo intrauterino, que continuó hasta las 40 semanas, con nacimiento de un recién nacido sano.

CONCLUSIÓN: El embarazo heterotópico requiere alta sospecha clínica, incluso ante un embarazo intrauterino viable. El diagnóstico y tratamiento quirúrgico oportunos permitieron resolver la ruptura tubaria, preservar el embarazo intrauterino y lograr un desenlace perinatal favorable.

Embarazo ectópico en cicatriz uterina previa

ARANTXA ARRESE-IGOR VICUÑA, VÍCTOR HUGO RAMÍREZ SANTES, PILAR DE ABIEGA FRANYUTTI, DIANA LAURA DÍAZ PÉREZ, DIEGO ARTURO GONZÁLEZ VAZQUEZ

ANTECEDENTES: El embarazo ectópico en cicatriz de cesárea es una implantación anómala infrecuente asociada con riesgo de ruptura uterina, hemorragia y espectro de acretismo placentario. Su incidencia ha aumentado en paralelo con las tasas de cesárea y no existe consenso sobre el tratamiento óptimo. El diagnóstico se basa principalmente en ultrasonografía transvaginal; la resonancia magnética puede complementar la evaluación y precisar la extensión de la implantación.

CASO CLÍNICO: Paciente de 36 años, g2 c1, con embarazo ectópico implantado en cicatriz uterina previa. Se revisaron antecedentes, presentación clínica, estudios de laboratorio, ultrasonografía transvaginal y resonancia magnética. Se documentaron el procedimiento laparoscópico con clipaje de arterias uterinas, resección del embarazo, histeroscopia de control, hallazgos histopatológicos, administración adyuvante de metotrexato y seguimiento mediante determinaciones seriadas de β -hCG. La ultrasonografía y resonancia magnética confirmaron un saco gestacional implantado en la cicatriz uterina, con miometrio adelgazado y protrusión hacia la vejiga. Se realizó resección laparoscópica con clipaje de arterias uterinas. Durante la disección ocurrió ruptura del saco, con salida de tejido trofoblástico; se administró metotrexato adyuvante. El sangrado transoperatorio fue de 100 mL, sin transfusión ni conversión. La β -hCG descendió de 26 954 a 29.88 mUI/mL. La evolución posoperatoria documentada fue favorable.

CONCLUSIÓN: El diagnóstico oportuno mediante ultrasonografía transvaginal y resonancia magnética permitió planificar el tratamiento. La resección laparoscópica con control vascular logró un tratamiento quirúrgico con sangrado limitado. Tras la ruptura transoperatoria se administró metotrexato ad-



yuvante y se documentó descenso progresivo de β -hCG, destacando la importancia del tratamiento individualizado y seguimiento bioquímico.

Resultado adverso por grandes fibromas uterinos

SEBASTIÁN DUNO CALDERA, FRANCISCO IBARGÜENGOITIA OCHOA, JESÚS JORGE BELTRÁN MONTOYA, SILVIA FABIOLA ESTRADA RIVERA, ALEJANDRA CASTAÑEDA GUTIÉRREZ

ANTECEDENTES: Los fibromas uterinos son los tumores pélvicos benignos más comunes en las mujeres. Su diagnóstico no es difícil debido al amplio empleo del ultrasonido. Las mujeres con síntomas sufren de hemorragia uterina anormal; debido a su crecimiento continuo pueden causar síntomas relacionados a compresión. Los fibromas muy grandes no son frecuentes. Existen diversos tratamientos médicos, radiológicos intervencionistas y quirúrgicos para su tratamiento.

CASO CLÍNICO: Paciente de 30 años con fibromas de grandes elementos que en el curso de dos años recibió diversos tratamientos sin una respuesta adecuada; por el contrario tuvo un crecimiento tumoral y empeoramiento de la hemorragia, por lo que decidió concluir con una histerectomía a pesar de saberse embarazada.

CONCLUSIÓN: Los fibromas gigantes permanecen como un reto para su tratamiento médico y quirúrgico debiéndose considerar la edad de la paciente, síntomas y deseo de otro embarazo.

Ligadura de arterias hipogástricas en acretismo

VÍCTOR ABRAHAM CAVAZOS GARCÍA, PABLO LARA TREVIÑO, JORGE ARMANDO SOLÍS SAHAGUN, MARCELA SOLÍS MONTOYA, MIRTHALA MARTÍNEZ RUIZ

ANTECEDENTES: El espectro de acretismo placentario es una causa importante de morbilidad materna. Su incidencia ha aumentado paralelamente al incremento de

cesáreas. Se asocia con hemorragia obstétrica grave, coagulopatía, insuficiencia orgánica y muerte materna. La ligadura de las arterias hipogástricas disminuye la presión y el flujo pulsátil pélvico, favoreciendo la hemostasia.

CASO CLÍNICO: Paciente de 37 años, con antecedente de cesárea previa y embarazo ectópico, con diagnóstico prenatal de placenta previa total y espectro de acretismo placentario. A las 34.1 semanas ingresó para cesárea-histerectomía programada. Debido al alto riesgo de hemorragia obstétrica, se realizó tratamiento multidisciplinario y ligadura profiláctica de arterias hipogástricas mediante técnica gala. Se obtuvo adecuado control vascular, con pérdida sanguínea estimada de 700 mL. La evolución clínica fue favorable y se dio de alta al tercer día postoperatorio. El espectro de acretismo placentario incrementa significativamente el riesgo de hemorragia obstétrica y sus complicaciones. Aunque la evidencia sobre la eficacia de la técnica gala para disminuir la hemorragia es limitada, su aplicación profiláctica puede favorecer un adecuado control vascular previo al desarrollo de hemorragia masiva.

CONCLUSIÓN: En este caso, la ligadura bilateral de arterias hipogástricas mediante técnica gala se asoció con una pérdida sanguínea estimada de 700 mL y evolución postoperatoria favorable.

Acretismo 3A en primigesta sin cicatriz uterina

FROY INÉS MÉNDEZ SALAS, ANGEL LEMUS HUERTA, VÍCTOR HUGO RAMÍREZ SANTES, SANTOS SALGUERO ZACARÍAS, DIANA LAURA DÍAZ PÉREZ

ANTECEDENTES: El espectro de acretismo placentario puede ocasionar hemorragia obstétrica grave. Su sospecha prenatal se apoya en antecedentes uterinos, localización placentaria y ultrasonido. En primigestas sin cicatriz uterina ni placenta previa diagnosticada, el reconocimiento puede ser difícil.

CASO CLÍNICO: Paciente primigesta de 42 años, con embarazo espontáneo, sin cirugía

uterina previa. Seis ultrasonidos informaron placenta posterior, sin marcadores de acretismo consignados. En la cesárea a las 38.5 semanas, la histerotomía atravesó tejido placentario y no hubo plano de separación. Presentó atonía y hemorragia de 4000 mL; requirió histerectomía y transfusión. La histopatología confirmó acretismo grado 3A, con invasión miometrial profunda y serosa conservada. Tras cuidados intensivos y tratamiento de una infección de herida, evolucionó favorablemente.

CONCLUSIÓN: La ausencia de cicatriz uterina y de marcadores descritos en los ultrasonidos no excluye el acretismo placentario. La discordancia entre la localización placentaria prenatal y la histología requiere correlación de imágenes y patología.

Necrosis uterina tras sutura de Hayman y Tsi-rulnik

NATALIA BARRIOS MARINES, ALDO FRANCISCO RODRÍGUEZ RUIZ

ANTECEDENTES: Las suturas de compresión uterina constituyen una alternativa quirúrgica conservadora para el control de la hemorragia posparto refractaria al tratamiento médico. La necrosis uterina es una complicación infrecuente, de incidencia desconocida. Su asociación con procedimientos de desvascularización podría incrementar el afectación de la perfusión uterina, aunque no se ha establecido una relación causal definitiva.

CASO CLÍNICO: Paciente de 29 años, primigesta, con embarazo de 37 semanas, sometida a cesárea electiva complicada por hemorragia posparto secundaria a atonía uterina, tratada mediante suturas de hayman y técnica de tsi-rulnikov. Al quinto día puerperal ingresó con fiebre de 39 °C, presión arterial de 90/50 mmHg, frecuencia cardíaca de 166 latidos por minuto, índice de choque de 1.7 y hemoglobina de 6.5 g/dL. La tomografía mostró una colección pélvica heterogénea de aproximadamente 1877

mL. Ante la persistencia de inestabilidad hemodinámica se realizó laparotomía exploradora, identificándose necrosis uterina extensa con absceso y afectación macroscópico del ovario derecho. Se practicó la histerectomía obstétrica total, salpingooforectomía derecha y salpingectomía izquierda. La histopatología confirmó la necrosis coagulativa endometriometrial extensa asociada con miometritis y serositis aguda. La evolución posterior fue favorable.

CONCLUSIÓN: La necrosis uterina debe considerarse ante fiebre, dolor abdominal o deterioro hemodinámico posterior al empleo de suturas compresivas, particularmente cuando se asocian procedimientos de desvascularización.

Dengue atípico en el embarazo

MELANIE JULIETH AGUILAR GRANADOS, CARLOS ALBERTO GAXIOLA SOTO

ANTECEDENTES: El dengue es una enfermedad febril infecciosa, transmitida por mosquitos del género *Aedes* sp. A nivel mundial, el dengue constituye la arbovirosis con mayor impacto en salud pública. Nacionalmente se acumulan 5,450 casos. Sonora con 1,168 casos y una incidencia de 36.86 por 100 mil habitantes. El 67% de los casos confirmados del país, lo concentra: sonora, veracruz, tabasco, sinaloa, y chiapas. Su clínica se caracteriza por fiebre, cefalea, dolor retroocular, mialgias, artralgias y exantema cutáneo.

CASO CLÍNICO: Paciente de 21 años, con 33 semanas de gestación, prurito palmoplantar nocturno generalizado, trombocitopenia y transaminasas elevadas, inicialmente sospechosa de colestasis intrahepática gestacional (descartada por ácidos biliares normales). Se descartaron hepatitis viral, hepatopatía autoinmune y TORCH. La aparición de exantema en "islas blancas en un mar rojo" confirmó dengue (ns1 positivo). Hospitalizada 9 días con recuperación hematológica. A las 38 semanas de gestación, con transaminasas nuevamente elevadas y asintomá-



tica, se interrumpió el embarazo, obteniéndose recién nacido masculino de 3525 g, Apgar 9/9, sin complicaciones. El caso ilustra una manifestación atípica de dengue en el embarazo, en la cual el síntoma principal (fiebre), estuvo ausente, teniendo como única clínica el exantema, su aparición tardía en el curso clínico, como ocurrió en este caso, refuerza la importancia de mantener la sospecha diagnóstica de dengue incluso cuando la presentación inicial no es clásica. El 83.3% de los casos ocurren en el primer y segundo trimestre. En nuestra paciente se tuvo en el tercer trimestre.

CONCLUSIÓN: El dengue debe formar parte del diagnóstico diferencial en una embarazada que presente prurito y elevación de transaminasas en el tercer trimestre del embarazo, principalmente en regiones endémicas del vector, incluso en ausencia de fiebre como manifestación inicial. Para la prevención del dengue, se recomienda que las embarazadas extremen las medidas de precaución. El tratamiento se basa en la hidratación, el reposo y un adecuado soporte nutricional. Si bien el paracetamol y algunos antiinflamatorios suelen indicarse con frecuencia.

Osteogénesis imperfecta COL1A1

DIANA LAURA ELÍAS RENDÓN, CÉSAR HUMBERTO FREGOSO RON

ANTECEDENTES: La osteogénesis imperfecta (OI) es un trastorno hereditario del tejido conectivo caracterizado por fragilidad ósea, asociado principalmente con variantes en COL1A1 y COL1A2. El ultrasonido prenatal permite sospechar displasias esqueléticas mediante acortamiento y deformidad de huesos largos, alteraciones de mineralización y proporciones torácicas. En formas no letales, el diagnóstico prenatal puede ser complejo, por lo que la correlación ultrasonográfica, radiológica y molecular es fundamental para establecer el diagnóstico definitivo.

CASO CLÍNICO: Paciente multigesta de 35 años con embarazo de 37.4 semanas, referida a

medicina materno-fetal por sospecha de malformación y alteración del crecimiento. Se realizó ultrasonografía estructural dirigida, evaluación de huesos largos, proporciones esqueléticas y doppler materno-fetal. Posterior al nacimiento se efectuaron exploración fenotípica, serie radiográfica y valoración genética. Se realizó secuenciación de exoma completo mediante secuenciación de nueva generación, con interpretación de variantes conforme a criterios ACMG/AMP. A las 37.3 semanas se documentó acortamiento severo de huesos largos; longitud femoral 53.2 mm, equivalente a 28.2 semanas (-6.62 de), y tórax estrecho, sin criterios de letalidad. Se obtuvo una niña de 2609 g, Apgar 9/9. La serie radiográfica confirmó alteraciones esqueléticas. El exoma identificó una variante heterocigota patogénica en COL1A1, nm_000088.4:c.3505g>a [p.(gly1169ser)], asociada a osteogénesis imperfecta tipo I, sin otras variantes clínicamente significativas.

CONCLUSIÓN: La osteogénesis imperfecta tipo I puede presentar hallazgos prenatales tardíos y sutiles. El acortamiento desproporcionado de huesos largos permitió sospechar una displasia esquelética no letal. La correlación ultrasonográfica, radiológica y molecular, mediante identificación de una variante patogénica en COL1A1, permitió establecer el diagnóstico definitivo.

Embarazo ectópico ovárico roto reporte de caso

ARRONIZ CORRO MARÍA FERNANDA, YÁÑEZ MORALES CAROLINA, DE LA O CONTRERAS ESTHER NOEMY

ANTECEDENTES: Describir las características clínicas, diagnósticas y el tratamiento quirúrgico de un caso de embarazo ectópico ovárico, así como analizar su incidencia y relevancia en la práctica gineco-obstétrica.

CASO CLÍNICO: Paciente de 25 años con abdomen agudo, prueba de embarazo positiva, cavidad uterina vacía y abundante líquido libre. Se realizó laparotomía exploratoria, identificán-

dose embarazo ectópico ovárico izquierdo roto y sangrante, con hemoperitoneo de 800 mL y ambas salpinges íntegras. Se efectuó ooforectomía izquierda. El estudio histopatológico reportó embarazo ectópico con hemorragia reciente, corroborando el diagnóstico en conjunto con los hallazgos transoperatorios. La paciente tuvo evolución posoperatoria favorable, sin complicaciones quirúrgicas.

CONCLUSIÓN: El embarazo ectópico ovárico debe considerarse ante dolor abdominal agudo, prueba de embarazo positiva, cavidad uterina vacía y hemoperitoneo, aun sin localización ectópica definida por ultrasonido. Este caso evidencia su alto potencial hemorrágico y destaca que la sospecha clínica y la resolución quirúrgica oportuna son fundamentales para disminuir la morbilidad materna.

Cornuostomía hemostática en embarazo intersticial

ANGULO MINA NORA ELENA, CARREÓN MACÍAS ISABEL PATRICIA, CONTRERAS BUENO ADRIANA, CUTIVA OYOLA JENNIFER VIRGINIA

ANTECEDENTES: El embarazo ectópico intersticial es una implantación infrecuente asociada con riesgo de hemorragia grave. La resección cornual puede comprometer tejido miometrial y potencial reproductivo. En pacientes seleccionadas, la cornuostomía constituye una alternativa conservadora. La vasopresina intramiometrial y las suturas circunferenciales pueden favorecer el control hemostático, estrategias descritas principalmente mediante un procedimiento laparoscópico.

CASO CLÍNICO: Paciente de 25 años, g4p1c1a1, con embarazo intersticial derecho viable de seis semanas. Se realizó laparotomía, infiltración perilesional de 2 mL de vasopresina a 0.2 U/mL, sutura circunferencial en bolsa de tabaco, cornuostomía lineal, extracción del tejido gestacional y seguimiento seriado con β -hCG. Se practicó la cornuostomía conservadora, con

extracción completa del saco gestacional y tejido trofoblástico, preservando el tejido miometrial circundante. La pérdida hemática estimada fue de 20 mL, sin requerimiento transfusional ni complicaciones quirúrgicas. Histopatología confirmó vellosidades coriales inmaduras. La β -hCG disminuyó de 1,520 mUI/mL al cuarto día posoperatorio a 130 mUI/mL al octavo día, con posterior negativización (<0.10 mUI/mL), documentándose resolución bioquímica completa.

CONCLUSIÓN: La combinación de vasopresina intramiometrial, sutura en bolsa de tabaco y cornuostomía permitió el tratamiento conservador de un embarazo intersticial viable mediante laparotomía, con pérdida hemática mínima y resolución bioquímica completa, preservando la arquitectura uterina en una paciente con deseo de embarazo.

Feto papiráceo en aborto de embarazo triple

ALISON JANET ILLÁN GUZMÁN, LISSETTE ÁVILA GUTIÉRREZ

ANTECEDENTES: La incidencia de el embarazo triple espontánea se observa que ocurre en 1 por cada 8,100 embarazos. Los tripletes espontáneos muestran mayor heterogeneidad de corionidad. El feto papiráceo es un feto muerto que se comprime y momifica progresivamente por la presión del feto/os sobrevivientes y del líquido amniótico, quedando aplanado y de aspecto apergaminado. Ocurre a finales del primer trimestre o principios del segundo. En embarazos triples con un par monocoriónico puede presentarse síndrome de transfusión feto-fetal (stff).

CASO CLÍNICO: Paciente multigesta de 37 años, con embarazo triple espontáneo de 22 semanas, atendida por ruptura de membranas y sangrado transvaginal. Los datos se obtuvieron mediante revisión del expediente clínico, ultrasonido obstétrico y hallazgos de la revisión de cavidad uterina. Se analizaron características fetales, placentarias, líquido amniótico, pesos y hallazgos macroscópicos. Se efectuó revisión bibliográfica de bibliografía científica sobre embarazos múltiples,



feto papiráceo y complicaciones monocoriales. El ultrasonido identificó un embarazo triple, con fetos a y b de 21 semanas, pesos fetales estimados de 493 y 435 g, respectivamente, y bolsillo vertical máximo de 13 cm, además de una masa placentaria posterior única y probable tercer feto. Durante la revisión de cavidad se obtuvieron dos fetos femeninos de 365 y 310 g, respectivamente, y un tercer producto papiráceo de 15 g, con placenta completa y restos coriodescudales. La pérdida sanguínea estimada fue de 800 mL.

CONCLUSIÓN: Los embarazos triples monocoriales tienen mayor riesgo de complicaciones fetales y neonatales. La identificación temprana de la corionicidad, amnionicidad y alteraciones hemodinámicas mediante vigilancia ecográfica permite establecer estrategias oportunas de tratamiento y referencia. El feto papiráceo, aunque infrecuente, resalta la importancia del seguimiento especializado de los embarazos multifetales.

Anomalía de Ebstein y síndrome de Wolff-Parkinson

BRONDO-BUSTOS, MARÍANNE AILE, SILVA-DELGADO, ILSE LETICIA

ANTECEDENTES: La anomalía de ebstein asociada al síndrome de Wolff-Parkinson-White es una malformación congénita infrecuente que puede permanecer asintomática hasta la edad adulta. Durante el tercer trimestre del embarazo, las adaptaciones hemodinámicas (expansión volumétrica del 40-50 %) y la estimulación hormonal incrementan el estiramiento auricular, actuando como desencadenantes de taquicardia supraventricular paroxística. Sin embargo, actualmente no existen guías clínicas estandarizadas sobre el tratamiento médico óptimo y la resolución del embarazo en estas pacientes.

CASO CLÍNICO: Paciente de 21 años, en curso del tercer trimestre de embarazo que ingresó al área de urgencias con taquicardia supraventricular paroxística, abordada de

manera interdisciplinaria con cardiología mediante electrocardiograma y ecocardiograma transtorácico. Se logró la cardioversión a ritmo sinusal mediante la maniobra de valsalva modificada. El electrocardiograma post-cardioversión mostró onda delta (patrón de preexcitación por síndrome de Wolff-Parkinson-White) y el ecocardiograma confirmó anomalía de ebstein (desplazamiento apical de valvas tricúspideas). Se mantuvo tratamiento profiláctico con propafenona hasta el término. El embarazo finalizó mediante cesárea, con monitorización continua, a las 37 semanas. Durante el acto quirúrgico tuvo extrasístoles transitorias de alivio espontáneo sin necesidad de antiarrítmicos adicionales, con una evolución materna y perinatal favorable.

CONCLUSIÓN: En virtud de la baja prevalencia y la escasez de guías de la temporalidad de la finalización del embarazo en esta asociación, el tratamiento expectante con propafenona y la cesárea programada permitieron mitigar los desencadenantes hemodinámicos y hormonales del tercer trimestre, con un desenlace materno y neonatal óptimo.

Mola parcial no diagnosticada con muerte fetal

FAUVE GUARDADO TRUJILLO, JORGE LUIS CANTÚ MÉNDEZ, ERIKA LIZETTE RINCÓN FLORES, JOSÉ CARLOS MARTÍNEZ RAMÍREZ, HÉCTOR FERNÁNDEZ DÍAZ

ANTECEDENTES: La enfermedad trofoblástica gestacional incluye la mola hidatidiforme completa y parcial. Su incidencia es de 1 a 2 casos por cada 1,000 gestaciones en Estados Unidos y Europa, con variaciones geográficas importantes. La mola parcial suele ser triploide diándrica y coexistir con tejido fetal. Sus cambios ecográficos y macroscópicos focales y la menor elevación de β -hCG dificultan el diagnóstico prenatal. El estudio anatomopatológico placentario permite establecer el diagnóstico, orientar estudios complementarios en casos seleccionados y definir la vigilancia posmolar adecuada tras el embarazo.

CASO CLÍNICO: Paciente de 19 años, g2c1, con antecedente de cesárea y preeclampsia, cuyo control prenatal inició a las 20 semanas. Se describen la evolución clínica, los hallazgos ultrasonográficos, la resolución obstétrica y el estudio anatomopatológico placentario. A las 28.6 semanas tuvo hipertensión, restricción fetal grave y lagunas placentarias; se indicó hospitalización, pero abandonó la unidad. Reingresó a las 35.2 semanas por actividad uterina y ausencia de movimientos fetales. Al reingreso se documentaron muerte fetal, anhidramnios y peso fetal estimado de 946 g. Se practicó la cesárea, obteniéndose óbito femenino de 1,165 g. Presentó crisis hipertensiva de 208/174 mmHg, tratada con antihipertensivos y sulfato de magnesio. La placenta pesó 823 g y mostró múltiples vesículas y pérdida de la arquitectura cotiledonaria. El estudio anatomopatológico estableció el diagnóstico de mola hidatidiforme parcial. La paciente solicitó alta voluntaria durante el puerperio, sin cita de seguimiento.

CONCLUSIÓN: La mola hidatidiforme parcial puede pasar inadvertida prenatalmente. Este caso destaca la relevancia del estudio anatomopatológico placentario ante restricción fetal grave, muerte fetal y lesiones vesiculares, para establecer el diagnóstico y orientar el seguimiento materno posmolar.

Crisis convulsivas recurrentes en el puerperio

ARANTZA LUCÍA GONZÁLEZ LEAL, ARCADIO SALINAS MARTÍNEZ

ANTECEDENTES: El diagnóstico diferencial en el ámbito clínico permite desarrollar un criterio médico que justifique la causa y el efecto dentro de nuestros paciente logrando concluir con diagnósticos comunes en pacientes con amplias sospechas patológicas.

CASO CLÍNICO: Paciente en el puerperio, con crisis convulsivas recurrentes, posteriores al diagnóstico de eclampsia. Tuvo hallazgos sugerentes de síndrome de encefalopatía posterior reversible

(PRES) y sospecha de encefalitis asociada con sarampión. La comprensión del proceso diagnóstico y tratamiento de un síntoma común en pacientes embarazadas y puérperas complicadas permite crear un ejercicio de atención multidisciplinaria hasta su resolución.

CONCLUSIÓN: La recurrencia de convulsiones en el puerperio, aun con diagnóstico de eclampsia, requiere reevaluación etiológica y atención multidisciplinaria para identificar causas neurológicas concomitantes.

Embarazo en cuerno rudimentario

FRANCIS SARAHÍ SUAREZ ÁVILA, VALERIA SALINAS MACCHIAVELLO, ENRIQUE JAVIER SALDIVAR ORNELAS, JESICA MABEL RODRÍGUEZ MARTÍNEZ, ESTEBAN LIZÁRRAGA CEPEDA

ANTECEDENTES: El embarazo en un cuerno uterino rudimentario es una forma infrecuente de gestación ectópica asociada a anomalías müllerianas. Su diagnóstico prenatal representa un reto, porque el embarazo puede encontrarse completamente rodeada por miometrio y simular una localización intrauterina normal. La ausencia de reconocimiento oportuno se asocia con riesgo de ruptura uterina y hemorragia materna grave, particularmente en cuernos rudimentarios no comunicantes.

CASO CLÍNICO: Paciente primigesta de 29 años con antecedente de anomalía uterina no caracterizada y embarazo espontáneo. Se revisaron los estudios de imagen preconcepcionales y gestacionales, evolución clínica, hallazgos quirúrgicos y estudio histopatológico, correlacionándolos retrospectivamente para establecer la anatomía uterina, localización gestacional y secuencia diagnóstica. A las 22 semanas tuvo dolor abdominal progresivo. La resonancia magnética fue interpretada como embarazo extrauterino peritoneal con líquido libre. Posteriormente desarrolló deterioro hemodinámico y abdomen agudo. La laparotomía identificó hemoperitoneo masivo y ruptura de un cuerno uterino rudi-



mentario izquierdo, con extrusión del feto en saco amniótico hacia la cavidad abdominal. Se realizó resección del cuerno y salpingectomía izquierda, preservando el útero contralateral. El estudio histopatológico confirmó tejido uterino embarazado y placenta increta.

CONCLUSIÓN: Ante una anomalía mülleriana conocida o sospechada, debe definirse tempranamente la cavidad embarazada y su comunicación con el cuello uterino. El ultrasonido transvaginal/3D constituye la evaluación inicial y, ante anatomía inconclusa, la resonancia magnética puede complementar su caracterización y favorecer el diagnóstico oportuno antes de complicaciones graves.

Heterogeneidad de la enfermedad trofoblástica

SOFÍA ANDREA ESCAMILLA TORRES, VÍCTOR MANUEL HERNÁNDEZ BAUTISTA, ANDREA RODRÍGUEZ GUTIÉRREZ, SOFÍA ESPINOSA SÁNCHEZ, ELVIS MATUS CASTILLO

ANTECEDENTES: La enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) agrupa alteraciones derivadas del tejido trofoblástico que puede abarcar desde la mola hidatiforme hasta la neoplasia trofoblástica gestacional (NTG). Su evolución no es uniforme, por lo que el seguimiento posterior al tratamiento es una parte esencial del tratamiento.

CASOS CLÍNICOS: Serie de cinco casos de pacientes con enfermedad trofoblástica gestacional. Se analizaron edad, presentación clínica, concentraciones séricas de β -hCG, hallazgos ultrasonográficos, tratamiento inicial y evolución posterior. También se documentaron los casos que requirieron tratamiento oncológico, cirugía o vigilancia seriada. Se incluyeron pacientes de 16 a 50 años. Predominaron el sangrado transvaginal y el dolor abdominal o pélvico. La β -hCG máxima fue de 1,192,700 mUI/mL. La aspiración uterina fue el tratamiento inicial. Dos pacientes tuvieron descenso progresivo de β -hCG, una se perdió durante el seguimiento y dos evolucionaron a neoplasia trofoblástica gestacional; una con enfermedad metastásica estadio III y otra con

coriocarcinoma confirmado por histopatología.

CONCLUSIÓN: Los casos poco frecuentes hacen que los cursos clínicos sean muy distintos, desde una respuesta bioquímica favorable hasta enfermedad metastásica y coriocarcinoma. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de valorar cada caso de manera integral y mantener vigilancia seriada de la β -hCG para identificar oportunamente la persistencia o la evolución de la enfermedad.

Tratamiento de pacientes con SUA en May-Thurner

FRANCIS SARAHÍ SUAREZ ÁVILA, FERNANDO AYALA AGUILERA, MARÍA ELIZABETH FRAUSTRO ÁVILA

ANTECEDENTES: El síndrome de May-Thurner es infrecuente en adolescentes y puede requerir tratamiento endovascular y terapia antitrombótica. Los anticoagulantes orales de acción directa, particularmente rivaroxabán, se asocian con mayor frecuencia de sangrado menstrual abundante. Su tratamiento representa un reto clínico, porque la interrupción no programada de la anticoagulación puede incrementar el riesgo tromboembólico. El DIU liberador de levonorgestrel constituye una alternativa para el control del sangrado menstrual abundante.

CASO CLÍNICO: Paciente de 15 años con síndrome de May-Thurner, stent en la vena ilíaca común izquierda y anticoagulación con rivaroxabán, quien tuvo sangrado uterino anormal abundante y anemia ferropénica. Se realizó evaluación ginecológica y hematológica, ultrasonido pélvico, histeroscopia con polipectomía, biopsia endometrial y colocación de diu liberador de levonorgestrel.

El ultrasonido identificó el endometrio heterogéneo de 12 mm con lesión focal compatible con pólipo. La histeroscopia, polipectomía, biopsia endometrial y colocación de DIU-LNG se practicaron sin eventualidades. El estudio histopatológico reportó endometrio proliferativo sin hiperplasia ni malignidad. A los 8 meses se

documentó adecuada posición del DIU-LNG y ausencia de sangrado uterino significativo, con reinicio y continuidad de la anticoagulación indicada por cirugía vascular.

CONCLUSIÓN: El tratamiento multidisciplinario permitió controlar el sangrado uterino sin comprometer la continuidad de la anticoagulación. El tratamiento histeroscópico de la lesión intracavitaria y el DIU-LNG constituyeron una estrategia adecuada de tratamiento en esta adolescente, en quien la prevención del riesgo tromboembólico y el control del sangrado debían asumirse simultáneamente.

Ruptura de cuerno rudimentario en el embarazo

FRANCIS SARAHÍ SUAREZ ÁVILA, VALERIA SALINAS MACCHIAVELLO, ENRIQUE JAVIER SALDIVAR ORNELAS, JESICA MABEL RODRÍGUEZ MARTÍNEZ, ESTEBAN LIZARRAGA CEPEDA

ANTECEDENTES: El embarazo en un cuerno uterino rudimentario es una forma infrecuente de gestación ectópica asociada con anomalías müllerianas. Su diagnóstico prenatal representa un reto, porque el embarazo puede encontrarse completamente rodeado por el miometrio y simular una localización intrauterina normal. La ausencia de reconocimiento oportuno se asocia con riesgo de ruptura uterina y hemorragia materna grave, particularmente en cuernos rudimentarios no comunicantes.

CASO CLÍNICO: Paciente primigesta de 29 años, con antecedente de anomalía uterina no caracterizada y embarazo espontáneo. Se revisaron los estudios de imagen previos a la concepción y gestacionales, evolución clínica, hallazgos quirúrgicos y estudio histopatológico, correlacionándolos retrospectivamente para establecer la anatomía uterina, localización gestacional y secuencia diagnóstica. A las 22 semanas tuvo dolor abdominal progresivo. La resonancia magnética fue interpretada como embarazo extrauterino peritoneal con líquido libre. Posteriormente desarrolló deterioro he-

modinámico y abdomen agudo. La laparotomía identificó hemoperitoneo masivo y ruptura de un cuerno uterino rudimentario izquierdo, con extrusión del feto en saco amniótico hacia la cavidad abdominal. Se resecó el cuerno y se efectuó la salpingectomía izquierda, preservando el útero contralateral. El estudio histopatológico confirmó tejido uterino embarazado y placenta increta.

CONCLUSIÓN: Ante una anomalía mülleriana conocida o sospechada debe definirse tempranamente la cavidad embarazada y su comunicación con el cuello uterino. El ultrasonido transvaginal/3D constituye la evaluación inicial y, ante una anatomía inconclusa, la resonancia magnética puede complementar la caracterización y favorecer el diagnóstico oportuno antes de que sobrevengam complicaciones graves.

Embarazo heterotópico con ruptura tubárica

DANIELA ARANTZA ZARAGOZA MORALES, LEÓN IZARRA CARMEN VICTORIA, ZAVALA BARRIOS BERENICE, RIVAS CORCHADO LUZ MARÍA

ANTECEDENTES: El embarazo heterotópico es la coexistencia de una gestación intrauterina y una ectópica. Es infrecuente en la concepción espontánea, con una incidencia estimada de 1 por cada 30,000 embarazos. Su diagnóstico representa un reto, porque identificar una gestación intrauterina puede retrasar el reconocimiento del componente ectópico. El ultrasonido transvaginal con evaluación sistemática de los anexos constituye la principal herramienta diagnóstica, aun en ausencia de factores de riesgo reconocibles.

CASO CLÍNICO: Paciente de 39 años con embarazo espontáneo de 8 semanas. El ultrasonido transvaginal documentó gestación intrauterina viable, tumoración anexial izquierda y aproximadamente 500 mililitros de líquido libre, integrándose el diagnóstico de embarazo heterotópico complicado por ruptura tubárica izquierda. Se realizó laparotomía exploradora



y salpingectomía izquierda. La gestación intrauterina evolucionó favorablemente hasta las 38 semanas, obteniéndose mediante cesárea programada una recién nacida viva con Apgar 9/9.

CONCLUSIÓN: El embarazo heterotópico debe considerarse ante una gestación intrauterina viable y ausencia de factores de riesgo. La evaluación sistemática de los anexos es fundamental para favorecer su diagnóstico oportuno.

Hígado graso agudo del embarazo complicado

MARÍA FERNANDA JIMÉNEZ VELASCO, ANA KAREN SOSA ESQUIVEL, EDSON ARTEMIO RODRÍGUEZ GOVEA

ANTECEDENTES: El hígado graso agudo del embarazo (HGAE) es una emergencia obstétrica poco frecuente, caracterizada por infiltración grasa microvesicular y disfunción hepática progresiva, que puede evolucionar a insuficiencia hepática y insuficiencia multiorgánica.

CASO CLÍNICO: Paciente de 21 años, g1, con embarazo de 33.6 semanas, referida por óbito fetal. Presentó ictericia generalizada, anemia, trombocitopenia, disfunción hepática y renal, coagulopatía, hipofibrinogenemia y acidosis metabólica, con 8 criterios de Swansea. Se realizó resolución abdominal, obteniéndose producto óbito. Posteriormente desarrolló inestabilidad hemodinámica, hematoma pélvico y de pared abdominal, requiriendo laparotomía exploradora, drenaje de 1200 mL de ascitis, múltiples hemoderivados y tratamiento quirúrgico. La paciente evolucionó con anuria persistente, acidosis metabólica refractaria y choque que requirió doble vasopresor. Se colocó catéter Mahurkar y se inició terapia de reemplazo renal mediante SLED, suspendida por hipotensión grave. Posteriormente tuvo paro cardiorrespiratorio; se hicieron maniobras de reanimación cardiopulmonar sin respuesta, culminando en el fallecimiento de la paciente.

CONCLUSIÓN: El hígado graso agudo del

embarazo es una urgencia obstétrica poco frecuente y potencialmente mortal, con rápida evolución a insuficiencia hepática, lesión renal, coagulopatía y muerte materno-fetal. Debido a su presentación inespecífica, el reconocimiento temprano de signos clínicos y alteraciones bioquímicas es fundamental para establecer el diagnóstico, iniciar tratamiento oportuno y prevenir la insuficiencia multiorgánica.

Embarazo heterotópico espontáneo

KARLA ANDREA CARRILLO SÁNCHEZ, ANDREA GUADALUPE BARRERA GARCÍA, HÉCTOR EDUARDO MEZA LINARES, GERARDO EDU CASTILLO LÓPEZ, VIANNEY MARTÍNEZ BECERRIL

ANTECEDENTES: El embarazo heterotópico espontáneo es una padecimiento infrecuente y potencialmente grave en la que coexisten una gestación intrauterina y otra extrauterina. Su diagnóstico suele retrasarse porque el embarazo intrauterino enmascara el componente ectópico. La ecografía transvaginal resulta clave para la valoración uterina y anexial. La atención médica del embarazo extrauterino es eminentemente quirúrgica, enfocada en preservar el embarazo intrauterino. El diagnóstico y tratamiento oportunos son esenciales para disminuir la morbilidad materna y favorecer la evolución del embarazo.

CASO CLÍNICO: Paciente de 20 años, primigesta, con embarazo espontáneo de 10.1 semanas y sin factores de riesgo aparentes para embarazo heterotópico. Se analizaron datos clínicos, estudios de laboratorio, ultrasonido endovaginal, hallazgos transoperatorios, tratamiento quirúrgico, estudio histopatológico y evolución postoperatoria. Leucocitosis de $13.8 \times 10^3/\mu\text{L}$ y neutrofilia de 84%. El ultrasonido mostró embarazo intrauterino de 10.1 semanas y líquido libre. Se realizó laparotomía por sospecha de apendicitis. Se identificó hemoperitoneo de 200 mL y hematosálpinx izquierdo, realizándose

salpingectomía. Histopatología confirmó embarazo ectópico. Evolucionó favorablemente, preservándose el embarazo intrauterino.

CONCLUSIÓN: La identificación de un embarazo intrauterino no excluye la coexistencia de un embarazo ectópico. El diagnóstico oportuno y el tratamiento quirúrgico adecuado son fundamentales para prevenir complicaciones hemorrágicas potencialmente graves y, al mismo tiempo, permitir la preservación de el embarazo intrauterino. Este caso resalta la importancia de mantener un alto índice de sospecha clínica y de considerar el embarazo heterotópico aun en gestaciones espontáneas y sin factores de riesgo aparentes.

Enfermedad hepática esteatósica en el embarazo

FERNANDO CONTRERAS SILVA, MELANIE JULIETH AGUILAR GRANADOS, CARLOS ALBERTO GAXIOLA SOTO, FRANKLIN GADDIEL RAMÍREZ ESCALANTE

ANTECEDENTES: La enfermedad hepática grasa no alcohólica, refleja la disfunción metabólica en su origen. Se define por esteatosis hepática más al menos un criterio cardiometabólico, sin consumo de alcohol, y su progresión a fibrosis-cirrosis. Su prevalencia ha aumentado en mujeres en edad reproductiva y durante el embarazo, asociándose de forma independiente con riesgo de hipertensión gestacional, preeclampsia, Hellp, diabetes gestacional, parto pretérmino y alteraciones del crecimiento fetal, lo que representa un reto diagnóstico frente a preeclampsia.

CASO CLÍNICO: Paciente de 31 años, con 28.4 semanas de gestación, con hipertensión gestacional, obesidad y antecedente de preeclampsia, clasificada inicialmente como preeclampsia severa por elevación de transaminasas. Ante progresión bioquímica, se solicitó SFLT-1/PLGF (2.3), descartando preeclampsia. El ultrasonido hepatobiliar mostró colelitiasis, hepatomegalia y esteatosis leve. Con dislipide-

mia marcada y cumplimiento de cuatro criterios de swansea, se integró diagnóstico de esteatosis hepática no alcohólica más dislipidemia, iniciando colestiramina, metformina y omega 3, con alto riesgo de progresión a hígado graso agudo del embarazo y preeclampsia severa sobreañadida.

CONCLUSIÓN: La enfermedad hepática grasa no alcohólica constituye una afección cada vez más prevalente en mujeres embarazadas y debe incluirse de forma sistemática en el diagnóstico diferencial de las alteraciones hepáticas y metabólicas del embarazo, particularmente cuando el cuadro clínico se superpone con los criterios diagnósticos de preeclampsia.

Tumoración anexial en embarazo gemelar

JOSÉ EDUARDO LEÓN HABANA, VALERIA BUSTILLOS PONCE, PAOLA ALEJANDRA OBREGÓN ORTIZ, MELCHOR CANTÚ SANTOS

ANTECEDENTES: Las tumoraciones anexiales complican 0.2-2% de los embarazos. Su valoración se dificulta por la limitada utilidad de los marcadores tumorales en el embarazo y por el equilibrio entre riesgo materno y fetal al decidir el momento de la finalización del embarazo. Coexiste poco frecuentemente con embarazo múltiple.

CASO CLÍNICO: Paciente primigesta de 24 años con embarazo gemelar bicorial biamniótico y tumoración anexial compleja incidental, vigilada mediante ultrasonido seriado con el modelo iota-adnex, marcadores tumorales y valoración conjunta por medicina materno-fetal y oncología ginecológica hasta su resolución quirúrgica en la cesárea. Se hizo una revisión narrativa en PubMed/Medline sobre masas anexiales en el embarazo y, posterior al resultado histopatológico, sobre tumores serosos borderline gestacionales. La lesión creció de 400 cc (27 semanas) a 681 cc (34 semanas), con proyecciones papilares múltiples, sin flujo doppler ni tabicaciones, y riesgo IOTA-ADNEX estable de



53%; los marcadores tumorales fueron normales para el embarazo. A las 37.1 semanas se realizó cesárea con salpingooforectomía derecha simultánea, obteniéndose dos recién nacidas vivas con adecuada adaptación neonatal. El hallazgo transoperatorio fue un quiste ovárico de 12 x 9 cm con calcificaciones; el estudio histopatológico confirmó que se trataba de un tumor seroso fronterizo (FIGO IA).

CONCLUSIÓN: La vigilancia ecográfica estrecha con resolución quirúrgica combinada al momento de la cesárea es segura para tumores anexiales de riesgo intermedio-alto en el tercer trimestre, incluso en embarazo gemelar complicado. La salpingooforectomía, estrategia asociada a menor recurrencia, fue la adecuada para el tumor seroso fronterizo confirmado.

Embarazo ectópico en cicatriz de cesárea previa

MARTÍN CUBOS MARTINEZ, DAMARIS ANAHI TORRES ALONSO, ANTONIO JESÚS BRISEÑO SAINZ

ANTECEDENTES: El embarazo ectópico en cicatriz de cesárea es una implantación anormal del saco gestacional sobre el defecto cicatricial de una cesárea previa, con incidencia estimada de 1:1,800-1:2,500 embarazos. Su diagnóstico temprano es relevante por el riesgo de hemorragia, ruptura uterina y trastornos del espectro de placenta acreta.

CASO CLÍNICO: Paciente con diagnóstico de embarazo ectópico en cicatriz de cesárea previa. Se le administró metotrexato sistémico en dosis única de 50 mg/m² por vía intravenosa, con dosis total de 85 mg. La gonadotropina coriónica humana disminuyó de 2082 a 678 mUI/mL entre el 19 y el 21 de agosto de 2026, equivalente a una reducción de 67.4%. La hemoglobina permaneció estable, de 14 a 13.9 g/dL. Se documentó respuesta bioquímica inicial favorable, sin confirmación de resolución definitiva, por lo que se requiere seguimiento clínico, bioquímico y ultrasonográfico hasta confirmar la resolución completa.

CONCLUSIÓN: El diagnóstico temprano del embarazo en cicatriz de cesárea mediante ultrasonido transvaginal y doppler permite identificar su relación con el defecto cicatricial y orientar oportunamente el tratamiento. En pacientes seleccionadas, el tratamiento conservador con vigilancia estrecha constituye una alternativa terapéutica.

Adenomiosis y ruptura uterina

NANCY VERGEL CERVANTES, DANIELA LIZETTE CARMONA HERREA GERARDO, DE JESÚS REYES DÍAZ

ANTECEDENTES: La ruptura uterina es una urgencia obstétrica infrecuente asociada con elevada morbilidad materna y perinatal. La cicatriz uterina previa constituye su principal factor de riesgo. La adenomiosis produce alteraciones de la arquitectura miometrial, incluyendo distorsión de la zona de unión, hipertrofia e hiperplasia del músculo liso, inflamación, fibrosis y remodelado tisular. Aun cuando estas modificaciones aportan plausibilidad biológica para una mayor vulnerabilidad miometrial, su asociación independiente con ruptura uterina no ha sido establecida.

CASO CLÍNICO: Paciente de 34 años con cesárea previa y diagnóstico pregestacional de adenomiosis difusa. Se revisaron los factores de riesgo asociados con ruptura uterina, la evolución de la actividad uterina y del registro cardiotocográfico, así como la localización y extensión del defecto quirúrgico. Los hallazgos se contrastaron con la evidencia disponible sobre ruptura uterina, cesárea previa y adenomiosis. Durante la vigilancia se documentó deterioro cardiotocográfico progresivo, pese a actividad uterina decreciente de 210 a 80 y 30 UMV, sin hiperestimulación sostenida. La laparotomía evidenció hemoperitoneo y ruptura uterina originada en la histerorrafia previa, con extensa propagación hacia cuerpo y cuerno uterino izquierdo y afectación vesical. Se practicaron la histerectomía obstétrica y la reparación

vesical. La extensión extracicatricial del defecto, ante adenomiosis difusa, planteó una posible vulnerabilidad miometrial adicional.

CONCLUSIÓN: La cicatriz uterina previa constituyó el sitio inicial de ruptura; sin embargo, la extensa propagación extracicatricial plantea un mecanismo multifactorial. La adenomiosis podría representar un sustrato adicional de vulnerabilidad miometrial, sin establecer causalidad. El deterioro cardiotocográfico persistente exige alta sospecha clínica, incluso en ausencia de hiperestimulación uterina.

Cornuectomía conservadora con preservación de la

DIANA LAURA RODRÍGUEZ GUEVARA, MARYCARMEN HERNÁNDEZ CARDOSO, ALEJANDRA ANAHÍ CARLOS CHAVEZ, TATIANA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

ANTECEDENTES: El embarazo ectópico intersticial representa 2 a 4% de los embarazos ectópicos y presenta mayor riesgo de hemorragia masiva por la irrigación dual de la porción intersticial. El diagnóstico temprano mediante ultrasonografía y β -hCG ha favorecido el uso de procedimientos conservadores: cornuostomía y la cornuectomía.

CASO CLÍNICO: Paciente con diagnóstico de embarazo ectópico intersticial no roto, con características clínicas, hallazgos diagnósticos, tratamiento quirúrgico, evolución posoperatoria y seguimiento de la β -hCG. Se confirmó embarazo ectópico intersticial izquierdo no roto en una paciente hemodinámicamente estable. Se realizó cornuectomía conservadora por laparotomía con reconstrucción miometrial en dos planos, logrando adecuada hemostasia y preservación de la integridad uterina. El sangrado transoperatorio estimado fue de 100 mL. La evolución posoperatoria fue favorable, con descenso progresivo de β -hCG y resolución del tejido trofoblástico.

CONCLUSIÓN: La cornuectomía conservadora por laparotomía puede ser una alternativa resolutive en pacientes hemodinámicamente estables

con embarazo ectópico intersticial no roto, al permitir control hemostático y preservación de la integridad uterina. El tratamiento debe individualizarse según la condición clínica, los hallazgos intraoperatorios y la experiencia quirúrgica.

Desafío diagnóstico de embarazo ectópico cervical

AMALIA MONSERRAT ULLOA ULLOA, PAMELA MONSERRAT VIDALES HIGUERA, JOSÉ JUAN QUILANTÁN CABRERA

ANTECEDENTES: El embarazo ectópico es una gestación extrauterina infrecuente que representa menos del 1% de los embarazos ectópicos. Su localización endocervical condiciona un riesgo elevado de hemorragia materna profusa, dada la alta vascularización cervical y la ausencia de miometrio contráctil para la hemostasia. La instrumentación uterina previa, principalmente el legrado uterino, es el principal factor de riesgo asociado. Su identificación ultrasonográfica precisa un reto clínico para diferenciarlo del aborto incompleto, permitiendo planificar un tratamiento oportuno y seguro.

CASO CLÍNICO: Paciente de 41 años (referida por sospecha de gestación extrauterina. La evaluación especializada por el servicio de medicina materno fetal incluyó ecografía transvaginal para la confirmación diagnóstica. Adicionalmente, se ejecutó una revisión narrativa de la bibliografía consultando guías internacionales y bases de datos indexadas, analizando factores de riesgo, criterios ultrasonográficos y las modalidades de tratamiento conservador y quirúrgico. El diagnóstico del embarazo ectópico cervical requiere una evaluación ecográfica transvaginal precisa. La identificación del saco gestacional implantado en el canal cervical, asociada con el signo del deslizamiento negativo y vascularización peritrofoblástica activa mediante doppler color, constituye un conjunto de hallazgos clave para establecer el diagnóstico y diferenciarlo de otras afecciones.

CONCLUSIÓN: El diagnóstico ecográfico precoz mediante la evaluación doppler es indispensable



para prevenir complicaciones hemorrágicas en el embarazo ectópico cervical. La histerectomía total abdominal constituye una opción quirúrgica segura, oportuna y definitiva en pacientes con paridad satisfecha, comorbilidades complejas o elevado riesgo hemorrágico, asegurando una rápida y favorable recuperación postoperatoria.

Frecuencia y factores asociados a complicaciones m

CÉSAR ALEJANDRO ALONSO TELLEZ, VERÓNICA ROCHA RAMÍREZ, ERIK JOSUE ÁLVAREZ ROJAS

ANTECEDENTES: El embarazo durante los años de adolescencia constituye un problema relevante de salud pública por sus implicaciones maternas, perinatales y sociales. La frecuencia y distribución de las complicaciones obstétricas pueden variar según las características de la población y el contexto de atención. En México, el embarazo adolescente continúa siendo un desafío sanitario y ha motivado estrategias nacionales de prevención, educación sexual, planificación familiar y fortalecimiento de los servicios de salud sexual y reproductiva

OBJETIVO: Caracterizar la frecuencia y distribución de las complicaciones maternas y perinatales y explorar factores maternos, obstétricos y de atención sanitaria asociados con su presencia en adolescentes embarazadas atendidas en un hospital del noreste de México.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, analítico, retrospectivo y transversal que incluyó un censo hospitalario de 563 adolescentes atendidas para resolución obstétrica en el hospital general de saltillo entre febrero de 2023 y febrero de 2026. Se analizaron características maternas, obstétricas, de atención prenatal y perinatales mediante estadística descriptiva e inferencial. Las asociaciones se interpretaron con un nivel de significación de $p < 0.05$ e intervalo de confianza de 95%. La media de edad fue de 16.19 ± 0.98 años y 90.4% fueron primigestas. La media de semanas de embarazo

fue 38.10 ± 2.44 semanas. El 40.3% no tuvo complicaciones registradas. Las más frecuentes fueron hemorragia obstétrica (8.5%), ruptura prematura de membranas (6.9%), preeclampsia con datos de severidad (6.7%), parto prematuro (6.2%) e hipertensión gestacional (5.7%). El parto ocurrió en 66.1% y la cesárea en 30.9%. La edad materna se asoció con el tipo de complicación obstétrica ($p = 0.004$), planificación familiar ($p = 0.032$) y estancia intrahospitalaria ($p = 0.001$)

CONCLUSIÓN: La carga de morbilidad registrada se concentró en eventos hemorrágicos, hipertensivos, ruptura prematura de membranas y prematuridad. La ausencia de anticoncepción previa y de control prenatal en una proporción relevante de adolescentes identifica oportunidades de intervención desde la salud pública.

Trombosis del seno venoso en el puerperio

MIREYA NATALIA LÓPEZ ANTUNEZ, MARÍA DEL ROCÍO CHILLOPA RODRÍGUEZ, RAYMUNDO MALVAEZ RÍOS

ANTECEDENTES: La trombosis del seno venoso representa el 1% de los eventos vasculares cerebrales; su incidencia es de 5 casos por cada millón de habitantes y su mortalidad es del 10%. Los senos sagital superior y venoso transversal son los más afectados. El embarazo es un factor de riesgo especial pues la trombosis se registra en el 0.01% de las gestaciones.

CASO CLÍNICO: Paciente en puerperio fisiológico complicado con trombosis del seno venoso diagnosticado por imagen, con clínica sugerente desde el embarazo; sin embargo, donde se descarta trastorno hipertensivo del embarazo y se pasa inadvertido un posible deterioro neurológico focal, mismo que se presenta en el puerperio inmediato con deterioro neurológico agudo (Glasgow 9 pts). Se evalúan escalas pronósticas o de riesgo aplicables en el puerperio (MEOWS) así como factores asociados a la tríada de Virchow, donde se observa que la alteración de alguno modifica la evolución del puerperio que ameritan la integración

de herramientas diagnósticas para establecer diagnósticos diferenciales.

CONCLUSIÓN: Sospecha de trombosis del seno venoso ante cefalea persistente y déficit neurológico focal, que puede ser inicialmente confundido en un puerperio fisiológico. El uso de escalas pronósticas, una prevención adecuada de factores de riesgo y tratamiento multidisciplinario son esenciales para mejorar el pronóstico materno fetal.

Fibromatosis desmoide en el embarazo

NANCY VERGEL CERVANTES, FERNANDA LIZETH CASTREJÓN NAVA, LAURA KARINA BARRERA ROMÁN

ANTECEDENTES: La fibromatosis desmoide es una neoplasia fibroblástica infrecuente, localmente agresiva e infiltrativa, sin potencial metastásico. Puede presentarse de forma esporádica o asociarse con poliposis adenomatosa familiar (PAF). En pacientes con PAF, se presenta en aproximadamente 12%. Las variantes de *apc* posteriores al codón 1444 (or 6.2; IC95%: 2.5-15.8) y el antecedente familiar de desmoide (OR 5.8; IC95%: 3.1-10.6) incrementan el riesgo. La multifocalidad a edad temprana debe motivar evaluación de predisposición hereditaria.

CASO CLÍNICO: Paciente de 18 años, primigesta, con embarazo de 33 semanas y antecedente de resección de tumores *Phyllodes* bilaterales y mastectomía bilateral. Se hicieron: valoración clínica, obstétrica y multidisciplinaria, ultrasonido, tomografía, resonancia magnética y biopsia por aguja de corte. Se efectuó revisión anatomopatológica e inmunohistoquímica de lesiones mamarias y abdominales, además de valoración genética ante sospecha inicial de síndrome de Li-Fraumeni. Ingresó a las 33 semanas con dos tumores de pared abdominal, de aproximadamente 30 y 15 cm. La tc inicialmente sugirió linfangiomas; la rm mostró lesiones mesenquimatosas sin infiltración profunda. Se practicó la cesárea a las 33.3 semanas y se obtuvo un recién nacido masculino de 1750 g, Apgar

4/9. La biopsia abdominal y la revisión mamaria reclasificaron las lesiones como fibromatosis desmoide multifocal, con β -catenina positiva y localización nuclear en las lesiones mamarias.

CONCLUSIÓN: La revisión anatomopatológica permitió reclasificar los tumores mamarios y abdominales en fibromatosis desmoide multifocal. La edad temprana y multifocalidad justifican evaluar la predisposición hereditaria, sin confirmar una etiología sindrómica. La atención multidisciplinaria fue fundamental para integrar el diagnóstico y el tipo de procedimiento obstétrico.

Embarazo a término con útero septado

ZATARAIN MENDIVIL JOSÉ PAVEL, MORALES MONTOYA LUIS ENRIQUE, ARCE PÉREZ MARÍA YAMILETH, FÉLIX SAÑUDO ALEXIS, SÁNCHEZ LÓPEZ MARIANA

ANTECEDENTES: Las malformaciones uterinas son relativamente frecuentes; afectan al 1 a 4% de las mujeres. La prevalencia exacta se desconoce, porque muchas de estas malformaciones son asintomáticas y las técnicas de imagen, como la ecografía en tercera dimensión, la histerosonografía y la resonancia magnética nuclear no siempre están disponibles

CASO CLÍNICO: Paciente de 23 años, con antecedentes gineco-obstétricos de g2 c1, quien acudió a valoración debido a la aparición de un dolor abdominal tipo cólico. Como antecedente obstétrico, la paciente tuvo un embarazo resuelto mediante cesárea. Las malformaciones congénitas pueden asociarse con la pérdida recurrente del embarazo, el parto prematuro, la presentación fetal anormal y la infertilidad. La paciente presentada no experimentó ninguna de estas complicaciones. Es posible que el individuo afectado no conozca la afección y que no resulte en problemas reproductivos; por lo tanto, pueden ocurrir embarazos normales, como lo es para el caso que se presenta. El tabique uterino se encontró incidentalmente durante la cesárea y no hubo antecedentes de infertilidad en nuestra paciente.



CONCLUSIÓN: El útero septado gravídico aunque es una afección obstétrica poco frecuente de diagnóstico complejo y de baja incidencia. Debe sospecharse en mujeres con antecedentes positivos de aborto espontáneo recurrente, parto prematuro y mala presentación. Debe buscarse una malformación uterovaginal en pacientes con amenorrea primaria, dolor abdominal, aborto recurrente y algunos resultados obstétricos adversos, y debe recordarse que, al diagnosticar una malformación uterina debe obtenerse una imagen de la vía urinaria por las frecuentes anomalías asociadas.

Atención obstétrica en una paciente con leucemia mieloide crónica

PAMELA MONSERRAT VIDALES HIGUERA, AMALIA MONSERRAT ULLOA ULLOA, MAHARTA ESTEFANÍA OLIVARES MÁRQUEZ, CATHERIN LIZETTE CASTILLO DUARTE, LUIS FERNANDO LÓPEZ ÁVALOS

ANTECEDENTES: La leucemia mieloide crónica (LMC) es una neoplasia mieloproliferativa clonal caracterizada por la translocación t(9;22) y el oncogén bcr:abl1. Representa el 15% de las leucemias en adultos, pero su coexistencia con el embarazo es inusual (1 en 100,000 gestaciones). Su diagnóstico fortuito en el periparto, especialmente ante una cesárea iterativa, introduce dilemas críticos respecto del tratamiento quirúrgico, el bienestar fetal y la ventana idónea para iniciar los inhibidores de tirosina cinasa.

CASO CLÍNICO: Paciente con 37.1 semanas de gestación ingresó por cesárea iterativa en trabajo de parto, reportándose oligohidramnios y RCIU tipo 1. Los estudios de laboratorio reportaron leucocitosis (77 x 10⁹(L), trombocitosis (409 x 10⁹(L) y anemia. Ante la sospecha de LMC en frotis, se procedió a una cesárea segura, con anestesia general. Curso puerperio estable con enoxaparina, el reporte de RT-PCR confirmó transcrito bcr:abl1 al 100% (bajo riesgo eutos y sokal). Se inició imatinib, alopurinol y hierro, continuando control por hematología. La con-

fluencia de lmc incidental en el periparto y una cesárea iterativa es inusual. Ante la madurez fetal y la ausencia de leucostasis, es seguro priorizar la resolución obstétrica antes de la confirmación molecular definitiva. La anestesia general mitigó eficientemente los riesgos hemostáticos potenciales en una cirugía mayor, mientras que el tratamiento postparto en cuidados críticos con enoxaparina y el posterior inicio ambulatorio de imatinib garantizaron el control oncohematológico exitoso.

CONCLUSIÓN: La coexistencia de leucemia mieloide crónica y embarazo representa un desafío multidisciplinario. Este caso demuestra que su diagnóstico incidental durante la atención obstétrica puede manejarse exitosamente priorizando la resolución del embarazo y posponiendo el inicio de inhibidores de tirosina cinasa al puerperio inmediato, optimizando la seguridad materna y el tratamiento definitivo.

Placenta acreta: un desafío multidisciplinario

BELMAREZ ZEPEDA ANAHÍ LUCERO, HERNÁNDEZ GONZÁLEZ ELVIRA ESTEFANIA, MENDEZ AGUIRRE PIEDAD OMAR, LING GARCÍA JOSÉ PABLO, DE LA TORRE TRONCOSO ALICIA NOHEMI

ANTECEDENTES: El espectro de placenta acreta, complicación obstétrica caracterizada por invasión anormal de la placenta al miometrio, asociada con riesgo de hemorragia obstétrica y lesión de órganos adyacentes. Un diagnóstico prenatal oportuno permite planificar la finalización del embarazo, establecer una estrategia quirúrgica multidisciplinaria para disminuir la morbilidad y mortalidad materna y neonatal.

CASO CLÍNICO: Paciente de 28 años con placenta previa total y sospecha prenatal de espectro de placenta acreta. Se revisaron expediente clínico, estudios ultrasonográficos, valoraciones multidisciplinarias, hallazgos transoperatorios y resultados maternos y perinatales. Se realizó correlación entre los hallazgos prenatales y quirúrgicos y el estudio histopatológico

definitivo. Se identificó marcada vascularización superficial del segmento uterino inferior y vasos de gran calibre. Se realizó cesárea con incisión fúndica e histerectomía con placenta in situ. Sangrado estimado de 800 mL, sin requerimiento de hemoderivados ni evidencia de lesión urinaria. Se obtuvo recién nacido de 2833 g, Apgar 4/7. Resultado histopatológico demostró placenta increta

CONCLUSIÓN: Una identificación oportuna de espectro de placenta acreta permite establecer una estrategia quirúrgica multidisciplinaria. La técnica convencional con incisión fúndica e histerectomía con placenta in situ permitió sangrado mínimo comparado con lo reportado en la bibliografía y resultados neonatales favorables.

Histerectomía en embarazo de ocho semanas por miomas

SEBASTIÁN DUNO CALDERA, FRANCISCO IBARGÜENGOITIA OCHOA, JESÚS JORGE BELTRÁN MONTOYA, SILVIA FABIOLA ESTRADA RIVERA, ALEJANDRA CASTAÑEDA GUTIÉRREZ

ANTECEDENTES: Los fibromas uterinos son los tumores pélvicos benignos más comunes en las mujeres. Su diagnóstico no es difícil debido al amplio empleo del ultrasonido. Las mujeres con síntomas sufren de hemorragia uterina anormal; debido a su crecimiento continuo pueden causar síntomas relacionados a compresión. Los fibromas muy grandes no son frecuentes. Existen diversos tratamientos médicos, radiológicos intervencionistas y quirúrgicos para su tratamiento.

CASO CLÍNICO: Paciente de 30 años con fibromas de grandes elementos que en curso de dos años recibió diversos tratamientos sin una respuesta adecuada sino por el contrario con crecimiento tumoral y empeoramiento de la hemorragia, por lo que decidió concluir con una histerectomía a pesar de saberse embarazada.

CONCLUSIÓN: Los fibromas gigantes permanecen como un reto para su tratamiento tanto médico como quirúrgico debiéndose considerar la edad de la paciente, síntomas y deseo reproductivo.

Tumor desmoide en la pared abdominal y embarazo

SEBASTIÁN DUNO CALDERA, FRANCISCO IBARGÜENGOITIA OCHOA, JESÚS JORGE BELTRÁN MONTOYA, JESSICA VILLAFÑA TREJO, MARÍA FERNANDA LÓPEZ TORRES

ANTECEDENTES: El tumor desmoide es poco frecuente pero localmente agresivo, sobre todo significativo en el contexto del embarazo debido a su potencial rápido crecimiento. El tratamiento durante el embarazo tiene retos únicos.

CASO CLÍNICO: Paciente joven, en curso del segundo embarazo, con crecimiento de una tumoración localizada en la pared abdominal izquierda, asociada con el embarazo, con diagnóstico erróneo de mioma. Al momento de la cesárea no se encontró el tumor uterino pero sí una neoplasia en la pared abdominal. El estudio de resonancia mostró al tumor en la pared abdominal y la biopsia confirmó la variedad desmoide.

CONCLUSIÓN: La interrelación entre el tumor desmoide y el embarazo tiene retos clínicos. La evidencia actual recomienda un tratamiento conservador y de forma excepcional resección durante el embarazo.

Cambios del índice de pulsatilidad uterino y desenlace gestacional

DANIELA CUÉLLAR RODRÍGUEZ, CÉSAR ARCADIO CRUZ SALAS, OSCAR JAVIER CORONADO LÓPEZ, MIGUEL ÁNGEL GONZÁLEZ NAZAR

ANTECEDENTES: La alteración de la perfusión uterina se asocia con insuficiencia en la implantación y pérdida gestacional y puede evaluarse mediante el índice de pulsatilidad (IP) uterino. Las pacientes con pérdida gestacional recurrente y anticuerpos antifosfolípidos (APL) tienen mayor IP, lo que sugiere disfunción vascular. El tratamiento con AAS y heparina ha demostrado tasas favorables de nacido vivo. Sin embargo, se desconoce si los cambios tempranos del IP luego



de la administración de AAS y enoxaparina se asocian con nacido vivo.

METODOLOGÍA: Estudio prospectivo, longitudinal, con intervención terapéutica guiada por protocolo. Se evaluaron embarazos espontáneos con antecedente de pérdida gestacional o evolución inicial inadecuada mediante doppler uterino. Las pacientes con $IP > 2.99$ se estudiaron para anticuerpos antifosfolípidos. Se incluyeron 100 pacientes con al menos una determinación alterada, quienes iniciaron AAS 100 mg/día y enoxaparina 20 mg/día. El IP se reevaluó a la primera y segunda semana; si permanecía más de 2.0 a la primera semana, la enoxaparina se incrementó a 40 mg al día. El 75% tuvo al menos un nacido vivo. El IP disminuyó significativamente durante las primeras dos semanas ($p < 0.001$). En 70% se incrementó la enoxaparina a 40 mg al día, sin diferencias en nacido vivo entre dosis (73.3% vs. 75.7%; $p = 0.805$). Alcanzar $IP \leq 2.0$ tampoco se asoció con nacido vivo (75.5% vs. 74.5%; $p = 1.00$). La disminución del IP no se asoció significativamente con nacido vivo en el análisis ajustado.

CONCLUSIÓN: El IP disminuyó significativamente durante el seguimiento, pero su reducción no se asoció con mayor probabilidad de nacido vivo. Se requieren estudios controlados para determinar su utilidad pronóstica y para guiar el ajuste de enoxaparina.

Acné vulgar recurrente asociado con el embarazo

CRISTINA BERNAL RUVIRA, LAURA IVETTE CASAS NAVA, MARCO ANTONIO AMOROSO HERNÁNDEZ, ROBERTO CABRERA CARIÑO

ANTECEDENTES: El acné vulgar es una enfermedad inflamatoria crónica de la unidad pilosebácea que puede modificar su comportamiento durante el embarazo por cambios hormonales, inmunológicos y fisiológicos. Durante el embarazo puede adquirir un patrón inflamatorio, con mayor afectación en el segundo y tercer trimestre con extensión al tronco.

CASO CLÍNICO: Paciente con evaluación clínica, estudios de laboratorio y seguimiento durante el puerperio hasta los 14 días posparto. El diagnóstico fue clínico; no se tomó una biopsia, ni se hizo un cultivo y tampoco se obtuvo un estudio histopatológico. Se indicó tratamiento expectante y se documentó la evolución espontánea de las lesiones. Debido a la estabilidad clínica de la paciente, la ausencia de síntomas sistémicos y el antecedente de alivio espontánea del cuadro durante el embarazo previo, no se administró tratamiento farmacológico específico y se decidió solo la vigilancia clínica. La paciente fue citada para valoración a los 14 días del puerperio, momento en el que se documentó la remisión de las lesiones cutáneas, reproduciéndose un patrón temporal similar al observado durante su embarazo anterior.

CONCLUSIÓN: El caso muestra la recurrencia de lesiones clínicamente compatibles con acné vulgar durante el tercer trimestre de dos embarazos consecutivos, con distribución semejante y remisión espontánea durante las primeras semanas del puerperio. El reconocimiento de este patrón puede contribuir a orientar el diagnóstico clínico, valorar diagnósticos diferenciales y evitar tratamientos innecesarios.

Estado epiléptico superresistente en el embarazo

PAOLA ALEJANDRA OBREGÓN ORTIZ, BRENDA LISSET BRIONES BERNAL, REGINA MARTÍNEZ GARCÍA LASCURAIN, JOSÉ EDUARDO LEÓN HABANA, VALERIA BUSTILLOS PONCE

ANTECEDENTES: El estado epiléptico durante el embarazo es una urgencia neurológica poco frecuente pero potencialmente mortal para la madre y el feto. La epilepsia afecta, aproximadamente, al 0.3-0.5% de las embarazadas.

CASO CLÍNICO: Paciente de 27 años, g2c1, con diagnóstico de epilepsia desde los 5 años y embarazo de 18.5 semanas, ingresó por estado epiléptico, requirió intubación, ventilación mecánica, sedación y soporte vasopresor. El electroencefalograma mostró actividad irritativa

focal hemisférica izquierda. Persistió la actividad epiléptica clínica y electroencefalográfica pese al tratamiento, requirió levetiracetam, lacosamida, lamotrigina y fenitoína, además de propofol y dexmedetomidina. Se descartó la infección del sistema nervioso central mediante punción lumbar. Durante la estancia resultó con neumonía asociada con la ventilación mecánica por *Acinetobacter baumannii* y anemia grave que requirió transfusión. Al cabo de 17 días de ventilación mecánica tuvo recuperación clínica y fue extubada. El embarazo continuó con vigilancia obstétrica de alto riesgo, con crecimiento fetal adecuado. A las 38 semanas se decidió la cesárea, sin complicaciones, con recién nacido masculino con Apgar 7/8, aparentemente sano. **CONCLUSIÓN:** El estado epiléptico superesistente durante el embarazo requiere tratamiento oportuno y multidisciplinario. La estabilización de las condiciones de la madre, el control de la actividad epiléptica y la vigilancia obstétrica permitieron la continuidad del embarazo hasta el término, con desenlace materno y neonatal favorable.

Vascularidad miometrial mejorada

JUÁREZ MÉNDEZ MARÍA FERNANDA, IBARGÜENGOITIA OCHOA FRANCISCO, MIGUEL PÉREZ PEDRO SILVESTRE, LEMUS HUERTA ANGEL

ANTECEDENTES: La hemorragia uterina es frecuente en obstetricia y generalmente se relaciona con atonía, retención de tejido o lesiones del canal del parto. Entre las causas infrecuentes destaca la vascularidad miometrial mejorada, padecimiento relacionado con malformaciones vasculares y restos de la concepción. Su diagnóstico ha aumentado con el uso de técnicas de imagen. Aunque poco frecuente, con aproximadamente 150 casos reportados, puede ocasionar hemorragia grave potencialmente mortal y representa un importante reto diagnóstico y terapéutico.

CASO CLÍNICO: Paciente de 30 años, g2c1,

con púrpura trombocitopénica sin tratamiento, tuvo un aborto diferido de 13.6 semanas tratado con misoprostol. Dos semanas después tuvo contenido intrauterino hipervascular y plaquetas de 33,000/mm³. Posterior al legrado tuvo una hemorragia de 3,500 mL, controlada con un balón intrauterino y transfusión. La resonancia magnética evidenció una lesión miometrial hipervascular con vasos serpenteantes. Por recurrencia hemorrágica y paridad satisfecha se decidió la histerectomía. Histopatología confirmó proliferación anormal de los vasos arteriales y venosos, con evolución posoperatoria satisfactoria. **CONCLUSIÓN:** La vascularidad miometrial mejorada debe considerarse ante una hemorragia uterina persistente o atípica posterior a un aborto. El diagnóstico oportuno mediante ultrasonido Doppler permite orientar el tratamiento y evitar intervenciones potencialmente hemorrágicas. El tratamiento debe individualizarse según estabilidad hemodinámica, gravedad del sangrado, hallazgos de imagen y deseo de embarazo.

Sífilis en embarazo: tratamiento en pacientes con alergia a la penicilina

EVELYN LIZBETH FLORES VÁZQUEZ, BERNARDO AGUIRRE FERNANDEZ, ROGELIO CASTILLO LUNA

ANTECEDENTES: La sífilis gestacional es un desafío de salud pública por el riesgo de transmisión vertical y complicaciones graves. La penicilina G benzatínica es el único tratamiento que cura a la madre y previene la afección al feto, por lo que la alergia a este fármaco representa un dilema clínico. Ante esto, la desensibilización rápida con cobertura esteroidea es la estrategia de elección, que ha demostrado que es un procedimiento seguro y efectivo para aplicar la dosis terapéutica de 2,400,000 UI a las 14 semanas sin reacciones adversas.

CASO CLÍNICO: Paciente de 25 años, con 14 semanas de embarazo y antecedente de sífilis diagnosticada y confirmada en agosto de 2026. Acudió por prueba confirmatoria reactiva, asin-



tomática y con exploración física normal (FCF 160 lpm, cuello uterino cerrado). Después de verificar con estudios paraclínicos y registros epidemiológicos, ingresó a Tococirugía. Se procedió a la desensibilización con penicilina e infusión de corticosteroides sin reacciones adversas. Posteriormente se le administraron 2,400,000 UI de penicilina sin complicaciones. Fue dada de alta para seguimiento en consulta externa.

CONCLUSIÓN: La detección temprana de sífilis en el primer trimestre reduce secuelas fetales y controla la infección de la madre. Ante la alergia a betalactámicos, la desensibilización acelerada a penicilina es la estrategia prioritaria para indicar el único tratamiento curativo efectivo. El caso confirma que es un protocolo seguro demostrado para disminuir la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal.

Embarazo viable después de la resección de útero bicorporal

JOSÉ EDUARDO LEÓN HABANA, VALERIA BUSTILLOS PONCE, MELCHOR CANTÚ SANTOS, CUAUHTÉMOC GUTIÉRREZ MALDONADO, DIEGO GONZÁLEZ OROPEZA

ANTECEDENTES: Las anomalías müllerianas afectan al 4.3-6.7% de las mujeres y hasta 25% de aquellas con pérdida gestacional recurrente. El útero bicorporal septado (eshre/esge u3c) combina un defecto de fusión lateral con un septo interno resecable, y su distinción del útero didelfo tiene implicaciones pronósticas relevantes. La evidencia sobre el beneficio reproductivo de la resección del tabique en esta variante específica es escasa.

CASO CLÍNICO: Paciente de 23 años con útero bicorporal septado (eshre/esge u3c), mediante revisión del expediente clínico y seguimiento ecográfico prospectivo del embarazo actual. Se realizó una búsqueda no sistemática en PubMed/MedLine con los términos “bicorporeal septate uterus”, “U3C”, “septate uterus”, “uterine septum resection” y “metroplasty”, limitada a los últimos quince años (2010-2026), para contrastar los ha-

llazgos con la evidencia reproductiva disponible después la resección del tabique.

Después de la resección incidental del tabique, el embarazo actual (g3) alcanzó 30 semanas de gestación, superando ampliamente el punto de pérdida gestacional de los embarazos previos (g1: óbito 21 semanas de gestación; g2: pérdida 21.4 semanas de gestación). El ultrasonido confirmó anatomía residual bicorporal parcial (u3a), cavidad única y cuello uterino único, compatible con resección exitosa del tabique. Se identificaron hallazgos fortuitos bajo vigilancia multidisciplinaria: tumoración anexial derecha (10.7x8.0 cm, sin papilas), descenso de la longitud cervical (34.3-27.6 mm) y tamizaje negativo de acretismo placentario.

CONCLUSIÓN: La resección incidental del tabique en un útero bicorporal septado se asoció con un embarazo subsecuente que superó ampliamente el punto de pérdida gestacional recurrente previo, consistente con la evidencia específica disponible para esta variante anatómica, pese a la incertidumbre de la bibliografía general sobre el útero septado.

Tetralogía de Fallot y embarazo

MAGDA ALICIA MURILLO MIRANDA, MANUEL MENDOZA HUERTA, ARANTXA PÉREZ PALAU

ANTECEDENTES: La tetralogía de Fallot constituye aproximadamente el 10% de las cardiopatías congénitas. La incidencia de mujeres con tetralogía de Fallot no reparada y embarazo es baja en países desarrollados (~1/10.000), pero se estima sensiblemente mayor en contextos de recursos limitados. Las complicaciones neonatales más frecuentes son restricción del crecimiento fetal, bajo peso al nacer, prematuridad y pérdidas gestacionales.

CASO CLÍNICO: Paciente de 18 años, primigesta, con ecocardiograma transtorácico que evidencia dilatación e hipertrofia del ventrículo derecho, función sistólica conservada (tapse 27 mm), defecto amplio del tabique interventricu-

lar membranoso con cabalgamiento aórtico y cortocircuito izquierda-derecha, con estenosis pulmonar severa e insuficiencias tricúspideas y mitral leves. Electrocardiograma con ritmo sinusal. Radiografía de tórax con cardiomegalia, cabalgamiento aórtico e imagen de zapato sueco. Ultrasonido fetal con hemodinamia conservada, sin redistribución, ip de arterias uterinas alterado y peso fetal estimado en percentil 39. Como parte del tratamiento multidisciplinario se realizó seguimiento ecográfico semanal con hemodinamia y vigilancia por obstetricia de alto riesgo y cardiología. Se decidió la resolución del embarazo por vía abdominal a las 39 semanas. Se administró anestesia regional, con adecuada respuesta durante el evento quirúrgico, y soporte con aminas para mantener la estabilidad hemodinámica, sin requerimiento de ingreso a terapia intensiva. Se obtuvo un recién nacido vivo de sexo masculino, de 3375 gramos, con Apgar de 8-9.

CONCLUSIÓN: La tetralogía de Fallot no corregida durante el embarazo está contraindicado o clasificado en la categoría MWHO IV. Representa un desafío cardiovascular y obstétrico que requiere un tratamiento individualizado, vigilancia estrecha y tratamiento multidisciplinario, así como un seguimiento, debido a la compleja interacción entre los cambios hemodinámicos propios del embarazo y la fisiopatología de la cardiopatía congénita. La descripción de estos casos aporta evidencia clínica útil para la planificación del seguimiento materno fetal y del nacimiento.

Resolución quirúrgica de aborto incompleto en útero

ROGELIO LUNA CASTILLO, VÍCTOR RICARDO MENDEZ GONZÁLEZ, CAMILA BONITZU MELENDEZ ACEVEDO, ELIA LORENA VICUÑA VALERA

ANTECEDENTES: El útero didelfo representa hasta el 11% de las anomalías müllerianas. Esta alteración anatómica incrementa el riesgo de complicaciones obstétricas y disminuye la efi-

cacia del tratamiento farmacológico del aborto debido a la asimetría y disfunción del miometrio **CASO CLÍNICO:** Paciente de 27 años con diagnóstico de útero didelfo y aborto incompleto posterior a interrupción médica del embarazo fallida. Se recopilaron los datos clínicos relevantes obtenidos del expediente clínico y diagnóstico mediante ultrasonido obstétrico.

Paciente de 27 años, g2p1, con dolor abdominal intenso y sangrado uterino de tres semanas posterior a misoprostol sublingual. Se encontró hemodinámicamente estable. La ultrasonografía confirmó útero didelfo: hemiútero derecho de 10.6 x 10.8 cm, endometrio de 25 mm y abundantes restos placentarios; hemiútero contralateral de 7 x 5 cm, con endometrio de 12 mm. Se diagnosticó aborto incompleto y se realizó ameu a ciegas, logrando evacuación satisfactoria, sin perforación, hemorragia significativa ni antes o después complicaciones inmediatas.

CONCLUSIÓN: La evacuación uterina en anomalías müllerianas representa un reto. Aunque en este caso la ameu sin guía ecográfica se realizó sin complicaciones, se debe enfatizar el acompañamiento ecográfico transoperatorio como el estándar ideal para minimizar riesgos de perforación y dirigir el tratamiento de forma segura.

¿Preeclampsia vs hígado graso agudo del embarazo?

A. PANTLE-ESPINOZA, M.F. MUÑOZ-VELÁZQUEZ, R. CASTILLO-LUNA

ANTECEDENTES: Tanto la preeclampsia con criterios de severidad como el hígado graso agudo del embarazo son emergencias obstétricas del tercer trimestre que pueden compartir manifestaciones clínicas y analíticas iniciales. Sin embargo, tienen fisiopatologías y tratamientos distintos, lo que amerita una detección precisa e inmediata de estas afecciones.

CASO CLÍNICO: Paciente multigesta con 31.6 semanas acude por dolor intenso en hipo-



condrio derecho y presión arterial elevada. Inicialmente se sospecha hígado graso agudo vs preeclampsia con criterios de severidad; se descartó el primero mediante los criterios de swansea. La persistencia de la hipertensión y el incremento de transaminasas conllevan a diagnóstico de preeclampsia con criterios de severidad, procediendo a la interrupción inmediata del embarazo. Posteriormente laboratorios de control presentan trombocitopenia y hemólisis, integrando diagnóstico de síndrome hellp y requiriendo ingreso a terapia intensiva. La preeclampsia es un trastorno multisistémico placentario con disfunción endotelial e hipertensión con daño a órgano blanco. El hígado graso agudo del embarazo es una hepatopatía por alteración mitocondrial que causa insuficiencia hepática fulminante, diagnosticada mediante los criterios de Swansea (≥ 6 puntos). Ambas afecciones requieren la interrupción inmediata de la gestación como tratamiento definitivo. No obstante, la preeclampsia exige control antihipertensivo y neuroprotección, mientras que el hígado graso requiere soporte hemodinámico, corrección de coagulación y tratamiento estricto de hipoglucemia.

CONCLUSIÓN: La preeclampsia con criterios de severidad y el hígado graso agudo del embarazo son urgencias obstétricas del tercer trimestre. Ambas pueden cursar con hipertensión, dolor en el cuadrante superior derecho o epigastralgia y náuseas o vómitos. Sin embargo, existen marcadores diferenciales clave para distinguirlas y ofrecer un tratamiento oportuno acorde con la fisiopatología de cada una.

Síndrome de bandas amnióticas

MARIO ALBERTO OJEDA ARRONA, ROMARIO JORGE MALDONADO TOVAR, ROBERTO CARLOS ORNELAS CHÁVEZ, VÍCTOR HUGO ROMERO MEJIA

ANTECEDENTES: El síndrome de bridas amnióticas es un trastorno congénito esporádico, poco frecuente y sin patrón hereditario mendeliano,

causado por bandas fibrosas derivadas del amnios que comprimen o atrapan estructuras fetales. Puede producir anillos de constricción, amputaciones intrauterinas, sindactilia, linfedema y pie equinovaro. En casos graves afecta estructuras craneofaciales, pared corporal y órganos internos. Su etiopatogenia se explica mediante teorías extrínseca, por ruptura amniótica, e intrínseca, por lesión primaria del disco germinativo.

CASO CLÍNICO: Paciente de 25 años, primigesta, con embarazo de 25.1 semanas, que acudió a urgencias obstétricas por pérdidas transvaginales y fue diagnosticada con ruptura prematura de membranas pretérmino, sin modificaciones cervicales. Inició control prenatal en el segundo trimestre, con dos consultas y un ultrasonido a las 14 semanas sin alteraciones. Negó tabaquismo, drogas, traumatismo abdominal y procedimientos invasivos; refirió infección urinaria durante la gestación. La curva de tolerancia oral a la glucosa estuvo alterada. Los laboratorios reportaron leucocitos $12.6 \times 10^3/\mu\text{l}$, hemoglobina 13.8 g/dL, hematocrito 41.1%, plaquetas $310 \times 10^3/\mu\text{l}$, glucosa 101 mg/dL, creatinina 0.3 mg/dL, tp 16.8 s, ttpa 30.2 s e inr 1.46. En ultrasonidos a las 25.5 semanas se identificaron una 6.5 cm, defecto de pared abdominal con exteriorización de asas intestinales e hígado, bandas amnióticas, ausencia de miembro pélvico izquierdo y simbraquidactilia derecha. Se realizó cesárea; el recién nacido nació sin signos vitales, con gastrosquisis, ausencia de extremidad inferior izquierda y simbraquidactilia.

CONCLUSIÓN: El síndrome de bridas amnióticas es un trastorno congénito infrecuente que puede causar constricciones, amputaciones, defectos de pared abdominal y malformaciones craneofaciales o viscerales. El diagnóstico ecográfico precoz permite determinar su extensión, orientar el asesoramiento, vigilancia y tratamiento perinatal, y valorar intervenciones fetales seleccionadas cuando son posibles de forma oportuna.

Leptospirosis en el embarazo: del síndrome febril

ALMA ELVIRA JACOME CORDOBA, SONIA ALICIA MUÑOZ MACÍAS, AMAIRANI GUADALUPE DE LA CRUZ CANTOR, LINDA ESTEFANY GARCÍA VALDÉZ

ANTECEDENTES: La leptospirosis durante el embarazo es una zoonosis infrecuente, de presentación inespecífica y potencial de progresión a enfermedad multiorgánica. El síndrome de Weil constituye una forma grave caracterizada por afectación hepática, hematológica y sistémica, cuyo diagnóstico puede ser desafiante por su similitud con otras enfermedades febriles.

CASO CLÍNICO: Paciente de 38 años, g6c2a3, embarazo de 28.2 semanas, diabetes gestacional, antecedente de pérdidas gestacionales y miomatosis uterina. Como factor epidemiológico, se desempeñaba como cirujano dentista en un centro de salud ubicado en una zona con plaga de roedores. Inició padecimiento con fiebre hasta 39.2 °C, escalofríos, cefalea, mialgias, artralgias y dolor retroocular, considerado caso probable de dengue con signos de alarma. Posteriormente tuvo epistaxis, hematuria y disuria. Durante la evolución desarrolló trombocitopenia hasta 27,000/μl, hiperbilirrubinemia directa, elevación de transaminasas y dhl, anemia y alteraciones hidroelectrolíticas, con deterioro sistémico que requirió tratamiento especializado. La imagen mostró hepatomegalia, lodo biliar, derrame pleural y líquido libre. La función renal permaneció conservada. Ante la persistencia del cuadro y el antecedente de exposición a roedores, se solicitó serología para leptospira, con IgM e IgG positivas, estableciéndose el diagnóstico de síndrome de weil asociado a leptospirosis. La paciente tuvo recuperación clínica progresiva y bioquímica, con normalización de plaquetas y descenso de bilirrubinas y transaminasas.

CONCLUSIÓN: La leptospirosis debe considerarse en el diagnóstico diferencial de síndrome febril durante el embarazo, especialmente ante exposición a roedores y datos de afección hepá-

tica y hematológica. El reconocimiento temprano puede modificar el pronóstico materno-fetal.

Cirugía control de daños y hemorragia obstétrica

MAYELI CARPIO GRANILLO, JAIME IVÁN RAMÍREZ QUINTERO, HUBER BEYZA SUAZO

ANTECEDENTES: La hemorragia obstétrica masiva constituye una importante causa de muerte materna en México. Las pérdidas sanguíneas graves favorecen el desarrollo del «diamante de la muerte»: acidosis, coagulopatía, hipotermia e hipocalcemia. La cirugía de control de daños busca detener temporalmente la hemorragia y corregir las alteraciones fisiológicas mediante tres etapas: control inicial y empaquetamiento abdominal (etapa i), restauración fisiológica en cuidados intensivos (etapa ii) y reoperación para tratamiento definitivo (etapa iii).

MÉTODO: Reconocer la efectividad de la cirugía de control de daños, enfocándonos en la importancia de cada etapa y su relación con la disminución de la morbilidad materna en una paciente con diagnóstico de placenta acreta y hemorragia obstétrica masiva. La hemorragia obstétrica masiva representa una emergencia de alta morbilidad, especialmente asociada a anomalías de la inserción placentaria, como placenta previa y acretismo. La cirugía de control de daños ha evolucionado como estrategia efectiva ante la hemorragia masiva. Este reporte de caso presenta su aplicación y efectividad en una paciente con placenta acreta y hemorragia transoperatoria masiva, destacando la importancia de las etapas descritas en la cirugía de control de daños con las cuales se obtuvo la estabilización materna.

CONCLUSIÓN: La cirugía de control de daños transforma el tratamiento de la hemorragia obstétrica masiva al priorizar el control inicial del sangrado y la estabilización hemodinámica. Permite ganar tiempo para corregir la coagulopatía y las alteraciones metabólicas antes del



tratamiento definitivo. Por lo que optimizar estas estrategias representa una prioridad.

Retención urinaria posparto y proteinuria

PAMELA MONSERRAT VIDALES HIGUERA, MARÍANA HERNÁNDEZ ROJAS, EVA ELIZABETH CAMARENA PULIDO

ANTECEDENTES: La retención urinaria posparto persistente y la proteinuria en rango nefrótico en el puerperio son complicaciones atípicas que exigen diagnóstico diferencial frente a secuelas obstétricas o trastornos hipertensivos. Su coexistencia es inusual y requiere atención multidisciplinaria. Se presenta el caso de una puerpera con parto eutócico que desarrolló ambas condiciones, confirmándose por histopatología renal una esclerosis focal y segmentaria, así como una disfunción vesical persistente documentada mediante estudio urodinámico.

CASO CLÍNICO: Paciente de 28 años (g2 a1p1) en el puerperio que reingresó por retención aguda de orina y lesión renal aguda (creatinina 1.52 mg/dL). Evolucionó con proteinuria nefrótica (6,315 mg/24 h) sin hipertensión. La biopsia renal reveló esclerosis focal y segmentaria variante de la punta, logrando remisión completa después de iniciar la prednisona (proteinuria 161 mg/24 h, creatinina 0.70 mg/dL). La urodinamia demostró vejiga neurogénica de baja presión; la paciente continúa sin micciones espontáneas, manteniendo la evacuación vesical exclusivamente mediante cateterismo limpio intermitente y betanecol. La retención urinaria posparto persistente es infrecuente; la urodinamia confirmó vejiga neurogénica de baja presión, requiriendo cateterismo intermitente. Paralelamente, la proteinuria nefrótica exigió diferenciar de preeclampsia; la biopsia renal identificó esclerosis focal y segmentaria, explicando la rápida remisión bioquímica con prednisona. La coexistencia de ambas afecciones es inusual y exige abordarse como patologías independientes mediante un enfoque multidisciplinario (ginecología, urología y nefrología) para

preservar la función renal y la dinámica vesical.

CONCLUSIÓN: Ante la persistencia de retención urinaria o proteinuria en el puerperio, resulta prioritario trascender las patologías obstétricas convencionales. Lo ideal es establecer una atención multidisciplinaria para optimizar el pronóstico de la paciente, fomentar el apoyo diagnóstico con la finalidad de prevenir secuelas funcionales renales y vesicales.

Síndrome de hiperestimulación ovárica

SONIA ALICIA MUÑOZ MACÍAS, AMAIRANI GUADALUPE DE LA CRUZ CANTOR, ALMA ELVIRA JACOME CORDOBA, LINDA ESTEFANY GARCÍA VALDÉZ

ANTECEDENTES: El síndrome de hiperestimulación ovárica (sho) es una complicación potencialmente grave de la estimulación ovárica controlada, caracterizada por aumento de la permeabilidad vascular, tercer espacio, hemoconcentración y alteraciones hidroelectrolíticas. Su reconocimiento oportuno es fundamental para prevenir complicaciones tromboembólicas y respiratorias.

CASO CLÍNICO: Paciente de 35 años con síndrome ovárico poliquístico, diabetes mellitus tipo 2 y adenoma hipofisiario, sometida a fertilización in vitro. Recibió 5,000 ui de hcg como desencadenante y posteriormente aspiración folicular. Horas después tuvo dolor abdominal generalizado, náuseas, vómito y progresión de la distensión abdominal. A la exploración destacó ascitis clínica, aumento ponderal de 10 kg y perímetro abdominal de 116 cm. Los estudios de imagen demostraron ovarios marcadamente aumentados de volumen, con múltiples estructuras quísticas, ascitis abundante y derrame pleural bilateral. Inicialmente tuvo hemoconcentración, con hemoglobina de 17.7 g/dL y hematocrito de 51.2%, además de hiponatremia y alteraciones hidroelectrolíticas. Debido a progresión clínica y riesgo de insuficiencia respiratoria y enfermedad tromboembólica, requirió ingreso a unidad de

cuidados intensivos. Se instauró tratamiento multidisciplinario con control estricto de líquidos, reposición hidroelectrolítica, diuréticos, albúmina, oxígeno suplementario y tromboprolifaxis farmacológica. Ante ascitis significativa y afectación respiratoria se practicó una paracentesis evacuadora, obteniéndose 2,000 mL de líquido serohemático, con mejoría clínica y respiratoria. Posteriormente tuvo recuperación progresiva de las alteraciones hidroelectrolíticas y de la función hepática.

CONCLUSIÓN: El síndrome de hiperestimulación ovárica grave requiere identificación temprana, estratificación de severidad y tratamiento multidisciplinario para prevenir complicaciones potencialmente mortales.

Diagnóstico prenatal de higroma quístico

CAROLINA YAÑEZ MORALES, PERLA MORALES HERRERA, CLAUDIA IVETH CASTAÑEDA ZEPEDA

ANTECEDENTES: Antecedentes heredofamiliares: diabetes mellitus por línea paterna, resto interrogado y negado antecedentes personales patológicos: interrogado y negado. Antecedentes personales no patológicos: interrogado y negado. Antecedente ginecológicos: menarca a los 13 años, ciclos menstruales regulares, 30x4, fecha de última menstruación 27/11/2025

CASO CLÍNICO: El higroma quístico es una malformación linfática congénita que suele identificarse durante las primeras etapas del embarazo y que se asocia con frecuencia a anomalías cromosómicas como las trisomías 21, 18 y 13, así como al síndrome de Turner y resultados perinatales adversos. En los casos asociados a cariotipo normal un 43% suele tener resolución espontánea. Se definió como una masa quística prominente, anecoica o hipoeicoica, tabicada o no tabicada (≥ 3 mm). se localiza típicamente en la región cervical (75–90 %); aproximadamente 20 % se presenta en las axilas, 5 % en el mediastino y en la región retroperitoneal, y también puede localizarse en la pared torácica. Producto

de presentación cefálica sexo masculino de 3020 gramos apgar 9-9 Capurro de 39 semanas nacido el día 13/08/2026 a las 9:28 horas con masa cervical probable higroma de aproximadamente de 12 cm en región cervical posterior

CONCLUSIÓN: El higroma quístico es una malformación linfática, que suele verse acompañada de alteraciones cromosómicas y alteraciones cardíacas, en algunos casos puede resolverse de manera espontánea. Sin embargo pueden presentarse sin factores de riesgo y cromosomopatías asociadas, por lo que el diagnóstico prenatal oportuno permite orientar el tratamiento multidisciplinario, brindar consejería genética y apoyar la toma de decisiones informadas por parte de la familia. Existen estudios para llegar al diagnóstico, entre los que destacan el ultrasonido estructural y pruebas genéticas (como la amniocentesis), las cuales nos permiten un diagnóstico oportuno para valorar o decidir la interrupción temprana de estos embarazos si este es el deseo materno; para ello es importante que se cuente con un equipo multidisciplinario que incluye: obstetra, asesores genéticos, pediatras, cardiólogos, cirujanos y trabajadores sociales para brindar información sobre la disponibilidad de atención intra hospitalaria ante este tipo de casos.

Hemorragia obstétrica secundaria a historrrafia

DANIELA PASTOR BIERA, ROGELIO CASTILLO LUNA

ANTECEDENTES: Las alteraciones de la cicatriz uterina posterior a una cesárea pueden manifestarse durante un embarazo subsecuente y permanecer silentes hasta el trabajo de parto o puerperio. Es de gran importancia identificarlas debido al alto riesgo de hemorragia obstétrica.

CASO CLÍNICO: Se trata de un reporte de caso documentado mediante expediente clínico y fotografía clínica con previa autorización de la paciente y un testigo familiar.

Resolución favorable para la vida de la paciente



al identificar la complicación obstétrica en un tiempo prudente para resolución quirúrgica evitando la mortalidad materna.

CONCLUSIÓN: La identificación de complicaciones hemorrágicas obstétricas debe ser sistemática, existen herramientas para valorar si una prueba de parto después de una cesárea es viable pero deben usarse con cautela por evidencia limitada.

Ruptura espontánea de hematoma subcapsular hepático

VIANNEY MARTÍNEZ BECERRIL, JESICA RUBÍ FUERTE FERREYRA, ANDREA GUADALUPE BARRERA GARCÍA, GERARDO EDU CASTILLO LÓPEZ, KARLA ANDREA CARRILLO SÁNCHEZ

ANTECEDENTES: El hemangioma hepático es la neoplasia vascular benigna más frecuente del hígado y habitualmente permanece asintomático. Su ruptura durante el embarazo es infrecuente, pero constituye una complicación potencialmente mortal por el riesgo de hemoperitoneo y choque hemorrágico. Los cambios hormonales y mecánicos propios de la gestación se han propuesto como factores que pueden favorecer el crecimiento y ruptura de estas lesiones.

CASO CLÍNICO: Se realizó un reporte de caso clínico mediante revisión retrospectiva del expediente médico, recopilando datos clínicos, estudios de laboratorio e imagen, hallazgos quirúrgicos, resultado histopatológico y seguimiento materno-fetal. Se complementó con una revisión de la bibliografía en PubMed mediante términos mesh: hemangioma, hepatic; hematoma; pregnancy; hemoperitoneum y spontaneous rupture, para contextualizar la presentación, diagnóstico, tratamiento y evolución del caso. Se logró el control de la hemorragia mediante empaquetamiento perihepático, sin evidencia de sangrado activo durante la reintervención a las 48 horas. El estudio histopatológico reportó neoplasia vascular benigna compatible con hemangioma hepático. La paciente tuvo evolución clínica favorable y se dio de alta al día 12. El seguimiento

por imagen mostró resolución prácticamente completa del hematoma. A los 12 meses, madre e hijo permanecían en buen estado clínico, sin recurrencia ni complicaciones.

CONCLUSIÓN: La ruptura de un hematoma subcapsular hepático asociado a hemangioma durante el embarazo es una complicación infrecuente y potencialmente mortal, reiterando el reconocimiento oportuno de la hemorragia intraabdominal y el tratamiento multidisciplinario para favorecer un desenlace materno-fetal satisfactorio.

Tromboembolismo pulmonar y neumotórax en el puerperio

ALEJANDRA ROMERO ZERMEÑO, JUAN ALBERTO REYES PERALES

ANTECEDENTES: El puerperio incrementa el riesgo de tromboembolismo venoso. El deterioro respiratorio agudo exige integrar hallazgos clínicos y de imagen. La aparición de neumotórax durante la ventilación mecánica invasiva añade complejidad diagnóstica y terapéutica en una paciente obstétrica críticamente enferma. La relevancia del caso radica en describir una secuencia clínica que requirió anticoagulación, soporte respiratorio y una intervención pleural durante la estancia en cuidados intensivos.

CASO CLÍNICO: Paciente de 20 años con preeclampsia tuvo disnea e hipoxemia poscesárea, requiriendo intubación. Ante sospecha de tromboembolismo pulmonar se inició anticoagulación. La angiotomografía confirmó embolismo segmentario, consolidación y atelectasias. Durante la ventilación mecánica desarrolló neumotórax que requirió drenaje pleural. El tratamiento multidisciplinario incluyó anticoagulación y soporte ventilatorio. Evolucionó con resolución del neumotórax, retiro de ventilación invasiva y transición a rivaroxabán. Egresó de cuidados intensivos a hospitalización, estable y con continuidad del tratamiento anticoagulante.

CONCLUSIÓN: El tromboembolismo pulmonar y la aparición posterior de neumotórax hicieron más complejo el tratamiento puerperal. Su desarrollo durante la ventilación sugiere barotrauma, sin demostrar causalidad. La atención multidisciplinaria con anticoagulación, soporte ventilatorio y drenaje pleural se acompañó de recuperación respiratoria y egreso de cuidados intensivos.

Hematoma infundibulopélvico con extensión retroper

ANDREA MARTÍNEZ RIQUELME, ALEJANDRO ROBERTO PLIEGO PÉREZ

ANTECEDENTES: El hematoma infundibulopélvico es una complicación hemorrágica puerperal infrecuente y potencialmente grave del parto si es inadvertida. Puede originarse por lesión de vasos pélvicos durante el trabajo de parto o el nacimiento y extenderse a través de los espacios retroperitoneales, incluso en ausencia de sangrado transvaginal significativo. Su presentación clínica puede ser inespecífica, predominando el dolor abdominal o pélvico, anemia, en casos graves, inestabilidad hemodinámica. Debido a su localización, el sangrado puede permanecer oculto y retrasar el diagnóstico, por lo que los estudios de imagen permiten establecer la localización y extensión. Mientras que el tratamiento depende de la estabilidad hemodinámica de la paciente, el sangrado activo y evolución clínica.

CASO CLÍNICO: Paciente de 33 años, G5P4, con embarazo de 37.6 semanas, trombocitopenia gestacional y trabajo de parto en fase latente, que acudió por actividad uterina irregular para la resolución del embarazo. Durante el puerperio posparto presentó dolor que no disminuyó después de la administración de medicamentos, sin otras alteraciones clínicas. Se solicitó una biometría hemática, que evidenció anemia y descenso de la hemoglobina respecto al ingreso. Ante la persistencia del dolor pese a la analgesia, con intensidad de 7/10, predominio en la fosa iliaca derecha e

irradiación a la fosa renal en hemicinturón derecho, se solicitó una resonancia magnética. Esta mostró un hematoma retroperitoneal de 19.7 cm, con volumen estimado de 784 cm³. Se realizó laparotomía exploradora, evacuación del hematoma y hemostasia, sin complicaciones.

CONCLUSIÓN: El hematoma infundibulopélvico con extensión retroperitoneal es una complicación infrecuente pero potencialmente grave, que puede presentarse incluso después de un parto aparentemente no complicado. El dolor abdominal persistente y los datos de pérdida sanguínea discordantes con el sangrado transvaginal obligan a sospechar una hemorragia oculta. Los estudios de imagen son fundamentales para determinar la localización y extensión del hematoma y orientar la conducta terapéutica. El tratamiento debe individualizarse de acuerdo con la estabilidad hemodinámica y la evidencia de sangrado persistente, e incluir tratamiento conservador, embolización arterial o intervención quirúrgica.

Persistencia de enfermedad trofoblástica posterior

ANA ROSA MARRERO LUJÁN, YAMILE MICHAEL MALDONADO SERRANO, YAZMIN ALEJANDRA BEJARANO TRUJILLO

ANTECEDENTES: La enfermedad trofoblástica gestacional comprende afecciones derivadas de proliferación anormal del trofoblasto, desde la mola hidatiforme hasta formas malignas. La mola completa suele ser diploide y presenta mayor riesgo de enfermedad persistente que la parcial, generalmente triploide. El sangrado vaginal es la manifestación más frecuente y la ecografía apoya el diagnóstico. La aspiración uterina es el tratamiento de elección. El seguimiento requiere determinaciones seriadas de β -hCG hasta su negativización, identificando meseta, incremento o persistencia como criterios de neoplasia trofoblástica gestacional.

CASO CLÍNICO: Paciente de 30 años con embarazo molar de 8 semanas, β -hCG inicial de



248,533 MU/mL y ultrasonido sugerente de mola completa. Se realizó ameu, con persistencia y posterior incremento de β -hCG, requiriendo múltiples evacuaciones. La histopatología confirmó la mola hidatiforme completa. Ante persistencia de β -hCG elevada y hallazgos imagenológicos sugerentes de enfermedad residual, se realizó histerectomía total abdominal, salpingectomía bilateral y quistectomía derecha. Histopatología evidenció invasión miometrial por sincitiotrofoblasto sin vellosidades coriales. La β -hCH se negativizó durante el seguimiento. La enfermedad trofoblástica gestacional puede persistir e invadir el miometrio, progresando a neoplasia trofoblástica gestacional. La paciente tuvo grupo sanguíneo A positivo, descrito como factor epidemiológico asociado a mola hidatiforme, y una β -hCG inicial de 248,533 mUI/mL, relacionada con mayor riesgo de persistencia. La elevación sostenida de β -hCG permitió identificar la enfermedad persistente, pese a múltiples evacuaciones y establecer tratamiento definitivo. Su posterior descenso hasta negativización confirmó respuesta terapéutica. El caso destaca la importancia del seguimiento seriado de β -hCG para detectar oportunamente persistencia o avance.

CONCLUSIÓN: El seguimiento seriado de β -hCG es fundamental para detectar la persistencia o evolución de la enfermedad trofoblástica gestacional. Ante el descenso inadecuado, meseta o elevación, se requiere la reevaluación integral y referencia oportuna. El diagnóstico temprano y tratamiento individualizado permiten disminuir el riesgo de progresión y favorecer el control de la enfermedad.

Epidermólisis bullosa durante el embarazo

XAMA ANDREA LARA MARTÍN, IRAIN GUADALUPE MEDEL GALICIA

Hospital de Especialidades Belisario Domínguez, Ciudad de México

ANTECEDENTES: La epidermólisis bullosa com-

prende un grupo heterogéneo de enfermedades hereditarias caracterizadas por una marcada fragilidad cutánea que afecta piel y mucosas, lo que provoca formación de ampollas de forma espontánea o en respuesta a traumatismos mínimos, es considerada una enfermedad poco frecuente consecuencia de una producción anormal de colágeno tipo vii. No existe información suficiente durante el embarazo ni cura definitiva. La atención médica requiere un equipo multidisciplinario y medidas específicas.

CASO CLÍNICO: Paciente embarazada con epidermolisis bullosa, atendida en el Hospital de Especialidades Belisario Domínguez de la Ciudad de México. Con un seguimiento del binomio de forma continua durante su estancia en la unidad hospitalaria, donde se indicó tratamiento multidisciplinario, implementando medidas para minimizar la fricción y el traumatismo cutáneo, así como estrategias individualizadas para hicieron: los procedimientos obstétricos y anestésicos oportunos. Durante su estancia hospitalaria se documentó la evolución clínica materna y fetal, identificando las principales dificultades relacionadas con la fragilidad cutánea y el riesgo de aparición de nuevas lesiones. Se implementaron medidas preventivas con vigilancia estrecha del bienestar materno-fetal. Durante el trabajo de parto y a la monitorización continua de la frecuencia cardíaca fetal se evidencia la taquicardia fetal, con registro categoría ii según la acog, se decide interrupción del embarazo vía abdominal. La evolución final fue favorable se obtiene recién nacido masculino de 2925 gr, talla 51 cm, apgar 8/9, Capurro 41 semanas de gestación y líquido meconial +++/+++ con evidencia de lesiones bullosas en encía superior, tórax superior, eritema y edema en ambos labios, ambos pies con lesión tipo descamativa.

CONCLUSIÓN: La epidermolisis bullosa es una entidad compleja, en la actualidad no existe una cura definitiva al tratarse de una enfermedad recesiva poco conocida, sin embargo; el tratamiento está enfocado en controlar los síntomas característicos de la enfermedad y dar

soporte a los mismos, no existe información que contraindique la gestación en mujeres fértiles, siempre y cuando lleven un control prenatal multidisciplinario iniciado de forma temprana y adecuadamente, con la finalidad de aumento en la morbilidad materno-fetal.

Embarazo alto riesgo taquicardia supraventricular

LINDA ESTEFANY GARCÍA VALDEZ, SONIA ALICIA MUÑOZ MACIAS, ALMA ELVIRA JACOME CÓRDOBA, AMAIRANI GUADALUPE DE LA CRUZ CANTOR

ANTECEDENTES: Diagnóstico de taquicardia ventricular fascicular a los 15 años en tratamiento con verapamilo 80 mg cada 12 horas, ajustado en octubre 2025 con metoprolol 25 mg cada 12 horas, tratamiento invasivo con ablación con radiofrecuencia en 6 ocasiones y 5 cateterismos.

CASO CLÍNICO: En la semana 15.3 enviada por servicio de cardiología quienes modifican tratamiento previo con verapamilo por metoprolol 25 mg cada 24 horas y posteriormente referida a perinatología. Primer episodio. 23.10.2025 hospitalizada en ISSSTE Teziutlán por taquicardia con tratamiento médico siendo egresada, siguiente episodio de taquicardia el segundo episodio. 09.11.2025 de hasta 212 lpm que duró 35 minutos y remitió con metoprolol. Tercer episodio el 16.01.2026 iniciando a las 10:00 horas con astenia, adinamia, disnea, con toma de signos vitales con frecuencia cardiaca de hasta 174 lpm, con ingesta de metoprolol 50 mg dosis única sin mejoría, acude a ISSSTE Teziutlán se documenta taquicardia de qrs estrecho con morfología de bloqueo de rama derecha compatible con taquicardia fascicular, se aplicó 6 mg de adenosina sin mejoría, posteriormente con aumento de frecuencia cardiaca a 180 lpm, a las 17:15 horas con ingesta de verapamil 80 mg con remisión de taquicardia a los 45 minutos a 89 lpm. Se inició la maduración pulmonar el 18.03.26 a las 07:00 horas y se mantiene en hospitalización hasta resolución obstétrica programada el día

25.03.26 con embarazo de 35.1 semanas de gestación bajo anestesia general se obtiene recién nacido sexo masculino, el 25.03.26 a las 15:56 horas, peso 2270 gramos, apgar 7/9, Capurro 36 semanas, Silverman Anderson 1.

CONCLUSIÓN: La taquicardia supraventricular en el embarazo representa un reto diagnóstico y terapéutico, el tratamiento individualizado y multidisciplinario mejora el pronóstico materno fetal, la educación de la paciente, el ajuste farmacológico y la vigilancia continua son esenciales para un desenlace favorable.

Hígado graso agudo del embarazo

NAYETZIN Yael HORTIALES GUZMÁN, DIANA LAILA GARCÍA GARCÍA, ALFREDO RAMÍREZ MIRANDA, OLIVER ALDHAIR MIGUEL ESTRADA, KARINA PAISANO CERÓN

ANTECEDENTES: El hígado graso agudo del embarazo es una complicación obstétrica potencialmente mortal, caracterizada por esteatosis microvesicular hepatocitaria. Se presenta durante el tercer trimestre o puerperio y puede evolucionar a disfunción multiorgánica. Su incidencia se estima hasta 1:20000 embarazos. El diagnóstico representa un reto por la superposición con otros trastornos del embarazo. Se reporta una mortalidad de 18%.

CASO CLÍNICO: Paciente de 42 años, g6 p4 c2, referida en puerperio inmediato posterior a cesárea a las 34.1 semanas de gestación por muerte fetal intrauterina y preeclampsia con criterios de severidad. Ingresó a UCI con síndrome hepatorenal, ascitis a tensión, oliguria, coagulopatía e hiperbilirrubinemia. Reunió 7 criterios de Swansea y se descartaron otras causas. La biopsia hepática evidenció esteatosis microvesicular y colestasis. Recibió tratamiento multidisciplinario con albúmina, terlipresina, cefotaxima y paracentesis evacuadora de 4,500 mL, además de tratamiento de anemia y sangrado digestivo alto con transfusión y procedimiento endoscópico. Evolucionó favorablemente con recuperación renal y hepática sin requerir terapia



de reemplazo renal. Al egreso tuvo creatinina de 0.78 mg/dL, bilirrubina total de 6.7 mg/dL, ast y alt de 69 y 43 u/L, con ascitis en mejoría.

CONCLUSIÓN: La identificación del deterioro hepatorenal, integración de criterios de swansea y la exclusión de diagnósticos diferenciales permitieron establecer el diagnóstico. El tratamiento multidisciplinario de las complicaciones resultó fundamental para lograr recuperación materna, incluso ante una presentación avanzada y con disfunción multiorgánica grave inicialmente establecida durante el puerperio inmediato.

Embarazo cornual: reto diagnóstico y terapéutico

KENIA HAYDEE ARELLANES VÁSQUEZ, ANDREA MARTÍNEZ RIQUELME, GRISELDA ROJAS MARTÍNEZ, ALEJANDRA E. RAMÍREZ MAGAÑA, EVELYN YUNNUEL RAMÍREZ CONSTANTINO

ANTECEDENTES: El embarazo cornual constituye una localización gestacional infrecuente asociada con anomalías uterinas congénitas. Su reconocimiento puede representar un reto diagnóstico debido a la variabilidad en la nomenclatura y a su posible confusión con el embarazo intersticial. El ultrasonido transvaginal constituye la herramienta inicial para establecer la localización gestacional; en casos seleccionados, el ultrasonido tridimensional o la resonancia magnética pueden complementar el diagnóstico. El diagnóstico oportuno es relevante debido al riesgo de ruptura y hemorragia potencialmente mortal, por lo que el tratamiento debe individualizarse de acuerdo con la localización, estabilidad hemodinámica, características de la gestación y deseo reproductivo.

CASO CLÍNICO: Paciente con embarazo ectópico y requerimiento de la precisión de la relación del saco gestacional con la cavidad endometrial y la anatomía uterina. La terminología debe emplearse cuidadosamente, embarazo cornual e intersticial no son sinónimos. El tratamiento debe individualizarse según la gestación, hemoperito-

neo, características de la gestación, fertilidad y estado hemodinámico de la paciente.

CONCLUSIÓN: El embarazo cornual representa un desafío diagnóstico y su baja frecuencia y heterogeneidad de la terminología utilizada en la bibliografía. El tratamiento debe individualizarse según las características de la paciente y el tratamiento farmacológico puede considerarse en pacientes seleccionadas.

Preeclampsia temprana a las 22 semanas de gestación

JESÚS RAZIEL GARCÍA SALDIVAR, ESPERANZA AGUILAR FUENTES, NIDIA MARISOL ROJAS PÉREZ

CASO CLÍNICO: Paciente de 21 años, primigesta, con 22.5 semanas de gestación y sin antecedentes patológicos ni factores clásicos para pe. Entre las 8 y 12 semanas tuvo fatiga, disnea y cefalea inespecíficas. Ingresó por edema de miembros pélvicos y cefalea frontal. Se observa el desenlace de la enfermedad de preeclampsia con un antecedente de importancia y laboratoriales que relacionados con la clínica implican asociación entre ambas.

CONCLUSIÓN: Muestra una presentación atípica y agresiva de preeclampsia temprana antes de las 24 semanas, temporalmente asociada con infección por cmv y un probable componente inflamatorio sistémico. La asociación descrita entre cmv y pe plantea la necesidad de continuar investigando mecanismos inmunoinflamatorios y posibles estrategias de identificación temprana de pacientes en riesgo.

Comportamiento epidemiológico y dinámica temporal

ALEJANDRO LENIN VILLALOBOS RODRÍGUEZ, JAROL LIZANDRO PAT GÓNGORA, ANA RUBÍ POOT POOT, MAXIMILIANO RIVERA VARGAS
Hospital General IMSS-BIENESTAR de Playa del Carmen, Quintana Roo.

ANTECEDENTES: El embarazo en la adolescente

sigue siendo un problema relevante de salud pública en México, asociado con riesgos obstétricos, abandono escolar y pobreza. Su origen es multifactorial e incluye determinantes sociales, económicos, educativos y de acceso a servicios. Aun cuando existen estrategias nacionales como ENAPEA y GIPEA, persisten brechas en anticoncepción y educación sexual. En Quintana Roo, el análisis local permite caracterizar la demanda hospitalaria y orientar intervenciones preventivas, clínicas y sociales para adolescentes embarazadas en contextos específicos de atención de segundo nivel.

MÉTODO: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo, basado en registros institucionales del Hospital IMSS-BIENESTAR de Playa del Carmen, Quintana Roo, correspondientes al periodo de enero a agosto de 2025. Se realizó un censo retrospectivo de los registros de pacientes embarazadas atendidas en consulta, identificando el subconjunto de adolescentes de 17 años o menos. Las variables analizadas incluyeron mes de atención, edad materna y frecuencia mensual. Los datos fueron organizados en tablas y analizados mediante estadística descriptiva, con frecuencias absolutas y porcentajes.

RESULTADOS: Se registraron 6,162 consultas válidas de embarazadas. El subconjunto de adolescentes de 17 años o menos retuvo entre 3.2 % y 6.4 % mensual. Predominaron las edades de 15 y 16 años, con promedio de 15.9 años. La edad de 16 años fue predominante en seis de ocho meses, con máximo en abril. Las adolescentes de 14 años o menos fueron menos frecuentes, pero constantes. El mayor volumen ocurrió en junio y agosto.

CONCLUSIÓN: En este hospital de segundo nivel, las consultas por embarazo adolescente fueron sostenidas, con predominio en adolescentes de 15 y 16 años. La atención constante en menores de 14 años representa un hallazgo relevante por su vulnerabilidad. Los resultados orientan estrategias preventivas y deben interpretarse como demanda hospitalaria, no incidencia poblacional.

Vitamina D en el embarazo: de la evidencia a la...

ENRIQUE REYES MUÑOZ, JORGE SÁNCHEZ VARELA, DIANA ESTEFANIA ARELLANO CHACÓN, ARIADNA BELÉN ORTEGA SUÁREZ, ALICIA ESPARZA GUZMÁN

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

ANTECEDENTES: La vitamina D es una hormona esteroidea producida principalmente en la piel por exposición solar. Su deficiencia e insuficiencia se han asociado con resultados perinatales adversos. La concentración sérica de 25-hidroxivitamina D es la determinación de mayor uso en la práctica clínica.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de búsqueda bibliográfica estructurada en PubMed de los últimos 10 años, incluyendo ensayos clínicos aleatorizados, revisiones sistemáticas con o sin metaanálisis y guías de práctica clínica. Se utilizaron los términos mesh "vitamin D supplementation", "vitamin D", "pregnancy", "pregnancy outcomes", "preeclampsia" y "gestational diabetes". Tres revisores hicieron:ron la identificación y depuración de los estudios.

RESULTADOS: La deficiencia de vitamina D se asoció con mayor riesgo expresado como OR e (IC95%) de aborto espontáneo; 2.02 (1.37-2.98), preeclampsia; 1.58 (1.39-1.79) y diabetes gestacional OR 1.38 (1.22-1.57). La suplementación con vitamina D3 mostró mayor beneficio expresado como RR (IC95%) en preeclampsia: 0.62 (0.56-0.69), diabetes gestacional 0.68 (0.53-0.88) y nacimiento pretérmino 0.28 (0.15-0.53). No hubo beneficios en aborto espontáneo. Se recomienda suplementar a embarazadas con deficiencia o insuficiencia desde el primer trimestre o etapa pregestacional, con 2,000 a 4,000 UI/día.

CONCLUSIÓN: La suplementación con vitamina D3 a pacientes con deficiencia o insuficiencia disminuye en 38% el riesgo de



preeclampsia; en 32% el de diabetes gestacional; y en 72% el de nacimiento pretérmino. No hay evidencia de beneficio en aborto espontáneo. La suplementación con vitamina d en el embarazo debe individualizarse según el contexto clínico y el riesgo de deficiencia.

Frecuencia hospitalaria de embarazo ectópico

GLORIA ABRIL SERRANO LÓPEZ VALDEZ, DULCE LIRIO CANO MARTÍNEZ, JESICA TAPIA RAMÍREZ, JUDIT HADASSA RAMÍREZ NEGRETE

ANTECEDENTES: El embarazo ectópico constituye una urgencia gineco-obstétrica relevante y una causa importante de morbilidad materna durante el primer trimestre. En México, la bibliografía reporta una prevalencia aproximada de 0.20-.5%, con evidencia institucional limitada y heterogénea

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal, con diseño censal. Se analizaron 3,724 embarazos confirmados. Los casos de embarazo ectópico fueron identificados mediante registros clínicos, ultrasonográficos o quirúrgicos. Se calculó prevalencia e intervalo de confianza al 95%.

RESULTADOS: Se identificaron 87 casos de embarazo ectópico, con prevalencia hospitalaria de 2.34% (IC95%: 1.89-2.86%). La edad media fue de 31.14 ± 6.39 años; el grupo de 30-34 años concentró 32.2% de los casos. Se registraron 12 casos en 2020, 6 en 2021, 11 en 2022, 22 en 2023, 15 en 2024 y 21 en 2025. La laparotomía fue el tratamiento quirúrgico más frecuente (54%). La prevalencia observada fue 4.67 veces mayor que la referencia nacional de 0.5%.

CONCLUSIÓN: La frecuencia hospitalaria de embarazo ectópico fue superior a la descrita a nivel nacional, lo que evidencia una importante carga asistencial en este hospital de referencia y sustenta la necesidad de mantener vigilancia epidemiológica y fortalecer las estrategias de diagnóstico oportuno.

Cerclaje de emergencia: Experiencias y desenlaces

JUÁREZ MÉNDEZ MARÍA FERNANDA, GODÍNEZ MEDINA ANDREA, LUMBRERAS MÁRQUEZ MARIO ISAAC, RODRÍGUEZ BOSCH MARIO ROBERTO, ORTEGA CASTILLO VERÓNICA DE JESÚS

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

ANTECEDENTES: La insuficiencia ístmico cervical representa una entidad de relevancia en el ámbito de pérdida gestacional y del parto pretérmino. En pacientes con dilatación cervical y membranas expuestas, el cerclaje cervical de emergencia es una estrategia destinada a prolongar la gestación y mejorar los desenlaces perinatales. Diversos estudios sugieren beneficios en la latencia gestacional y supervivencia neonatal, los resultados reportados son heterogéneos, por lo que la caracterización de los desenlaces obstétricos y perinatales en diferentes poblaciones continúa siendo relevante.

METODOLOGÍA: Estudio observacional, retrospectivo y transversal, hicieron:do en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (2017-2026) en donde se incluyeron embarazos únicos y gemelares a los que se les colocó cerclaje cervical de emergencia, se excluyeron aquellos con información clínica incompleta. Se revisó el expediente clínico electrónico y los datos se almacenaron en redcap, se evaluaron características maternas, técnica quirúrgica, latencia gestacional y desenlaces obstétricos y perinatales. Las variables continuas se presentan como media $\pm$ de o mediana (RIC); las categóricas como frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS: Se incluyeron 69 pacientes; 92.8% con embarazos únicos, en donde: las semanas de embarazo al diagnóstico fue 22.0 ± 2.7 semanas, con dilatación cervical mediana de 2 cm (RIC 1-3) y membranas protruyendo más allá del orificio cervical externo en 33.3%.

El cerclaje se colocó a las 22.4 ± 2.5 semanas, con éxito técnico del 100%. La latencia hasta el nacimiento fue 87 días (RIC 60-110), con semanas de embarazo al nacimiento de 34.6 ± 4.8 semanas e ingreso a ucín en 17.4%. El 69.6% nació ≥ 34 semanas, con apgar 5' ≥ 7 en 89.9% y supervivencia neonatal de 94.2%.

CONCLUSIÓN: El cerclaje cervical de urgencia se asoció con una prolongación clínicamente relevante de la gestación, incluso en pacientes con dilatación cervical y membranas expuestas. La latencia alcanzada y la semanas de embarazo al nacimiento sugieren que, en pacientes adecuadamente seleccionadas, esta intervención puede contribuir a disminuir la prematuridad extrema y mejorar el pronóstico perinatal.

Embarazo ectópico en cicatriz de cesárea previa

JOSÉ EDUARDO PACHECO JIMÉNEZ, DIANA LAURA RODRÍGUEZ MURILLO, ISELA JULIANA BARRITA DOMÍNGUEZ, DANNIELA NIEBLA CÁRDENAS, LIZETTE MANZO CARRILLO

Hospital General Manuel Gea González, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: El embarazo en cicatriz de cesárea es una forma de embarazo ectópico cuya incidencia ha aumentado. Se clasifica ecográficamente en tres tipos y carece de un tratamiento estandarizado. Las opciones terapéuticas incluyen metotrexato, embolización arterial y diversas técnicas quirúrgicas. Se desaconseja el tratamiento expectante por el riesgo de hemorragia, rotura uterina e histerectomía. La elección del tratamiento depende de la viabilidad embrionaria, semanas de embarazo, grosor miometrial, vascularidad, clasificación anatómica y recursos institucionales disponibles.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de tres casos clínicos de embarazos ectópicos en cicatriz de cesárea previa en un hospital de segundo nivel de la Ciudad

de México. Se cotejó la información de cada caso en su expediente clínico y se recopilaron las siguientes variables: clínica al momento del diagnóstico (síntomatología, inicio de padecimiento, antecedentes y su evolución), semanas de gestación al momento del diagnóstico, hallazgos ultrasonográficos, tratamiento médico-quirúrgico y desenlace de cada caso.

RESULTADOS: Se describieron tres casos de embarazo ectópico en cicatriz de cesárea, con edades gestacionales entre 5.3 y 8.2 semanas. Dos pacientes tuvieron sangrado transvaginal sin dolor y evolucionaron favorablemente después del metotrexato seguido de resectoscopia o histerectomía laparoscópica. La tercera paciente, inicialmente diagnosticada como aborto incompleto, tuvo embarazo ectópico roto durante el tratamiento quirúrgico, requiriendo histerectomía subtotal y cuidados intensivos, con estancia hospitalaria prolongada y secuelas neurológicas graves secundarias a encefalopatía hipóxico-isquémica.

CONCLUSIÓN: El embarazo ectópico en cicatriz de cesárea representa un alto riesgo materno por sus complicaciones hemorrágicas y quirúrgicas. El diagnóstico temprano mediante ultrasonido transvaginal y doppler permite estratificar el riesgo. El tratamiento debe individualizarse según las características ultrasonográficas, la condición clínica, el deseo reproductivo y la experiencia del equipo médico.

Parto después de cesárea: prevalencia

ANÍBAL ELADIO GARCÍA GRACIA, EUNICE HELVIA RODRÍGUEZ AYALA

Instituto Mexicano del Seguro Social.

ANTECEDENTES: La OMS sugiere una tasa de cesáreas del 10-15%, pero en México supera el 46%. El parto vaginal después de cesárea (pvdc) disminuye la morbilidad de la cirugía iterativa. A nivel global, el éxito esperado de la prueba de labor oscila entre 60% y 80% en



pacientes seleccionadas. Estimar las estadísticas locales permite identificar barreras clínicas, optimizar los protocolos operativos de inducción en úteros con cicatriz previa y coadyuvar en la reducción de procedimientos quirúrgicos innecesarios en la institución.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio transversal, retrospectivo y analítico. Se evaluó una muestra de 260 pacientes multigestas con antecedente de una cesárea previa, embarazo a término y periodo intergenésico mayor a 18 meses. Se excluyeron gestaciones múltiples, pretérminos y pacientes con dos o más cesáreas. Los datos obtenidos mediante expediente electrónico se analizaron en spss v.26 utilizando estadística descriptiva, χ^2 y regresión logística multivariada. El protocolo fue aprobado por el comité local de investigación 801.

RESULTADOS: La prevalencia de cesárea repetitiva fue del 76% (n=198) frente al 24% (n=62) de partos vaginales. El 100% de los partos consolidados cursaron sin complicaciones. En el grupo quirúrgico, la principal indicación fue el cuello uterino no favorable (24%), seguido de pérdida del bienestar fetal (15%) y macrosomía (14%). Hubo 2% de rupturas uterinas. El análisis multivariado determinó que las complicaciones obstétricas fueron el único predictor definitivo para normar la conducta quirúrgica (OR: 100, $p < 0.001$).

CONCLUSIÓN: La prevalencia de parto vaginal después de cesárea (24%) es baja respecto de estándares internacionales. La resolución quirúrgica predomina en la unidad hospitalaria, determinada estrictamente por las complicaciones perinatales agudas y por la limitación clínica que representa el cuello uterino no favorable para la evolución del trabajo de parto.

Procedimientos quirúrgicos en acretismo placentario

ANA PAULINA VÁZQUEZ GUERRA, MARIO ROBERTO RODRÍGUEZ BOSCH, MARIO ISAAC LUMBRERAS MÁRQUEZ, SANDRA ACEVEDO GALLEGOS, YACKELINE PEQUEÑO NIÑO

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

ANTECEDENTES: El espectro de acretismo placentario se ha descrito como un grupo de trastornos que implican una invasión anormal del trofoblasto hacia el miometrio. Actualmente, la cesárea-histerectomía en un mismo acto quirúrgico es reconocida por la FIGO como el tratamiento quirúrgico de elección para pacientes con espectro de acretismo placentario. No obstante, su elevada complejidad quirúrgica se refleja en que hasta 6 de cada 10 pacientes requieren transfusión de cuatro o más concentrados eritrocitarios, con tasas de mortalidad de hasta 7%.

MATERIALES Y MÉTODOS: Cohorte retrospectiva de 315 pacientes con confirmación histopatológica (2017-2025). Los procedimientos fueron: 1) cesárea-histerectomía en un tiempo; 2) cesárea con metotrexato intraplacentario, embolización e histerectomía diferida; 3) cesárea con metotrexato e histerectomía diferida; y (iv) cesárea con histerectomía diferida. El desenlace primario fue transfusión de ≥ 4 concentrados eritrocitarios (CE). Los secundarios, hemorragia severa ($\geq 2,000$ mL), e ingreso a unidad de cuidados intensivos. Se estimaron riesgos relativos (RRS) crudos y ajustados (RRa) mediante modelos de poisson modificados con varianza robusta.

RESULTADOS: En el análisis ajustado, la cirugía 2 mostró estimación extremadamente baja de transfusión de ≥ 4 ce vs cirugía 1; (inestable, bajo n), mayor riesgo de lesión urinaria y reintervención. La cirugía 3 no redujo significativamente el desenlace primario, pero mostró menor riesgo de hemorragia aguda (arr 0.71; IC95%: 0.50-0.99) y menor ingreso a UCI (AAR 0.71; IC95%: 0.50-0.99). En el análisis restringido a FIGO 3, la reducción en hemorragia se mantuvo (Rra 0.68; IC95%: 0.47-0.98).

CONCLUSIÓN: Aun cuando la cirugía 2 tuvo una menor frecuencia de transfusión masiva, las estimaciones ajustadas resultaron inestables y se asociaron con un mayor riesgo de complicacio-

nes. La cirugía 3 se asoció con menor hemorragia severa y, en la cohorte completa, con menor ingreso a uci, sugiriendo un perfil perioperatorio potencialmente favorable.

Factores asociados con el fracaso del trabajo de parto

RUIZ CRUZ ILEANA, GÓMEZ ISLAS MARIEL, HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ NÉSTOR, LÓPEZ GRACIA HUGO
Hospital Regional Tlalnepantla, Estado de México.

ANTECEDENTES: El fracaso del trabajo de parto es un fenómeno multifactorial relacionado con características maternas, obstétricas y fetales, y constituye una causa frecuente de nacimiento por cesárea.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, de cohorte retrospectiva, hicieron:do del 1 de agosto al 21 de septiembre de 2026 en el hospital regional de tlalnepantla. Se incluyeron 79 pacientes con embarazo ≥ 37 semanas, feto vivo, presentación cefálica y sin contraindicación para el parto vaginal. Se analizaron edad materna, estatura, índice de masa corporal, paridad, semanas de embarazo, peso fetal/neonatal, duración del trabajo de parto y vía de nacimiento.

RESULTADOS: De las 79 pacientes, 59 (74.7%) tuvieron nacimiento por cesárea y 20 (25.3%) por parto. En el análisis se identificaron como variables relacionadas con distocia la edad materna avanzada, mayor estatura, mayor peso del recién nacido, menor paridad y mayor duración del trabajo de parto.

CONCLUSIÓN: El fracaso del trabajo de parto tiene un origen multifactorial. La valoración integral de factores maternos, obstétricos y fetales puede contribuir a una vigilancia individualizada y a la toma oportuna de decisiones durante el trabajo de parto.

Algoritmo years: diagnóstico de tep en el embarazo

KARLA ITZEL GÓMEZ OROZCO, ENRIQUE ORTEGA MENA,

NÉSTOR JESÚS HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ

Hospital Regional Tlalnepantla, Estado de México.

ANTECEDENTES: El diagnóstico del tromboembolismo pulmonar (TEP), constituye un desafío, debido a que algunos de sus signos y síntomas pueden confundirse con cambios fisiológicos del embarazo.

CASO CLÍNICO: Paciente con 34 semanas de embarazo y con sospecha y confirmación de enfermedad tromboembólica pulmonar. Se revisaron antecedentes clínicos, evolución hemodinámica, monitorización fetal, estudios de laboratorio, electrocardiograma, ecocardiografía, ultrasonido Doppler venoso y angiotomografía pulmonar.

RESULTADOS: En las pacientes obstétricas en las que se sospeche de embolismo pulmonar, se debe emplear el algoritmo YEARS, adaptado para pacientes embarazadas, con una sensibilidad el 96% y especificidad 50%.

CONCLUSIÓN: La aplicación del algoritmo YEARS permite orientar de manera sistemática el proceso diagnóstico, integrando los criterios clínicos y la determinación de dímero d, con el objetivo de identificar a las pacientes que requieren estudios de imagen y evitar exposiciones radiológicas innecesarias durante el embarazo.

Composición de cesáreas en un centro de referencia

VALERIA BUSTILLOS PONCE, DANIEL ALBERTO ESQUIVEL GONZÁLEZ, CUAUHTÉMOC GUTIÉRREZ MALDONADO, DIEGO GONZÁLEZ OROPEZA
Hospital Regional Materno Infantil, Monterrey, NL.

ANTECEDENTES: La tasa de cesáreas ha aumentado globalmente, aunque su interpretación depende de las características de la población y del entorno asistencial. La clasificación de



Robson permite analizar su composición y contribución por grupos obstétricos. En hospitales de referencia, las emergencias materno-fetales también pueden influir en la vía de nacimiento. El objetivo fue analizar la tasa institucional de cesáreas durante 12 meses, cuantificando la contribución del grupo 5 de Robson y del Código Perla, y estimando la tasa después excluir ambos componentes.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de los nacimientos atendidos en el Hospital Regional Materno Infantil de Nuevo León durante 2025. Se analizaron registros obstétricos institucionales, vía de nacimiento, clasificación de Robson y activación de Código Perla. Se identificaron el grupo 5 y las cesáreas asociadas a Código Perla, evitando doble contabilización. Se calcularon tasas globales y restringidas mediante exclusiones sucesivas, frecuencias, porcentajes, intervalos de confianza de 95% mediante el método de Wilson y diferencias absolutas en puntos porcentuales.

RESULTADOS: Se registraron 9,831 nacimientos y 3,514 cesáreas, con una tasa global de 35.7%. El grupo 5 incluyó 1,643 pacientes; 1,202 tuvieron cesárea y retuvieron 34.2% del total de cesáreas. De 629 activaciones de Código Perla, 589 culminaron en cesárea. Al excluir sucesivamente grupo 5 y Código Perla, la tasa disminuyó a 28.2% y 23.3%, respectivamente. En conjunto, 1,730 cesáreas (49.2%) correspondieron al grupo 5, código perla o ambas condiciones durante el periodo analizado.

CONCLUSIÓN: Se registraron 9,831 nacimientos y 3,514 cesáreas, con una tasa global de 35.7%. El grupo 5 incluyó 1,643 pacientes; 1,202 tuvieron cesárea y retuvieron 34.2% del total de cesáreas. De 629 activaciones de Código Perla, 589 culminaron en cesárea. Al excluir sucesivamente grupo 5 y código perla, la tasa disminuyó a 28.2% y 23.3%, respectivamente. En conjunto, 1,730 cesáreas (49.2%) correspondieron al grupo 5, Código Perla o ambas condiciones durante el periodo analizado.

Desenlaces materno-fetales en pacientes con cerclaje de urgencia

DE LA PUENTE-GÓMEZ AZ, VIELMA-CRESPO K, ARRESE-IGOR-VICUÑA A, VERGEL- CERVANTES N, RAMÍREZ-SANTES V

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

ANTECEDENTES: La insuficiencia cervical es causa importante de pérdida gestacional y parto pretérmino, responsable de hasta el 35% de la mortalidad neonatal mundial. El cerclaje de urgencia, indicado por dilatación cervical en exploración física con membranas protruidas, es la modalidad más desafiante, porque se asocia a alto riesgo de rpm, infección y prematuridad. Aun cuando algunos estudios han mostrado que puede prolongar la gestación y mejorar la supervivencia neonatal, los desenlaces son variables y dependen de la selección de pacientes y del contexto hospitalario.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes durante 2024, incluyendo solo casos de cerclaje de emergencia (dilatación cervical con o sin membranas protruidas, sin actividad uterina). Se analizaron variables maternas, obstétricas y neonatales mediante estadística descriptiva, reportando medias para variables continuas y frecuencias y porcentajes para las categóricas.

RESULTADOS: Se analizaron 16 casos de cerclaje de urgencia con edad materna promedio de 30 años y colocación a las 19.6 semanas de gestación. El parto ocurrió en promedio a las 31.5 semanas, con más del 80% en pretérmino y 62.5% antes de las 34 semanas. La vía de nacimiento fue cesárea en 50% y vaginal en 37.5%. Se tuvieron ruptura prematura de membranas en 56%, infección intraamniótica en 19%, y en el ámbito neonatal, el peso promedio fue de 1948 g, con 62.5% de ingresos a UCI y una mortalidad neonatal del 25%.

CONCLUSIÓN: El cerclaje de urgencia prolon-

ga el embarazo, pero la mayoría de los casos concluyen en parto pretérmino (menos de 34 semanas). Se asocia a elevada frecuencia de complicaciones (RPM e ingreso a UCIN). La mortalidad neonatal del 25% enfatiza la necesidad de una cuidadosa selección de pacientes y protocolos de tratamiento estandarizados.

Esenlaces del cerclaje por historia en el INPer

DE LA PUENTE-GOMEZ, AZ, VIELMA-CRESPO, K, ARRESE-IGOR-VICUÑA, A VERGEL-CERVANTES N, RAMÍREZ-SANTES V

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

ANTECEDENTES: La insuficiencia cervical es causa importante de pérdida gestacional y parto pretérmino, responsable de hasta el 35% de la mortalidad neonatal mundial. La RCOG, SOGC y FIGO coinciden en que se debe ofrecer el cerclaje cervical a mujeres que han experimentado 3 o más partos prematuros previos o abortos en el segundo trimestre, miendespues que la acog sugiere su uso en embarazos únicos con 1 o más pérdidas previas de embarazo en el segundo trimestre relacionadas con dilatación cervical indolora.1 se ha visto que reduce el riesgo de parto pretérmino a la mitad antes de las 33 semanas de gestación en pacientes con dichos antecedentes, sin embargo si se coloca antes de las 14 semanas de gestación se asocia con peores resultados del embarazo, como ptd, rotura prematura de membranas pretérmino, óbito, muerte neonatal y morbilidad neonatal grave.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo en el inper durante 2025, incluyendo únicamente casos de cerclaje por antecedente (pérdidas previas en el segundo trimestre por dilatación cervical indolora). Se analizaron variables maternas, obstétricas y neonatales mediante estadística descriptiva.

RESULTADOS: Se analizaron 52 pacientes. La edad materna promedio fue de 31.0 años (21-43). La semanas de embarazo al cerclaje

se realizó en promedio a las 17.1 semanas de gestación (12.6-24.6). Se identificaron 2 embarazos múltiples. La semanas de embarazo al parto fue de 36.0 semanas de gestación (17.1-40.2). Respecto al tipo de parto, 25% fueron vaginales, 69.2% cesáreas y 5.8% abortos. El peso neonatal promedio fue de 2682 g (125-4275). El 40.4% ingresó a ucín/uciren/timin y la mortalidad neonatal fue del 7.7%

CONCLUSIÓN: El cerclaje indicado por antecedentes debe colocarse idealmente entre las 11 y 14 semanas de gestación (ACOG, RCOG, y SOGC) y si se hicieron: en el segundo trimestre, no debe exceder los límites de la viabilidad fetal, tal como sucedió en la cohorte empleada. La mayoría de los casos concluyen en parto de término (más de 37 semanas). Se asocia a elevada frecuencia de complicaciones (RPM e ingreso a UCIN). La mortalidad neonatal del 7.7% hace hincapié en la necesidad de una cuidadosa selección de pacientes y protocolos de tratamiento estandarizados.

Gestaciones triples: desenlaces perinatales

MITZI TERESA ARIAS RENEDO, FRIDA PAOLA SANDOVAL GÓMEZ, VÍCTOR HUGO RAMÍREZ SANTES, LISBETH CAMARGO MARÍN, MARIO GUZMÁN HUERTA

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

ANTECEDENTES: El embarazo triple es una gestación de alto riesgo cuya incidencia ha aumentado con las técnicas de reproducción asistida. Se asocia con elevada morbilidad materna y perinatal, principalmente por parto pretérmino, bajo peso al nacimiento y complicaciones relacionadas con la corionicidad. En México representa aproximadamente 0.04% de los nacimientos. Este estudio describe los desenlaces maternos, obstétricos y perinatales en una institución mexicana de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional de cohorte retrospectiva que incluyó 25 gestaciones triples y 75 fetos atendidos entre julio de



2019 y julio de 2026. Se analizaron variables maternas, obstétricas, fetales y neonatales. La gestación constituyó la unidad independiente para comparaciones exploratorias según preeclampsia, corionicidad y tipo de concepción. Se emplearon estadística descriptiva, prueba u de mann-whitney y prueba exacta de fisher. Los resultados se expresaron mediante medidas descriptivas, riesgo relativo e intervalos de confianza del 95%.

RESULTADOS: Se incluyeron 25 gestaciones triples y 75 fetos. La mediana de semanas de embarazo al nacimiento fue 30+4 semanas; 92% finalizó antes de 34 semanas. La hemorragia obstétrica ocurrió en 36%. El síndrome de dificultad respiratoria afectó al 77.8% y la sepsis al 52.8%. La supervivencia global fue 90.7% y la supervivencia completa, 72%. Esta última fue 90.9% en gestaciones tricoriales-triamnióticas frente a 57.1% en no tricoriales, sin diferencia estadísticamente significativa ($p=0.090$).

CONCLUSIÓN: Las gestaciones triples tuvieron elevada prematuridad y morbilidad materna y neonatal, aunque con supervivencia global de 90.7%. La supervivencia de los tres integrantes fue mayor en gestaciones tricoriales-triamnióticas (90.9% frente a 57.1%), sin significación estadística. Estos hallazgos resaltan la relevancia de la corionicidad, aunque requieren confirmación en cohortes mayores.

Guías mexicanas vs internacionales en obstetricia

MARIO ALBERTO GARCÍA ARTEAGA, SALOMÓN DANIEL ROBERTO PARDO ROCA, YAZMIN COPADO MENDOZA, SANDRA ACEVEDO GALLEGOS, MARIO ISAAC LUMBRERAS MÁRQUEZ

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

ANTECEDENTES: La atención prenatal es fundamental para disminuir la morbilidad materna y perinatal mediante la identificación temprana de factores de riesgo, la prevención de complicaciones y el diagnóstico oportuno. En México,

la atención obstétrica se rige principalmente por la NOM-007-SSA2-2016 y la guía de práctica clínica. A nivel internacional, ACOG Y RCOG/NICE actualizan periódicamente sus recomendaciones, generando posibles diferencias en seguimiento, tamizaje, prevención y tratamiento obstétrico.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio documental, descriptivo y comparativo de la NOM-007-SSA2-2016, la guía de práctica clínica mexicana y las recomendaciones de ACOG Y RCOG/NICE. Mediante una matriz de extracción se compararon recomendaciones sobre atención prenatal, tamizaje, vigilancia fetal, prevención de complicaciones, trabajo de parto y puerperio. Los hallazgos se organizaron en tablas y se analizaron cualitativamente para identificar concordancias, discrepancias y oportunidades de actualización de las recomendaciones nacionales.

RESULTADOS: Se observó alta concordancia en el inicio del control prenatal, estudios básicos, ultraonido estructural y suplementación. Las principales discrepancias se identificaron en el número de consultas prenatales, individualización del seguimiento, tamizaje prenatal, prevención de preeclampsia, diabetes gestacional, trabajo de parto y salud mental. Acog y rcog/nice incorporan recomendaciones más específicas y actualizadas, identificándose diversas áreas susceptibles de actualización en la normativa mexicana.

CONCLUSIÓN: Existe concordancia en los principios fundamentales de la atención obstétrica; sin embargo, persisten discrepancias relevantes entre las recomendaciones mexicanas e internacionales. Estos hallazgos respaldan la necesidad de actualizar y armonizar la nom-007-ssa2-2016 y la gpc mexicana, incorporando evidencia reciente para favorecer una atención más uniforme, individualizada y centrada en la mujer.

Infección del sitio quirúrgico obstétrico

ARAUJO CARRILLO ALAN ENRIQUE, ALEMÁN CEBALLOS

ERIKA, AGUIRRE GARCÍA ROSAURA, LUGO AGUILAR
FATIMA BELEN, JIMÉNEZ GARAY TANIA

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

ANTECEDENTES: La infección del sitio quirúrgico obstétrico es una complicación posoperatoria asociada con morbilidad, tratamiento antimicrobiano y posible reintervención. Su gravedad depende no solo de la infección, sino también de la profundidad anatómica y el afectación de planos subyacentes. En México, la información disponible se centra principalmente en incidencia y factores asociados a infección poscesárea, con menor descripción de la extensión anatómica, evolución quirúrgica, tratamiento antimicrobiano y resultados microbiológicos.

MATERIALES Y MÉTODOS: Serie de casos hicieron:da entre junio de 2023 y junio de 2026 en un hospital de tercer nivel. Se identificaron 36 registros mediante los códigos cie-10 o86.0, o90.0 y o90.2; se incluyeron 25 expedientes clínicos recuperables. Se analizaron características obstétricas, temporalidad, datos clínicos de infección, profundidad anatómica, tratamiento quirúrgico, tratamiento antimicrobiano y microbiología.

RESULTADOS: Se documentaron datos clínicos de infección activa en 23 de 25 pacientes (92.0%). El procedimiento obstétrico índice fue cesárea en 24 casos y aspiración manual endouterina complicada con perforación uterina en uno. La mediana de edad fue de 25 años y la de índice de masa corporal de 30.1 kg/m²; 83.3% de las cesáreas fueron de urgencia, 52.2% tuvo obesidad y 24.0% ruptura prematura de membranas. La complicación se tuvo dentro de los primeros 14 días en 95.8% de los casos con temporalidad disponible. Según la extensión anatómica, 64.0% fue superficial incisional, 4.0% profunda incisional y 32.0% de órgano/espacio. El 52.0% requirió tratamiento quirúrgico; entre los casos de órgano/espacio, 87.5% requirió cirugía y 75.0% otros procedimientos

intraabdominopélvicos o de órgano. Todas las pacientes recibieron antimicrobianos; 56.0% inició monoterapia y 44.0% tratamiento combinado. Se obtuvo cultivo en 92.0%, pero sólo 2 de 23 permitieron identificación a nivel de especie.

CONCLUSIÓN: La infección del sitio quirúrgico obstétrico mostró una amplia heterogeneidad clínica. La profundidad anatómica permitió identificar los casos de mayor complejidad: las infecciones con afectación de órgano-espacio concentraron las reintervenciones, la afectación visceral y la necesidad de cirugía intraabdominopélvica. La obtención frecuente de cultivos contrastó con un bajo rendimiento microbiológico específico.

Evaluación de métodos clínicos y us para peso fetal

MORALES RAMÍREZ TSAYAMHAL ROXANA, HERNÁNDEZ
HERNÁNDEZ NÉSTOR JESÚS

Hospital Regional Tlalnepantla, Estado de México.

ANTECEDENTES: Las maniobras de leopold, implican la palpación del abdomen materno y la medición de la altura del fondo uterino, siguen utilizándose en la actualidad para estimar el peso fetal. La ecografía se ha convertido en un pilar fundamental de la obstetricia, se han desarrollado múltiples fórmulas para calcular el peso fetal estimado.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional y comparativo en el hospital regional de tlalnepantla durante dos años. Se compararon las estimaciones clínicas y ultrasonográficas del peso fetal con el peso al nacimiento, utilizado como referencia. Se evaluaron la concordancia y los errores de estimación para determinar la precisión de ambos métodos.

RESULTADOS: De estimación ecográfica mostró menor variabilidad y errores absolutos ligeramente menores que la clínica, aunque las diferencias en gramos fueron mínimas y de dudosa relevan-



cia clínica en la mayoría de subgrupos.

CONCLUSIÓN: En gestantes de bajo riesgo y peso normal, el método clínico es una alternativa razonable cuando no se dispone de ecografía, con precisión comparable. En mujeres con sobrepeso/obesidad o sospecha de peso fetal extremo, la ecografía ofrece mayor exactitud y debe preferirse para la toma de decisiones obstétricas.

Desenlaces maternos fetales y neonatales en C.I.E.

MARÍA JOSÉ GARCÍA ESPINOSA, DAISY AILLYN MARTÍNEZ, GUILLERMO GARDUÑO GARCÍA, ABRIL A. ARELLANO LLAMAS

Unidad Médica de Alta Especialidad HGO 3 CMN La Raza, IMSS, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: La colestasis intrahepática del embarazo es específica de la gestación, puede provocar desde prolongación hasta bloqueo auriculoventricular en el feto, e incluso óbito, en los neonatos parto pretérmino, líquido amniótico meconial, síndrome de dificultad respiratoria e ingreso a ucín. La expresión clínica y bioquímica es de interés, porque no siempre se cuenta con ácidos biliares para su diagnóstico específico.

MATERIALES Y MÉTODOS: Serie de casos, retrospectivo de pacientes y sus fetos con diagnóstico o sospecha de colestasis intrahepática del embarazo atendidas en una unidad de tercer nivel durante el 2025.

RESULTADOS: Se revisaron 122 expedientes, y 78 fueron incluidos. Edad 28 años (+/- 6.6), semanas de embarazo 33 semanas (31-33). Prurito en 93%, transaminasemia 80.8, solo una con medición de ácidos biliares y pr prolongado en 89.7%. El 97% recibió ácido ursodesoxicólico, mejoró clínica 92% y bioquímica 56%. Resolución 37 semanas (36-37), cesárea 76.9%, ningún óbito ni muerte materna. Los neonatos fueron de peso pequeño 23%, aspiración meconial 5.1%, síndrome de dificultad respiratoria 15% y requirió hospitalización 33%.

CONCLUSIÓN: En la cie el prurito la elevación

de transaminasas, y prolongación del pr fetal son comunes, pero mínima disponibilidad de ácidos biliares, el tratamiento con aud otorgó mejoría bioquímica y clínica, se resuelve prioritariamente por cesárea y es común la necesidad de ingreso a hospitalización de los neonatos.

Lesiones placentarias y artritis reumatoide

ANDREA MICHELLE ASAF CALDERÓN, MARÍA DEL CARMEN ZAMORA MEDINA, MARIO ISAAC LUMBRERAS MÁRQUEZ, MARTHA LETICIA PALAFOX VARGAS

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

ANTECEDENTES: La artritis reumatoide (AR) y la artritis idiopática juvenil (AIJ) son enfermedades inflamatorias crónicas que afectan con mayor frecuencia a mujeres en edad reproductiva y pueden influir en los resultados obstétricos mediante mecanismos inmunológicos. Aunque la patología placentaria ha sido descrita en otras enfermedades autoinmunitarias, la información sobre los cambios placentarios en AR/AIJ es limitada. Este estudio buscó describir y comparar los hallazgos placentarios en embarazos con AR/AIJ, así como su relación con desenlaces perinatales adversos.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo y transversal mediante la revisión del expediente clínico electrónico de un hospital de tercer nivel en la Ciudad de México. El estudio se clasifica como transversal, porque la exposición (diagnóstico de AR/AIJ), los hallazgos histopatológicos placentarios y los desenlaces perinatales se evalúan de manera simultánea a partir de la información disponible al momento de la resolución del embarazo, sin seguimiento longitudinal ni intervención.

RESULTADOS: Se incluyeron 30 pacientes embarazadas con AR/AIJ y 92 en el grupo sin estas enfermedades. Se vió con mas frecuencia alteraciones del crecimiento fetal (36.7% vs. 9.8%; p=0.001) y malperfusión vascular materna

(mvm) de alto grado (or 8.25 [3.17–21.42]) en el grupo con AR/AIJ. Esta asociación se mantuvo después del ajuste por confusores (or ajustado 6.67 [2.39–18.58]).

CONCLUSIÓN: Los embarazos complicados por ar/aij presentan mas frecuentemente mvm de alto grado y de alteraciones del crecimiento fetal, lo que sugiere un mecanismo placentario parcialmente responsable de los desenlaces perinatales adversos.

Accesos quirúrgicos en acretismo placentario

ANA PAULINA VAZQUEZ GUERRA, MARIO ROBERTO RODRÍGUEZ BOSCH, MARIO ISAAC LUMBRERAS MÁRQUEZ, SANDRA ACEVEDO GALLEGOS, YACKELINE PEQUEÑO NIÑO Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: El espectro de acretismo placentario se ha descrito como un grupo de trastornos que implican una invasión anormal del trofoblasto hacia el miometrio¹ actualmente, la cesárea-histerectomía en un mismo acto quirúrgico es reconocida por la figo como el tratamiento quirúrgico de elección para pacientes con espectro de acretismo placentario.² no obstante, su elevada complejidad quirúrgica se refleja en que hasta 6 de cada 10 pacientes requieren transfusión de cuatro o más concentrados eritrocitarios, con tasas de mortalidad de hasta 7%.

MATERIALES Y MÉTODOS: Cohorte retrospectiva de 315 pacientes con confirmación histopatológica (2017-2025). Los procedimientos fueron: 1) cesárea-histerectomía en un tiempo; 2) cesárea con metotrexato intraplacentario, embolización e histerectomía diferida; 3) cesárea con metotrexato e histerectomía diferida; y (iv) cesárea con histerectomía diferida. El desenlace primario fue transfusión de ≥ 4 concentrados eritrocitarios. Los secundarios, hemorragia severa ($\geq 2,000$ mL), e ingreso a unidad de cuidados intensivos. Se estimaron riesgos relativos (rrs) crudos y ajustados.

RESULTADOS: En el análisis ajustado, la cirugía 2 mostró estimación extremadamente baja de transfusión de ≥ 4 CE vs cirugía 1; (inestable, bajo n), mayor riesgo de lesión urinaria y reintervención. La cirugía 3 no redujo significativamente el desenlace primario, pero mostró menor riesgo de hemorragia severa (ARR 0.71; IC95% 0.50–0.99) y menor ingreso a uci (ARR 0.71; IC95%: 0.50–0.99). En el análisis restringido a FIGO 3, la reducción en hemorragia se mantuvo (arr 0.68; ic95% 0.47–0.98).

CONCLUSIÓN: Aun cuando la cirugía 2 tuvo una menor frecuencia de transfusión masiva, las estimaciones ajustadas resultaron inestables y se asociaron con un mayor riesgo de complicaciones. La cirugía 3 se asoció con menor hemorragia severa y, en la cohorte completa, con menor ingreso a uci, sugiriendo un perfil perioperatorio potencialmente favorable.

Desenlaces del cerclaje por historia Instituto Nacional de Perinatología 2025

DE LA PUENTE-GOMEZ, AZ, VIELMA-CRESPO K, ARRESE-IGOR-VICUÑA A, VERGEL- CERVANTES N, RAMÍREZ-SANTES V

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

ANTECEDENTES: La insuficiencia cervical es causa importante de pérdida gestacional y parto pretérmino, responsable de hasta el 35% de la mortalidad neonatal mundial.¹ la rcog, SOGC y FIGO coinciden en que se debe ofrecer el cerclaje cervical a mujeres que han experimentado 3 o más partos prematuros previos o abortos en el segundo trimestre, mientras que la ACOG sugiere su uso en embarazos únicos con 1 o más pérdidas previas de embarazo en el segundo trimestre relacionadas con dilatación cervical indolora. Se ha visto que reduce el riesgo de parto pretérmino a la mitad antes de las 33 semanas de gestación en pacientes con dichos antecedentes, sin embargo si se coloca antes de las 14 semanas



de gestación se asocia con peores resultados del embarazo, como ptd, rotura prematura de membranas pretérmino, óbito, muerte neonatal y morbilidad neonatal grave.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo en el inper durante 2025, incluyendo únicamente casos de cerclaje por antecedente (pérdidas previas en el segundo trimestre por dilatación cervical indolora). Se analizaron variables maternas, obstétricas y neonatales mediante estadística descriptiva.

RESULTADOS: Se analizaron 52 pacientes. La edad materna promedio fue de 31.0 años (21-43). La semanas de embarazo al cerclaje se realizó en promedio a las 17.1 semanas de gestación (12.6-24.6). Se identificaron 2 embarazos múltiples. La semanas de embarazo al parto fue de 36.0 semanas de gestación (17.1-40.2). Respecto al tipo de parto, 25% fueron vaginales, 69.2% cesáreas y 5.8% abortos. El peso neonatal promedio fue de 2682 g (125-4275). El 40.4% ingresó a ucín/uciren/timin y la mortalidad neonatal fue del 7.7%

CONCLUSIÓN: El cerclaje indicado por antecedentes debe colocarse idealmente entre las 11 y 14 semanas de gestación (ACOG, RCOG y SOGC) y si se hicieron: en el segundo trimestre, no debe exceder los límites de la viabilidad fetal, tal como sucedió en la cohorte empleada. La mayoría de los casos concluyen en parto de término (más de 37 semanas). Se asocia a elevada frecuencia de complicaciones (RPM e ingreso a UCIN). La mortalidad neonatal del 7.7% hace hincapié en la necesidad de una cuidadosa selección de pacientes y protocolos de tratamiento estandarizados.

Diagnosticada pero no tratada

JOSÉ TIRÁN SAUCEDO, NATALIA MAIDA MÉNDEZ, MARÍANA IBARRA CAMPS

Christus Muguerza Hospital Conchita, Monterrey, NL.

ANTECEDENTES: La anemia es una de las co-

morbilidades hematológicas más frecuentes en ginecoobstetricia. Aunque las guías recomiendan que su identificación conduzca a una intervención terapéutica, el registro de un diagnóstico no necesariamente se traduce en tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico, hicieron:do en un hospital privado de tercer nivel del norte de México entre 2024 y 2025. Se analizaron episodios hospitalarios únicos con diagnóstico institucional de anemia. La anemia se definió por dicho diagnóstico, sin aplicar retrospectivamente un umbral único de hemoglobina. Se consideró tratamiento la administración documentada de hierro oral o intravenoso, transfusión u otra intervención dirigida a corregir la anemia, así como su indicación explícita al egreso. Se calcularon las proporciones de pacientes tratadas y no tratadas, y su distribución entre médicos tratantes.

RESULTADOS: De 7,003 ingresos, 809 (11.6%) cumplieron la definición institucional de anemia. Solo 104 (12.9%) recibieron tratamiento dirigido o una indicación terapéutica explícita al egreso; 705 (87.1%), casi 9 de cada 10, egresaron sin tratamiento documentado. De 310 médicos que atendieron al menos una paciente con anemia, solo 72 (23.2%) tuvieron alguna paciente con tratamiento documentado. Entre 79 médicos con ≥ 3 pacientes, la tasa promedio de tratamiento fue 14.1%, cercana a la proporción institucional. La brecha fue mayor en obstetricia: 8.7% recibió tratamiento, frente a 47.1% en ginecología.

CONCLUSIÓN: Aun cuando la frecuencia de anemia fue menor a la descrita en la bibliografía, el hallazgo principal fue la ausencia de intervención terapéutica documentada tras del diagnóstico. La consistencia de esta brecha entre numerosos médicos sugiere un fenómeno institucional más que una práctica aislada. Vincular el diagnóstico con un plan terapéutico explícito antes del alta constituye una oportunidad concreta de mejora asistencial.



Medicina Materno fetal

Secuencia acrania-exencefalia-anencefalia

HILDA ANDREA LÓPEZ RAMÍREZ, ALDO FRANCISCO RODRÍGUEZ RUIZ

Hospital General de Saltillo, Coahuila.

ANTECEDENTES: Los defectos del tubo neural afectan al 0.1–0.2 % de los recién nacidos. La anencefalia es su forma más grave y es letal. Se explica como una secuencia: la ausencia de calota (acrania) deja el tejido cerebral expuesto al líquido amniótico (exencefalia), y ese tejido se destruye progresivamente hasta llegar a la anencefalia. La osificación de la calota es visible desde las 11 semanas, por lo que el defecto puede diagnosticarse en la ecografía de primer trimestre. La suplementación periconcepcional con ácido fólico reduce su riesgo.

CASO CLÍNICO: Paciente de 35 años, sin antecedentes de importancia. En la ecografía de las 13 semanas se identificó: ausencia de la bóveda craneal.

Tejido cerebral irregular y desorganizado por encima de las órbitas, compatible con acrania-exencefalia. La reconstrucción 3 confirmó el hallazgo. Se dio asesoramiento a la pareja sobre el carácter letal del defecto. En el producto se encontró: ausencia de bóveda craneal y de hemisferios cerebrales, con área cerebrovasculosa expuesta. Órbitas prominentes (“cara de rana”) y cuello corto.

CONCLUSIÓN: La secuencia acrania-exencefalia-anencefalia puede y debe diagnosticarse

en la ecografía de 11 a 14 semanas mediante la evaluación sistemática de la calota. El diagnóstico precoz permite un asesoramiento oportuno, la búsqueda de anomalías asociadas y la prevención con ácido fólico en futuras gestaciones.

Caracterización del labio y paladar hendido fetal

VELÁZQUEZ TORRES BERENICE, ARELLANO GARCÍA SANDRA, CAMARENA CABRERA DULCE, RAMÍREZ CALVO JOSÉ ANTONIO, GALLARDO GAONA JUAN MANUEL

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

ANTECEDENTES: La fisura labiopalatina, conocida comúnmente como labio y paladar hendido, es la malformación congénita craneofacial más común. La organización mundial de la salud determina que la prevalencia mundial de labio o paladar hendido se presenta en 1:1000 o 1:1500 nacimientos, aunque puede variar de acuerdo con las distintas poblaciones. La Asociación Mexicana de Labio y Paladar Hendido y Anomalías Craneofaciales estima que en México nacen más de 3000 niños con labio y paladar hendido cada año.

MÉTODO: Estudio descriptivo, retrolectivo que incluyó fetos en los que se diagnostica labio y paladar hendidos, con y sin defectos asociados, atendidos en el departamento de medicina materno fetal, cuyo seguimiento y nacimiento se hicieron: ron en el INPer.

RESULTADOS: 128 casos cumplieron criterios



de inclusión, la prevalencia fue de 6.2 casos por 1000 rn. La edad materna promedio al ingreso fue 27.3 ± 6.5 años. La media de semanas de embarazo al momento del diagnóstico. Es 28.4 ± 6.6 semanas. En 46.9% el defecto fue aislado, 53% de los casos tuvo otras anomalías y en 5.5% se corroboró alguna alteración genética. Predominó en fetos masculinos, y lateralidad izquierda. Los desenlaces obstétricos variaron según la coexistencia con otro defecto. Ácido fólico preconcepcional solo en 6.25%

CONCLUSIÓN: Se ofrece una visión integral del labio o del paladar hendido en el contexto clínico y epidemiológico de esta institución; al ser un defecto heterogéneo y multifactorial, destaca la complejidad de la condición y la necesidad de enfoques integrados y personalizados para su tratamiento y seguimiento tanto prenatal como postnatal.

Alteraciones fetales detectadas por trimestre

JUAN MANUEL GALLARDO GAONA, YUBIA AMAYA GUEL, DULCE MARÍA A. CAMARENA CABRERA, MARÍA JOSÉ RODRÍGUEZ SIBAJA, GRECIA ESTEFANIA GUEVARA ERCEG

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

ANTECEDENTES: La trisomía 18 es una cromosomopatía grave, con prevalencia estimada de 1 en 6,000 a 8,000 nacidos vivos, aunque su frecuencia real en la gestación es mayor por la elevada pérdida fetal. Se caracteriza por restricción del crecimiento y alteraciones multisistémicas graves que comprometen la viabilidad. En México, el RYVEMCE y la NOM-034-SSA2-2013 respaldan la vigilancia y detección oportuna de estos defectos. Reconocer los hallazgos ecográficos por trimestre es clave para la sospecha, el diagnóstico definitivo y la asesoría genética.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio transversal descriptivo, retrolectivo, que incluyó 38 pacientes embarazadas cuyos fetos tuvieron diagnóstico de trisomía 18 entre 2018 y 2026. Se registra-

ron variables demográficas, comorbilidades maternas, hallazgos ecográficos por sistema y trimestre gestacional, método de diagnóstico, uso de resonancia magnética y resolución del embarazo. El análisis fue hicieron:do con estadística descriptiva mediante frecuencias absolutas y porcentajes, calculados sobre el total de casos y por trimestre.

RESULTADOS: Se analizaron 38 casos (2018-2026); el 55% se diagnosticó en el segundo trimestre. Las cardiopatías fueron el hallazgo más frecuente (79%), seguidas de alteraciones del SNC (63%) y extremidades (58%). La característica materna principal fue la edad materna de riesgo (60.5%). La detección se realizó sobre todo por amniocentesis (60.4%). El embarazo culminó en nacimiento en 45% de los casos y en interrupción en 34%. Solo el 11% tuvo resonancia magnética complementaria.

CONCLUSIÓN: El diagnóstico de trisomía 18 se concentra en el segundo trimestre, siendo los principales defectos: cardiopatía, alteraciones SNC y extremidades. La edad materna avanzada es la comorbilidad más relevante. Estos hallazgos refuerzan la importancia de la detección temprana y referencia oportuna a medicina materno-fetal para diagnóstico oportuno y asesoría genética.

Bandas amnióticas

PAULINA JULIETTE ALVARADO MARTÍNEZ, ESTEBAN ALEJANDRO RODRÍGUEZ MÉNDEZ

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

ANTECEDENTES: Revisión retrospectiva del expediente clínico hospitalario, de donde se recabó la información clínica, diagnóstica, terapéutica y evolutiva relevante del caso. Posteriormente, los hallazgos fueron correlacionados con la bibliografía científica disponible y actualizada sobre el tema, con el objetivo de contextualizar el caso y contrastarlo con la evidencia publicada.

CASO CLÍNICO: Paciente de 18 años, gesta-

1, con antecedente de consumo ocasional de alcohol. Fue referida al servicio de medicina materno fetal, donde se le realizó un ultrasonido obstétrico que reportó un embarazo de 22.2 semanas de gestación, así como un feto con múltiples malformaciones. En la extremidad superior izquierda no se observaron falanges; en la extremidad superior derecha se evidenció ausencia de falange en el dedo anular. Además, se identificó pie equino varo y ausencia de calota con masa encefálica expuesta. Con base en dichos hallazgos, se estableció el diagnóstico presuntivo de probables bandas amnióticas versus secuencia de acrania.

RESULTADOS: El diagnóstico prenatal del síndrome de bandas amnióticas es posible mediante ecografía temprana. El pronóstico fetal varía dependiendo de la extensión de las anomalías asociadas, desde amputaciones de dedos menores hasta anomalías complejas. En el contexto de nuestra paciente se concluye que existen múltiples factores de riesgo que pudieron estar asociados en este caso, como la edad materna, primiparidad, así como el consumo ocasional del alcohol.

CONCLUSIÓN: El síndrome de bandas amnióticas es poco común y puede conllevar un desenlace letal para la vida del feto, se puede hacer diagnóstico presuntivo y dar seguimiento y pronóstico fetal temprano de acuerdo al tipo de malformaciones asociadas a cada caso y hacer una atención multidisciplinaria.

Secuestro broncopulmonar: técnica FLAFA

LUIS ABEL GUZMÁN OCHOA, ABEL GUZMÁN LÓPEZ, FELIPE ANTONIO MORALES CUÉLLAR, YANETH ARELY CHÁVEZ LOYA, VANESSA JAQUELINE MERAZ PINALES

Hospital Universitario José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, NL.

ANTECEDENTES: El secuestro broncopulmonar es una malformación pulmonar congénita poco

frecuente, caracterizada por tejido pulmonar sin comunicación con el árbol traqueobronquial e irrigación arterial sistémica. El diagnóstico prenatal se hizo mediante ultrasonografía y doppler color, identificando una arteria nutricia proveniente de la aorta. Las lesiones con repercusión intratorácica pueden ocasionar desplazamiento mediastínico, derrame pleural, afectación cardiovascular e hidrops fetal. En casos seleccionados, la ablación láser de la arteria nutricia constituye una alternativa terapéutica fetal.

CASO CLÍNICO: Paciente primigesta de 26 años con secuestro broncopulmonar intralobar diagnosticado a las 30 semanas mediante ultrasonografía y doppler color. Por repercusión intratorácica se realizó FLAFA con aguja 18g y fibra láser de 600 µm, aplicando 25 W durante 5 segundos. Después de confirmar ausencia de flujo en la arteria nutricia, se efectuó toracocentesis fetal, se obtuvieron 17 mL de líquido pleural.

RESULTADOS: Posterior a la FLAFA se confirmó ausencia de flujo en la arteria nutricia y disminución del derrame pleural. El embarazo se resolvió a las 38 semanas, obteniéndose recién nacida de 2,300 g, Apgar 8/9, sin requerimiento ventilatorio. La tomografía posnatal mostró lesión residual basal derecha, sin vascularización arterial sistémica residual ni efecto de masa significativo.

CONCLUSIÓN: La técnica FLAFA representa una alternativa mínimamente invasiva en casos seleccionados de secuestro broncopulmonar con repercusión intratorácica. El diagnóstico preciso y la referencia oportuna son fundamentales para una adecuada terapia fetal dirigida.

Anemia aplásica aguda en el embarazo

ANDREA ZÁRATE DE LA GARZA LÓPEZ, ALBERTO GONZÁLEZ GONZÁLEZ, STEPHANIE SAN JUAN HERNÁNDEZ

Hospital General Regional 36, IMSS.

ANTECEDENTES: La anemia aplásica es un síndrome de insuficiencia medular caracterizado



por pancitopenia e hipocelularidad de la médula ósea. Su presentación durante el embarazo es infrecuente y representa un reto diagnóstico y terapéutico debido al riesgo simultáneo materno-fetal. La progresión de una citopenia aislada hacia afectación de varias líneas hematopoyéticas debe motivar reevaluación diagnóstica y estudio medular oportuno.

CASO CLÍNICO: Paciente embarazada con pancitopenia progresiva y diagnóstico posterior de anemia aplásica. Se analizaron antecedentes clínicos, evolución hematológica, estudios de médula ósea, ultrasonidos obstétricos y doppler fetal, tratamientos administrados, soporte transfusional y desenlace materno-fetal. La información se integró de forma cronológica y descriptiva, preservando la confidencialidad de la paciente.

RESULTADOS: La paciente evolucionó de trombocitopenia aislada a pancitopenia grave, con hemoglobina de 7.6 g/dL, leucocitos de $1.7 \times 10^3/\mu\text{L}$ y plaquetas de $6,000/\mu\text{L}$. El aspirado de médula ósea fue hipocelular y la biopsia mostró celularidad de 0%, confirmando anemia aplásica. De forma paralela se documentó restricción del crecimiento fetal estadio II con deterioro Doppler progresivo y posteriormente muerte fetal intrauterina. Después soporte transfusional se realizó inducción vaginal, con evolución materna posterior estable.

CONCLUSIÓN: La evolución de trombocitopenia a pancitopenia durante el embarazo debe motivar la reevaluación diagnóstica y el estudio oportuno de la médula ósea. La anemia aplásica aguda puede coexistir con desenlaces obstétricos adversos y representar un reto importante para la resolución del embarazo, particularmente ante trombocitopenia extrema. El tratamiento multidisciplinario y el soporte transfusional oportuno son fundamentales para individualizar la conducta y disminuir el riesgo materno.

Gemelos toraconfalópagos

MORALES BAUTISTA DAVID FERNANDO, JUÁREZ GONZÁLEZ MARÍANA, GARCÍA VELÁZQUEZ JESSICA MAYLETH

Hospital de la Mujer Yautepec, Morelos.

ANTECEDENTES: Los gemelos unidos constituyen una complicación infrecuente de los embarazos gemelares monocoriónicos monoamnióticos, con una frecuencia aproximada de 1 por 100 000 embarazos y cerca del 1% de los embarazos gemelares monocoriónicos. La unión torácica es una de las formas más frecuentes y puede involucrar estructuras cardíacas, hepáticas y gastrointestinales. La anatomía cardíaca constituye uno de los principales determinantes del pronóstico y de la posibilidad de separación. El ultrasonido del primer trimestre permite establecer el diagnóstico y brindar consejería temprana.

CASO CLÍNICO: Paciente 28 años, con ultrasonido gemelar a las 12 semanas diagnóstico de gemelos unidos. Valorada por medicina materno-fetal confirmó fusión ventral torácica y abdominal compatible con gemelos toraconfalópagos. Se identificó corazón único compartido con cuatro cavidades y ausencia de burbuja gástrica en el gemelo b, estableciéndose un pronóstico desfavorable. Decidiendo interrupción del embarazo, administrando mifepristona 200 mg, misoprostol 400 μg hasta expulsión fetal. Posteriormente ameu con evolución materna favorable.

RESULTADOS: En los gemelos con unión torácica, la anatomía cardíaca representa uno de los principales determinantes de supervivencia y de la factibilidad de separación. La fusión cardíaca compleja se asocia con un pronóstico particularmente desfavorable. Por ello, la caracterización prenatal detallada permite establecer tempranamente el pronóstico, orientar las alternativas de tratamiento y proporcionar consejería multidisciplinaria individualizada.

CONCLUSIÓN: El diagnóstico temprano define la extensión de la unión y los órganos compartidos. La caracterización de la anatomía cardíaca permite establecer el pronóstico y alternativas de tratamiento. La atención médica multidisciplinaria, la consejería y la toma de decisiones informada son esenciales ante anomalías fetales.

complejas de pronóstico extremadamente desfavorable.

Síndrome deleción 1p36: fenotipo ultrasonográfico

ÓSCAR RUBÉN TREVIÑO MONTEMAYOR, FELIPE ANTONIO MORALES CUÉLLAR, VANESSA JAQUELINE MERAZ PINALES, MARÍA DEL CARMEN FLORES ACOSTA, ABEL GUZMÁN LÓPEZ

Hospital Universitario José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, NL.

ANTECEDENTES: El síndrome de deleción 1p36 es una anomalía cromosómica causada por pérdida heterocigota de material genético del brazo corto del cromosoma 1, con manifestaciones neurológicas, cardiovasculares y del crecimiento. Su diagnóstico prenatal es desafiante por la variabilidad fenotípica

CASO CLÍNICO: Paciente primigesta de 30 años. En el primer trimestre tuvo translucencia nuchal de 3.4 mm con riesgo intermedio para trisomías 18 y 21. DNA fetal plus reportó bajo riesgo. En el segundo trimestre se identificaron alteraciones cardíacas sugestivas de coartación aórtica, persistencia de vena cava superior izquierda y vena umbilical derecha, restricción del crecimiento fetal. La neurosonografía mostró ventriculomegalia y hemorragia de matriz germinal y hemorragia ventricular bilateral grado III, cuerpo calloso dismórfico y septum pellucidum fenestrado. La rmn identificó hernia diafragmática congénita izquierda y riesgo de hipoplasia pulmonar. Mediante amniocentesis, secuenciación de exoma y análisis de cnv se diagnosticó síndrome de deleción 1p36 en feto femenino.

RESULTADOS: A las 38 semanas se realizó interrupción por vía abdominal, obteniéndose producto femenino de 2,455 g, Apgar 8/9. La evaluación posnatal confirmó hipoplasia del arco aórtico, coartación aórtica, CIV perimembranosa, conducto arterioso grande, riñón en

herradura. Evolucionó favorablemente con seguimiento por cardiología pediátrica y pediatría.

CONCLUSIÓN: Las anomalías estructurales múltiples, neurológicas y cardiovasculares, deben motivar evaluación genética aun con tamizaje negativo. La integración de ultrasonido, neurosonografía, rmn fetal y diagnóstico molecular permitió establecer el diagnóstico y correlacionar los hallazgos prenatales y posteriores.

Fenotipo fetal complejo y trisomía 13

JUAN ANTONIO SORIA LÓPEZ, VANESSA JAQUELINE MERAZ-PINALES, FELIPE ANTONIO MORALES CUÉLLAR, ESTHELA JANET TREJO GUZMÁN, IVAN VLADIMIR DAVILA ESCAMILLA

Hospital Universitario José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, NL.

ANTECEDENTES: La trisomía 13 (síndrome de patau) es una aneuploidía autosómica grave con una incidencia de 1:10,000–20,000 nacimientos, caracterizada por malformaciones neurocristopatológicas, cardíacas y craneofaciales. Su diagnóstico prenatal integra el cribado con ADN libre circulante (CFDNA) y la caracterización ultrasonográfica, requiriendo confirmación genético-molecular mediante cariotipo, QF-PCR o mLpa por amniocentesis.

MATERIALES Y MÉTODOS: Paciente primigesta de 25 años, sin antecedentes patológicos relevantes, referida a nuestra unidad de medicina materno fetal a las 23.4 semanas de gestación. La ecografía morfológica identificó labio/paladar hendido, hueso nasal hipoplásico, micrognatia, arteria umbilical única, riñón en herradura y polidactilia. La neurosonografía evidenció signo del cerebelo en banana, colapso de cisterna magna y ventriculomegalia (Arnold-Chiari II y lipomielocela S1-S3). La ecocardiografía mostró comunicación interventricular y prolapso tricúspide. El mLpa en líquido amniótico (24.2 semanas de gestación) confirmó la duplicación



del cromosoma 13. A las 33.5 semanas de gestación tuvo preeclampsia severa; después estabilización con sulfato de magnesio, se obtuvo por cesárea recién nacido femenino de 1,680 g (Apgar 8/9), integrado a cuidados paliativos perinatales.

RESULTADOS: La neurosonografía y ecocardiografía delimitaron la afectación multiorgánica. Frente a las limitaciones del cultivo citogenético convencional, el mLpa brindó confirmación molecular rápida, esencial para la reorientación del tratamiento obstétrico y ético.

CONCLUSIÓN: La ecografía de especialidad combinada con el análisis molecular por mLpa es el pilar para el diagnóstico preciso de la trisomía 13 pues optimiza el asesoramiento genético y la planificación paliativa perinatal.

Rabdomioma cardíaco asociado a esclerosis tuberosa

ANDRÉS MURILLO MENDOZA, MARÍA CELESTE ESQUIVEL MARÍN, RAMÓN ARMANDO LOBO OLIVA, ESTHELA JANET GUZMÁN, ABEL GUZMÁN LÓPEZ

Hospital Universitario, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, NL.

ANTECEDENTES: Los rabdomiomas cardíacos son el principal tumor cardíaco fetal y constituyen una importante señal de alarma para esclerosis tuberosa. Representan el 60- 86% de los tumores cardíacos fetales con una incidencia del 0.1% en la vida prenatal. La ecocardiografía ayuda al diagnóstico prenatal pudiéndose hacer durante el US de segundo trimestre y permite valorar su repercusión hemodinámica, mientras que la neurosonografía fetal es clave para identificar lesiones cerebrales asociadas y establecer un diagnóstico prenatal.

CASO CLÍNICO: Paciente de 19 años, primigesta, con control prenatal externo y ultrasonidos de primer y segundo trimestre sin alteraciones. En la primera valoración por Medicina Materno Fetal a las 36 semanas se identificaron

múltiples tumoraciones cardíacas sugestivas de rabdomiomas, con sospecha de esclerosis tuberosa. La neurosonografía mostró lesiones ecogénicas compatibles con tubérculos cerebrales, confirmadas mediante resonancia magnética. Posteriormente tuvo RCTG clase III, por lo que se decidió interrupción del embarazo vía abdominal. Se obtuvo una niña de 2885 g, talla 47 cm, Apgar 7/8, requiriendo vpp e ingreso a ucín. Resultó con estado epiléptico, por lo que se hicieron: intubación; posteriormente resultó con una afectación hemodinámica con bradicardia e hipotensión, requiriendo vasopresores. Ecocardiografía evidencia rabdomiomas biventriculares, predominantes en vd, con afectación de la contractilidad. Ultrasonido transfontanelar muestra tubers cortico-subcorticales y nódulos subependimarios, compatibles con esclerosis tuberosa. Evoluciona con deterioro ventilatorio y hemodinámico, presentando paro cardiorrespiratorio y defunción a los 10 días de vida.

CONCLUSIÓN: Ante rabdomiomas cardíacos múltiples, su identificación debe motivar una evaluación cardíaca y neurológica fetal integral ante la posibilidad de esclerosis tuberosa. El diagnóstico prenatal permite asesorar a los padres sobre posibles complicaciones, establecer vigilancia multidisciplinaria y planificar el nacimiento en un centro de alta complejidad para optimizar la atención perinatal y neonatal.

Complejo Fallot con duplicación cromosoma 22q13.33

TOMÁS GUZMÁN PÉREZ, NUBIA ALEJANDRA WONG ARCE, ALEXIS ROLANDO CISNEROS CAVAZOS, ANDRÉS MURILLO MENDOZA, ABEL GUZMÁN LÓPEZ

Hospital Universitario, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, NL.

ANTECEDENTES: La tetralogía de Fallot es una cardiopatía congénita conotruncal cuya identificación prenatal debe incluir una evaluación

anatómica y la consideración de alteraciones genéticas asociadas.

CASO CLÍNICO: Paciente de 38 años, multigesta. A las 34 semanas, la ecocardiografía mostró CIV subaórtica mal alineada de 5.1 mm, aorta cabalgante e hipoplasia del anillo pulmonar, con Z-SCORE -5.24. Se identificaron arco aórtico derecho, arteria subclavia aberrante izquierda y sospecha de hipoplasia tímica. A las 37 semanas se observó crecimiento, cardiomegalia y derrame pericárdico. A las 38 semanas nació un recién nacido masculino de 2785 g, apgar 8/9. La ecocardiografía posnatal confirmó tetralogía de fallot, con CIV subaórtica por desalineación de 6.1 x 5.9 mm, cabalgamiento aórtico del 45% y estenosis pulmonar mixta, con gradiente máximo de 47 mmHg. Se documentó arco aórtico derecho con disposición de los troncos supraaórticos y conducto arterioso permeable izquierdo. El estudio mediante mLpa reportó duplicación heterocigota en 22q13.33.

CONCLUSIÓN: La combinación de tetralogía de Fallot, arco aórtico derecho, arteria subclavia aberrante e hipoplasia tímica justificó la sospecha de alteración genética del cromosoma 22. Sin embargo, el estudio posnatal no documentó la alteración esperada de 22q11.2. La duplicación 22q13.33, que involucra Shank3, es infrecuente y se ha relacionado con manifestaciones neurológicas. La integración prenatal, posnatal y genética permitió caracterizar un fenotipo infrecuente y destaca la importancia del diagnóstico genético.

Taussig-Bing: caracterización ecográfica fetal

ANDRES MURILLO MENDOZA, ALEXIS ROLANDO CINSE-ROS CAVAZOS, NUBIA ALEJANDRA WONG ARCE, TOMAS IGNACIO GUZMAN PEREZ, JUAN ANTONIO SORIA LOPEZ

Hospital Universitario, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, NL.

ANTECEDENTES: La anomalía de Taussig-Bing (ATB) es una variante de la doble salida del

ventrículo derecho (DSVD), caracterizada por comunicación interventricular (CIV) subpulmonar y transposición de grandes vasos. La estenosis pulmonar (EP) o hipoplasia del anillo pulmonar altera la hemodinámica ductus-dependiente y restringe las opciones quirúrgicas.

CASO CLÍNICO: Paciente con diagnóstico prenatal de anomalía de Taussig-Bing asociada con estenosis pulmonar severa. Se analizaron los hallazgos ecocardiográficos fetales, estudios genéticos, características neonatales y desenlace durante la hospitalización.

RESULTADOS: La ecocardiografía fetal identificó doble salida del ventrículo derecho con CIV subpulmonar de 7.62 mm, transposición de grandes vasos y estenosis pulmonar severa, con Z-Score del anillo pulmonar de -5.06. El cariotipo molecular fue normal. A las 39 semanas se obtuvo recién nacida de 3,170 g, apgar 8/9, con hipoxemia y acidosis agudas. Tuvo afectación hemodinámica, paros cardiorrespiratorios recurrentes y evento refractario, con posterior defunción neonatal.

CONCLUSIÓN: La ecocardiografía fetal avanzada permitió establecer el diagnóstico de ATB y caracterizar su anatomía cardiovascular. La estenosis pulmonar crítica y la hipoplasia severa del anillo pulmonar condicionaron hipoxemia neonatal grave, limitaron las opciones de reparación biventricular primaria y se asociaron con un desenlace neonatal desfavorable.

Síndrome de Ehlers-Danlos

VÍCTORIA MARTÍNEZ GAYTÁN, MARÍA VANESSA SÁNCHEZ MARTÍNEZ, LAURA PATRICIA GALLEGOS GLORIA, DENISSE GUZMAN RAMÍREZ, CARLOS HORACIO BURCIAGA FLORES

Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco Obstetricia 23.

ANTECEDENTES: El síndrome de Ehlers-Danlos prevalencia 1 en 20,000 mutación en el gen COL5A1 (9q34) que codifica componentes del colágeno tipo V. Trastorno hereditario del tejido



conectivo caracterizado por fragilidad tisular y afectación vascular en algunos subtipos. Durante el embarazo puede incrementar el riesgo de complicaciones materno-fetales, restricción del crecimiento intrauterino, por alteraciones en la perfusión uteroplacentaria.

CASO CLÍNICO: Paciente de 24 años, primigesta, con antecedente de síndrome de Ehlers-Danlos, herencia autosómica dominante 50% transmisión a sus hijos y taquicardia sinusal en consulta se identificó crecimiento fetal por debajo del percentil 10, el ultrasonido mostró 26.3 semanas peso de 978 g debajo del percentil 6 .se realizó valoración cardiológica el ecocardiograma reportó cavidades cardíacas con prolapso de válvula mitral, fracción de eyección disminuida 41% con arritmias cardíacas.

RESULTADOS: Se decidió el tratamiento expectante con vigilancia obstétrica y doppler seriado, sin datos de preeclampsia. Ante la persistencia de rciu se programó interrupción del embarazo cesárea a las 35 semanas, obteniendo recién nacido masculino con peso de 2285 g y Apgar 8/9, con evolución neonatal favorable en el síndrome de Ehlers-Danlos los tipos comunes clásico, hipermóvil la esperanza de vida suele ser normal o muy similar a la de la población general afecta principalmente a la calidad de vida debido al dolor crónico, la fatiga y la inestabilidad en las articulaciones, pero no acorta la duración de la vida.

CONCLUSIÓN: El embarazo en pacientes con síndrome de Ehlers-Danlos requiere seguimiento cardio-obstétrico estrecho. La evaluación cardiovascular y la vigilancia fetal permiten identificar oportunamente complicaciones.

Restricción del crecimiento fetal selectiva e hipoplasia ventricular izquierda

LUIS ABEL GUZMÁN OCHOA, YANETH ARELY CHÁVEZ LOYA, ILSE ALEJANDRA CHAVARRÍA RODRÍGUEZ, ANDRÉS MURILLO MENDOZA, ESTHELA JANET TREJO GUZMÁN

Hospital Universitario, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, NL.

ANTECEDENTES: El síndrome de transfusión feto-fetal y la restricción selectiva del crecimiento fetal pueden coexistir en embarazos monocoriales, generando patrones hemodinámicos complejos. La sobrecarga cardiovascular del gemelo receptor puede producir remodelación cardíaca progresiva y, excepcionalmente, alteraciones graves del desarrollo ventricular izquierdo.

CASO CLÍNICO: Paciente de 22 años, con embarazo monocorial-biamniótico. El gemelo b tuvo peso fetal estimado p0.1, flujo umbilical anormal y fenotipo receptor pese a ser el gemelo restringido. La ecocardiografía mostró hipoplasia ventricular izquierda, anillo mitral de 3.67 mm ($z = -7.36$), hipoplasia aórtica y flujo retrógrado del arco, con progresión a ventrículo izquierdo prácticamente virtual. Posteriormente tuvo onda a reversa en ductus venoso. Nació con 1160 g y evolucionó a choque cardiogénico, confirmándose síndrome de corazón izquierdo hipoplásico.

CONCLUSIÓN: La coexistencia de restricción selectiva del crecimiento y fenotipo receptor representa una presentación hemodinámica inusual en embarazos monocoriales. La ecocardiografía fetal seriada permitió documentar la progresión de la hipoplasia ventricular izquierda y establecer una correlación precisa con el desenlace neonatal.

Agenesia del ductus venoso extrahepática

ANDRÉS MURILLO MENDOZA, ILSE ALEJANDRA CHAVARRÍA RODRÍGUEZ, YANETH ARELY CHÁVEZ LOYA, ALBERTO VILLARREAL RODRÍGUEZ, TOMÁS IGNACIO GUZMÁN PÉREZ

Hospital Universitario, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, NL.

ANTECEDENTES: La agenesia del ductus venoso es una anomalía vascular fetal infrecuente. En las variantes extrahepáticas, la vena umbilical puede drenar directamente a la circulación sistémica, generando alteraciones hemodinámicas. Puede

asociarse con anomalías estructurales y genéticas, sobrecarga cardiovascular y alteraciones del crecimiento fetal.

CASO CLÍNICO: Paciente primigesta de 19 años, evaluada a las 24 semanas. Se identificó agenesia del ductus venoso con derivación umbilico-sistémica extrahepática hacia la aurícula derecha. El seguimiento mostró cardiomegalia, dilatación de cavidades y persistencia de vena cava superior izquierda, sin insuficiencia cardíaca ni hidropesía. El crecimiento descendió de p25 a p3. Cariotipo 46,xy. A término nació un varón de 2705 g, apgar 8/9. Posnatalmente se documentó comunicación interventricular y vena porta permeable.

CONCLUSIÓN: La agenesia del ductus venoso con derivación extrahepática requiere caracterización anatómica y hemodinámica detallada. El seguimiento ecocardiográfico y del crecimiento fetal, junto con la evaluación cardiovascular y portal posnatal, permite identificar complicaciones y optimizar la planificación perinatal.

Síndrome de Body Stalk

JUAN ANTONIO SORIA LÓPEZ, GLA EVELYN BARRERA LANDA, KENIA YARESSY ZAVALA ESPARZA, LUIS ABEL GUZMÁN OCHOA, ESTHELA JANET TREJO GUZMÁN

Hospital Universitario, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, NL.

ANTECEDENTES: El síndrome de Body Stalk es una anomalía congénita poco frecuente y letal, caracterizada por defecto grave de la pared abdominal, alteraciones de columna y extremidades, y cordón umbilical ausente o corto. El diagnóstico prenatal mediante ultrasonografía permite diferenciarlo de otros defectos de la pared abdominal, establecer el pronóstico y brindar asesoramiento familiar.

CASO CLÍNICO: Evaluación prenatal mediante ultrasonido obstétrico y seguimiento materno-fetal. Se analizaron los hallazgos estructurales, incluyendo pared abdominal, cordón umbili-

cal, columna y extremidades. Se documentó la evolución obstétrica, así como los hallazgos al nacimiento y evolución neonatal.

RESULTADOS: A las 23 semanas se identificó defecto amplio infraumbilical de la pared abdominal con exteriorización de asas intestinales, cordón umbilical corto, arteria umbilical única, escoliosis, deformidad de extremidades inferiores y quiste del alantoides, integrándose síndrome de Body Stalk. A las 29 semanas tuvo ruptura prematura de membranas pretérmino. Se realizó cesárea, obteniéndose recién nacida de 1,750 g, Apgar 1/1, con los defectos estructurales descritos. Recibió cuidados paliativos y falleció a los pocos minutos.

CONCLUSIÓN: El reconocimiento ultrasonográfico prenatal del síndrome de body stalk permite establecer el diagnóstico, pronóstico y diferenciarlo de otros defectos de la pared abdominal. La identificación de sus hallazgos característicos facilita la planificación del tratamiento obstétrico, el asesoramiento oportuno y el acompañamiento integral de la familia.

Malformación linfática macroquística cervical

ABEL GUZMÁN LÓPEZ, KENIA YARESSY ZAVALA ESPARZA, EGLA EVELYN BARRERA LANDA, TOMÁS IGNACIO GUZMÁN PÉREZ, ESTHELA JANET TREJO GUZMÁN

Hospital Universitario, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, NL.

ANTECEDENTES: Las malformaciones linfáticas son anomalías vasculares congénitas de bajo flujo, clasificadas en macroquísticas, microquísticas o mixtas. Predominan en cabeza y cuello y pueden comprometer la vía aérea. El ultrasonido y la resonancia magnética fetal permiten caracterizar su extensión y relación con estructuras adyacentes y facilitar la planeación del nacimiento.

CASO CLÍNICO: Seguimiento prenatal y posnatal. Se realizó ultrasonido obstétrico seriado para caracterizar una tumoración cervical fetal y



resonancia magnética para evaluar su extensión y relación con la vía aérea. Posteriormente, se efectuó ultrasonido posnatal. El caso recibió atención multidisciplinaria.

RESULTADOS: El ultrasonido prenatal identificó una masa submandibular quística de 29 x 28 mm. La resonancia fetal mostró una lesión multiquística transespacial de 26 x 33.6 x 38.7 mm con desplazamiento de la vía aérea. Alcanzó 70 x 40 mm a las 33 semanas. Nació a término por vía vaginal, Apgar 9/10. Presentó desaturaciones neonatales; el ultrasonido posnatal confirmó lesión macroquística septada. Se realizó escleroterapia con bleomicina.

CONCLUSIÓN: La integración del ultrasonido seriado y la resonancia fetal permitió caracterizar la lesión, valorar la vía aérea y planificar el nacimiento. La variación entre la apariencia prenatal y posnatal evidencia su carácter dinámico. El seguimiento multidisciplinario permite anticipar complicaciones respiratorias e individualizar el tratamiento neonatal.

Embarazo y coartación de la aorta

VICTORIA MARTÍNEZ GAYTÁN, LAURA PATRICIA GALLEGOS-GLORIA, MARÍA VANESSA SÁNCHEZ MARTÍNEZ, NANCY ELENA GUZMÁN DELGADO, LUIS ALBERTO PUGLIESE DE LA FUENTE

Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Ginecoobstetricia 23.

ANTECEDENTES: La coartación de la aorta cardiopatía congénita, aun después de una reparación exitosa con stent, suele cursar con hipertensión arterial secundaria crónica debido a una remodelación vascular persistente. En la gestación, los cambios hemodinámicos incrementan el riesgo de complicaciones cardiovasculares. Los consensos actuales de cardio-obstetricia, requieren una vigilancia estrecha del perfil tensional y una selección farmacológica rigurosa para evitar efectos adversos materno-fetales, como la fetopatía por fármacos contraindicados.

CASO CLÍNICO: Paciente de 29 años, con an-

tecedente cardiovascular de coartación aórtica pos ductal a los 15 años, tratada mediante angioplastia con stent endovascular (UMAE 34), evolucionando con hipertensión arterial secundaria persistente y remodelado concéntrico del ventrículo izquierdo. Referida a las 13.6 semanas de gestación para tratamiento por el equipo de cardioobstetricia, a la exploración física del tercer trimestre (34.3 semanas de gestación), hemodinámicamente estable, el seguimiento ecocardiográfico previo a la interrupción del embarazo reportó un stent permeable, sin evidencia de gradientes residuales significativos ni signos de coartación. La paciente asintomática en tercer trimestre. Ecocardiograma reveló una fevi del 57% y un patrón de remodelado concéntrico del ventrículo izquierdo (GPR 0.44). El stent aórtico normo funcional y sin gradientes significativos.

RESULTADOS: El control prenatal se suspendió el esquema previo (NEBIVOLOL/HCTZ) por riesgo fetal y se inició nifedipino 30 mg (cada 12-24 h), controlando cifras tensionales. A las 34.3 semanas de gestación, cambio a telmisartán 40 mg cada 12 h y metoprolol 25 mg cada 12 h. Se programa cesárea electiva para evitar el esfuerzo hemodinámico del parto vaginal y minimizar el riesgo de disección o insuficiencia cardíaca.

CONCLUSIÓN: El remodelado concéntrico confirma que la hipertensión secundaria ha impactado en la estructura del ventrículo izquierdo. Esta información es para clasificar a la paciente en un grupo de mayor riesgo y planificar una resolución del embarazo controlada, evitando las descompensaciones que podrían ocurrir durante un trabajo de parto prolongado.

Signo de doble burbuja en el diagnóstico prenatal

LUIS ABEL GUZMAN OCHOA, RAMÓN ARMANDO LOBO OLIVA, MARÍA CELESTE ESQUIVEL MARTÍN, LILIA CANO HINOJOSA, CÉSAR EMMANUEL RAMÍREZ MARTÍNEZ

Hospital Universitario, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, NL.

ANTECEDENTES: El signo de la “doble burbuja” es un hallazgo ecográfico característico de obstrucción intestinal proximal, siendo la atresia duodenal una de sus principales causas. Puede presentarse de forma aislada, asociada con otras anomalías congénitas o a alteraciones cromosómicas, particularmente trisomía 21. Reconocer otras causas permite ampliar el diagnóstico diferencial y optimizar la evaluación prenatal.

CASO CLÍNICO: Paciente de 13 años, primigesta, con doble burbuja y polihidramnios, asociándose hipoplasia nasal. Ante la sospecha inicial de trisomía 21, se realizó amniocentesis y amniodrenaje, con extracción de 1850 cc de líquido amniótico. El cariotipo reportó 46,xx, descartando cromosomopatía fetal.

RESULTADOS: Se realizó cesárea electiva a las 38 semanas, obteniéndose recién nacida femenina de 2830 g, talla 51 cm y Apgar 7/8. Ingresó a UCIN, donde radiografía confirmó signo de doble burbuja compatible con atresia duodenal. A los 2 días de vida se efectuó procedimiento de Kimura con duodenoduodenostomía, identificándose malrotación intestinal.

CONCLUSIÓN: El signo de doble burbuja constituye un hallazgo ecográfico prenatal sugestivo de obstrucción gastrointestinal, clásicamente asociado con atresia duodenal y trisomía 21. Sin embargo, este caso demuestra la importancia de ampliar el diagnóstico diferencial ante un cariotipo normal, considerando otras entidades como la malrotación intestinal. La correlación entre los hallazgos ecográficos prenatales y la evaluación posnatal permite establecer un diagnóstico oportuno y favorecer una adecuada planificación perinatal.

Embarazo ectópico cervical: infiltración y ruptura

VEGA CÁRDENAS JAVIER, AHUMADA SOTO ANDRÉS, ZÁRATE QUEZADA SERVANDO, ESCAMILLA LÓPEZ ERNESTO, FLORES ROMERO JOSÉ EDUARDO, MALDONADO MUÑOZ EVELYN

Sector privado

ANTECEDENTES: La gestación ectópica ocurre cuando el embarazo se desarrolla fuera de la cavidad endometrial, afectando del 1 al 2% de las gestaciones y manteniendo una alta mortalidad materna. Aunque el 98% de los casos se localizan en las salpinges, el embarazo cervical es una variante con un 1% de incidencia, implantándose por debajo del orificio cervical interno. Sus factores de riesgo incluyen daño tubárico, infecciones y tabaquismo. La tríada clásica se presenta en menos del 50% de los casos, siendo el ultrasonido transvaginal el método diagnóstico principal.

CASO CLÍNICO: Paciente de 33 años de edad. Ciclos regulares. G:5 c:2 a:2 método ritmo. La paciente acude por prueba cualitativa de embarazo positiva 2 semanas antes, con 7 semanas de retraso menstrual. Refiere sangrado vaginal abundante de 2 días de evolución, dolor en hipogastrio de moderada intensidad, distensión y polaquiuria. En la exploración física, los signos vitales fueron normales. Abdomen blando, sin datos de irritación peritoneal. Ultrasonido endovaginal: Útero de 11 x 5.4 x 6.4 cm. Pared uterina anterior irregular a nivel del istmo y cavidad uterina ocupada por tejido heterogéneo irregular, hiperecogénico en algunas zonas y con colección líquida en otras, similar a saco gestacional. Ovarios sin alteraciones. Hemodinámicamente estable. Se realizó un legrado uterino de emergencia para controlar la hemorragia. Durante el procedimiento se presentó hemorragia profusa, por lo que se realizaron una laparotomía exploratoria y una histerectomía, preservando ambos ovarios. Evolución postquirúrgica sin eventualidades. Histopatológico: embarazo ectópico cervical uterino con infiltración y ruptura de la pared uterina a nivel de la unión del cuerpo con el cuello uterino.

CONCLUSIÓN: El embarazo ectópico cervical es una entidad infrecuente pero potencialmente letal por su alto riesgo de hemorragia. Debe sospecharse en toda paciente con antecedente de legrado uterino o cesárea previa que presente sangrado transvaginal y prueba de embarazo



positiva, incluso en ausencia de la tríada clásica. El diagnóstico temprano permite iniciar tratamiento conservador y preservador de la fertilidad antes de que se produzca infiltración miometrial extensa.

Síndrome nefrótico en el embarazo

ANAID HERRERÍAS-GARCÍA, GRECIA PAULINA PÉREZ-RAMÍREZ, LUIS ARTURO CASTALDI-BERMÚDEZ

ANTECEDENTES: El síndrome nefrótico en el embarazo constituye una entidad clínica poco frecuente, pero de gran relevancia debido a sus implicaciones tanto maternas como fetales. Se caracteriza por proteinuria masiva, hipoalbuminemia, edema generalizado e hiperlipidemia, condiciones que pueden complicarse al coexistir con los cambios fisiológicos propios de la gestación. La atención médica oportuna resulta fundamental porque se asocia con mayor riesgo de preeclampsia, lesión renal aguda, restricción del crecimiento fetal, parto pretérmino y aumento de la morbilidad perinatal.

CASO CLÍNICO: Primigesta con artromialgias difusas, edema ascendente en ambas extremidades inferiores. Acudió a la cita de control prenatal donde se detectó proteinuria en rangos nefróticos de 5,552 mg/24 h, paraclínicos positivos para lupus eritematoso sistémico con actividad renal, serosa, articular, serológica y hematológica (SLEDAI 16 puntos), con probable nefritis lúpica. Se inició tratamiento con pulsos de metilprednisolona 500 mg IV cada 24 h, azatioprina 75 mg oral cada 24 horas e hidroxicloroquina 200 mg oral cada 24 h. El tratamiento de la paciente con lupus durante el embarazo debe ser multidisciplinario. Se inicia con hidroxicloroquina porque disminuye la actividad de la enfermedad, permite ahorrar esteroides y ha disminuido los desenlaces maternos adversos; en los casos en los que la enfermedad no se controle se recomienda añadir corticoesteroides no fluorados para evitar el paso transplacentario, manteniendo la dosis mínima efectiva. Existen

casos de refractariedad al tratamiento, donde se debe optimizar la terapia inmunosupresora con azatioprina o tacrolimus.

CONCLUSIÓN: El LES es una enfermedad multisistémica que conlleva riesgo de desenlaces adversos maternos y fetales. La terapia médica requiere ajustes de tratamiento periódicos, seguimiento estrecho para determinar periodos de actividad o remisión de la enfermedad; se debe aconsejar optimizar el control de la enfermedad antes del embarazo.

Arteritis de Takayasu en el embarazo

ANAID HERRERÍAS-GARCÍA, GRECIA PAULINA PÉREZ-RAMÍREZ, LUIS ARTURO CASTALDI-BERMÚDEZ

ANTECEDENTES: Semanas con antecedente de evento vascular cerebral isquémico izquierdo a los 16 años. A la exploración física destacan claudicación de extremidades superiores, carotidinia derecha, soplo sistólico multifocal de predominio en foco aórtico grado III, soplo carotídeo bilateral, soplo subclavio bilateral, con pulso humeral derecho +, humeral izquierdo +++, radial derecho ++ radial izquierdo +++, presión arterial brazo derecho 110/70 mmHg brazo izquierdo 120/80 mmHg, hemiparesia derecha 3/5.

CASO CLÍNICO: Se solicitó valoración por reumatología por sospecha de arteritis de Takayasu. Se solicitaron como estudios complementarios niveles de complemento c3 y c4, antitiro anti LA, anti SM, anti nucleosoma, y ecocardiograma transtorácico y angiorresonancia de arco aórtico y vasos supraaórticos. Se mantuvo bajo control con prednisona, azatioprina y cloroquina. Se calculó un ITAS10 (Indian Takayasu Clinical Activity Score) de 8 puntos, con actividad de la enfermedad presente; sin embargo, con mejoría de los síntomas. La arteritis de Takayasu aumenta significativamente el riesgo de complicaciones maternas y fetales durante el embarazo, con tasas de eventos adversos del 40-50%. La actividad de la enfermedad es el factor de riesgo más

importante para las complicaciones, por lo que la concepción debe planificarse idealmente durante la remisión. Las complicaciones maternas ocurren en 40% de los embarazos e incluyen hipertensión (37%), preeclampsia (14-24%) y progresión de la enfermedad vascular.

CONCLUSIÓN: La arteritis de Takayasu durante el embarazo constituye un desafío clínico complejo que requiere una intervención coordinada e interdisciplinaria entre reumatología, medicina materno-fetal y cardiología. El uso oportuno y riguroso de inmunomoduladores compatibles con la gestación es indispensable para prevenir brotes vasculares sin comprometer la viabilidad ni el desarrollo fetal.

Gastrosquisis más defecto cerrado lumbosacro

MILENNY SARAHÍ VÁZQUEZ GÓMEZ, JUAN DE DIOS BAUTISTA

ANTECEDENTES: La gastrosquisis y los defectos del tubo neural (DTN) son malformaciones congénitas originadas por alteraciones del cierre embrionario temprano. Aunque ambas entidades son frecuentes de forma aislada, su coexistencia es excepcional y la evidencia disponible se limita a tres casos publicados en dos artículos durante la última década.

CASO CLÍNICO: Paciente primigesta de 17 años con control prenatal tardío y ausencia de suplementación preconcepcional con ácido fólico. El ultrasonido obstétrico del tercer trimestre identificó una lesión quística lumbosacra compatible con un defecto cerrado del tubo neural y un defecto de la pared abdominal anterior compatible con gastrosquisis. La reconstrucción tridimensional permitió una mejor caracterización anatómica, aunque no fue posible definir el contenido del saco. A las 37.6 semanas de gestación se realizó cesárea por afectación del bienestar fetal. La recién nacida fue sometida a corrección quirúrgica de la gastrosquisis; sin embargo, tuvo una evolución neonatal desfavorable y falleció por choque séptico asociado

a deterioro clínico progresivo. No se realizó resonancia magnética ni confirmación quirúrgica del contenido del saco, por lo que el diagnóstico se limitó a un defecto cerrado del tubo neural.

CONCLUSIÓN: Este caso amplía la limitada evidencia sobre la asociación entre gastrosquisis y los defectos cerrados del tubo neural, y resalta la importancia del diagnóstico prenatal, la referencia oportuna a centros especializados y la atención médica multidisciplinaria para optimizar el tratamiento perinatal.

Mola hidatidiforme parcial con feto coexistente

CORZO MATÍAS GABRIELA ANAHÍ, BARAJAS ALEJANDRES MICHELLE ALEJANDRA, ESTRELLA ESQUIVEL SAÚL, HERNÁNDEZ RIVERO DEYSI ANDREA, CASTAÑEDA RUIZ TANIA BETZABE

ANTECEDENTES: La mola hidatidiforme parcial con feto coexistente es una entidad poco frecuente, con una incidencia estimada de 0.005-0.01% de los embarazos. La progresión hasta el tercer trimestre es excepcional y se asocia con complicaciones maternas y fetales graves, como preeclampsia, desprendimiento prematuro de placenta y muerte fetal. Además, sus hallazgos ecográficos pueden simular otras afecciones placentarias que dificultan el diagnóstico prenatal.

CASO CLÍNICO: Paciente de 33 años con embarazo de 31.3 semanas e hipertensión arterial crónica, que ingresó por disminución de movimientos fetales y preeclampsia sobreagregada. El ultrasonido mostró bradicardia fetal, derrame pleural, ventriculomegalia y placenta heterogénea con múltiples espacios quísticos, sugierentes de displasia mesenquimal placentaria. Se realizó cesárea de urgencia, documentándose desprendimiento prematuro de placenta del 100%, hemorragia obstétrica de 1200 mL y óbito de 1800 g. El estudio histopatológico fue compatible con mola hidatidiforme parcial; la inmunohistoquímica para p57 mostró expresión positiva limitada. La β -hCG se negativizó



(<2.39 mUI/mL) a los 123 días, sin evidencia de enfermedad trofoblástica gestacional persistente.

CONCLUSIÓN: La mola hidatidiforme parcial debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial de placentas quísticas asociadas con preeclampsia de inicio temprano y deterioro fetal. La correlación entre los hallazgos clínicos, ecográficos e histopatológicos permitió establecer el diagnóstico compatible con mola parcial y orientar un seguimiento exitoso mediante β -hCG seriada.

Mola parcial, feto coexistente e hipertiroidismo

JOVELLY PÉREZ BENÍTEZ, BEATRIZ CANO CORTEZANO, ARNULFO EDUARDO SÁNCHEZ CANO

ANTECEDENTES: La enfermedad trofoblástica gestacional comprende alteraciones derivadas del trofoblasto, siendo la mola hidatidiforme su presentación más frecuente. El hipertiroidismo grave se asocia principalmente con mola completa y elevada β -hCG. Presentamos un caso inusual de mola hidatidiforme parcial con feto coexistente, β -hCG extrema (~1.5 millones mUI/mL) e hipertiroidismo clínicamente significativo.

CASO CLÍNICO: Paciente con embarazo molar parcial con feto coexistente, asociado a concentración extrema de β -hCG ($\approx$ 1.5 millones mUI/mL) e hipertiroidismo clínico-bioquímico. La atención integral permitió establecer el diagnóstico, estabilizar la función tiroidea y resolver el embarazo. El estudio histopatológico confirmó mola hidatidiforme parcial invasora. La evolución posterior fue favorable, sin complicaciones endocrinas mayores.

CONCLUSIÓN: La mola hidatidiforme parcial con feto vivo es una presentación excepcional de la enfermedad trofoblástica gestacional y un reto diagnóstico ante la vitalidad fetal y β -hCG extrema. La integración oportuna de hallazgos clínicos, bioquímicos, ultrasonográficos e histopatológicos permitió un tratamiento multidisciplinario y dirigido que favoreció un desenlace materno adecuado.

Corrección fetal intrauterina de mielomeningocele

RICARDO EMANUEL MENDOZA LÓPEZ, ALBERTO BALDERAS MERCADO, JESÚS MANUEL ORTEGA FLORES, YARA KARIME FIERRO OSTOS

ANTECEDENTES: La reparación quirúrgica intrauterina es un procedimiento indicado en estos casos de mielomeningocele abierto asociado con malformación de Chiari II. El diagnóstico prenatal y la evaluación de la evolución maternofetal forman parte de su atención.

CASO CLÍNICO: Paciente de 28 años, primigesta, con antecedente de arritmia sinusal en tratamiento con bisoprolol y control prenatal desde el primer trimestre. El ultrasonido de tamizaje del primer trimestre reportó bajo riesgo para aneuploidías y preeclampsia. Durante el ultrasonido estructural a las 22 semanas de gestación se identificó defecto abierto del tubo neural compatible con mielomeningocele, asociado a malformación de Chiari II y pie equinovaro bilateral. La paciente fue referida a medicina materno-fetal para evaluación multidisciplinaria e integración de protocolo para reparación fetal intrauterina.

CONCLUSIÓN: El diagnóstico prenatal sonográfico identifica candidatos a reparación intrauterina del mielomeningocele, con potenciales beneficios neurológicos y menor necesidad de derivación de LCR, pero riesgos obstétricos. En este caso, la cirugía a las 25+4 semanas logró cierre adecuado y función motora conservada sin derivación, aunque la ruptura prematura de membranas y el parto pretérmino resaltan ese equilibrio riesgo-beneficio.

Cardiopatía fetal compleja

ALDO ALEXIS HERNÁNDEZ GARCÍA, PIEDAD OMAR MÉNDEZ AGUIRRE, CINTHIA MARICELA MERCADO GARCÍA, MARÍA FERNANDA CRUZ GARCÍA

ANTECEDENTES: Las cardiopatías congénitas constituyen las malformaciones estructurales

más frecuentes. La doble salida del ventrículo derecho es una cardiopatía poco frecuente y heterogénea, cuyo pronóstico depende de la anatomía intracardiaca asociada. Su coexistencia con dextrocardia, situs solitus y canal auriculoventricular completo desbalanceado representa una combinación anatómica infrecuente que dificulta la caracterización prenatal.

CASO CLÍNICO: Primigesta de 18 años referida a las 29 semanas por dextrocardia fetal. La evaluación ecocardiográfica seriada documentó situs solitus, dextrocardia, canal auriculoventricular con progresión de balanceado a desbalanceado, comunicación interauricular tipo ostium primum, comunicación interventricular de entrada, doble salida ventricular, malposición de grandes vasos con aorta anterior y estenosis pulmonar. Permaneció clínicamente estable durante el seguimiento. A las 39.1 semanas se obtuvo mediante cesárea un recién nacido masculino de 2935 g, Apgar 8/9. La ecocardiografía neonatal confirmó dextrocardia, canal auriculoventricular completo desbalanceado, doble salida del ventrículo derecho con aorta anterior, comunicaciones interauriculares ostium primum y secundum, comunicación interventricular de entrada y estenosis pulmonar leve. La anatomía secuencial fue considerada desfavorable para corrección quirúrgica.

CONCLUSIÓN: La ecocardiografía fetal seriada permitió identificar prenatalmente los principales componentes de una cardiopatía compleja. La evaluación posnatal fue indispensable para precisar las conexiones ventriculoarteriales, establecer la anatomía definitiva y determinar el pronóstico terapéutico.

Embarazo tricorial pentaamniótico

IZYALI JIMÉNEZ PÉREZ, ANTONIO RODRÍGUEZ QUINTERO, VANESA VALDEZ HERNÁNDEZ

ANTECEDENTES: La gestación múltiple se asocia con un incremento en la morbilidad materna y perinatal debido a las altas tasas de

complicaciones asociadas a la corionicidad y amnionicidad y al incremento en el riesgo de patologías maternas. Los embarazos de alto orden fetal representan el 0.4% de los nacimientos en México, siendo un reto en medicina por la alta complejidad en el tamizaje, control prenatal y momento ideal de resolución de la gestación, con el objetivo de disminuir complicaciones materno-fetales.

CASO CLÍNICO: Se realizó seguimiento minucioso, registrando los hallazgos obtenidos en las consultas de control prenatal, incluyendo curva del crecimiento fetal, búsqueda intencionada de patología monocorial, clínica materna, complicaciones y deterioro bioquímico. Esto nos permitió valorar el momento adecuado para la resolución de la gestación, incluyendo el apoyo de diversos especialistas (medicina materno-fetal, neonatología, unidad de cuidados intensivos obstétricos y anestesiología). Una vez egresados por mejoría, se dio seguimiento en la consulta externa de neonatología y ginecología logrando un caso exitoso. El tratamiento multidisciplinario por los servicios de materno fetal, neonatología y otros servicios del hospital permitió hacer de este caso un éxito al llevar a la viabilidad a los fetos a pesar de la prematurez extrema. La madre egresó por mejoría a las 48 horas de la cirugía. Cuatro de los cinco recién nacidos egresaron a los 3 meses por mejoría, continuando seguimiento en la consulta externa de neonatología. Desgraciadamente el feto D falleció a consecuencia de complicaciones propias de la prematurez.

CONCLUSIÓN: La detección oportuna nos permitió establecer un control prenatal estrecho, así como tratamiento oportuno de complicaciones que se tuvieron. A pesar de no existir guías específicas en el tratamiento de embarazos de alto orden fetal, el seguimiento integral y la atención multidisciplinaria hicieron de este caso un suceso único y exitoso.

Trisomía 18 (síndrome de Edwards)

JORGE ALFREDO ISAIS PLATA, ARIZ SANDOVAL ALVARADO



ANTECEDENTES: El síndrome de Edwards es un trastorno cromosómico autosómico caracterizado por un cromosoma 18 extra, con rasgos clínicos distintivos. Las características clínicas del síndrome de Edwards son: deficiencia de crecimiento prenatal, características craneofaciales específicas, microcefalia y otras anomalías menores, malformaciones importantes, y marcado retraso psicomotor y cognitivo del desarrollo.

CASO CLÍNICO: Paciente de 23 años sin antecedentes crónico-degenerativos, en el segundo embarazo, con aborto previo, sin control prenatal adecuado quien acude a medicina materno-fetal a valoración a las 31 semanas de gestación por infecciones de vías urinarias recurrentes sin contar con tamizajes estructurales ni estudios de laboratorio básicos. Se realizó un ultrasonido estructural limitado donde se encuentra embarazo con feto único de 29 semanas por fetometría promedio con feto pequeño anormal (restricción de crecimiento secundaria), polihidramnios sin justificación (probable atresia gastrointestinal), arteria umbilical única, quiste de cordón umbilical, agenesia renal, mano trisómica, microftalmia (percentil 0), cardiopatía (vista de 4 cámaras alterada con predominio de cavidades derechas), micromelia, pie en mecedora, alteración en la estructura craneal (occipucio prominente). La paciente acudió a consulta a las 37 semanas con óbito. El procedimiento obstétrico fue por vía vaginal, con obtención de un óbito de sexo femenino, con cordón con arteria umbilical única, quiste en el cordón umbilical, micromelia, implantación auricular baja y mano de características sindrómicas.

CONCLUSIÓN: El síndrome de Edwards (o trisomía 18) es una aneuploidía cromosómica causada por una tercera copia, total o parcial, del cromosoma 18 en las células del cuerpo, en lugar del par habitual. El pronóstico de morbi-mortalidad es extremadamente desfavorable. Se considera una condición letal en la gran mayoría de los casos, con una tasa de muerte intrauterina del 95%. De los nacidos vivos, aproximadamente el 50% fallece durante la primera semana de

vida, solo un 5% supera el primer año de vida. Esta prolongación de la supervivencia se asocia a menudo con variantes menos severas, como la trisomía 18 en mosaico, por lo que la cantidad de malformaciones está directamente relacionada con el pronóstico, como en este caso, que tuvo un desenlace fatídico.

Rabdomiomas cardíacos múltiples y variante TSC2

ARCELIA REYES AZOCAR, LUIS FELIPE COYOTECATL RAMOS, DIANA JIMÉNEZ GONZÁLEZ

ANTECEDENTES: Las tumoraciones cardíacas fetales son poco frecuentes. Entre ellas se encuentran los rabdomiomas, teratomas y fibromas. Los rabdomiomas pueden asociarse con esclerosis tuberosa. El tamaño y la localización de las tumoraciones pueden comprometer la función cardíaca fetal.

CASO CLÍNICO: Paciente de 35 años, con tres gestaciones y dos abortos previos, evaluada a las 24 semanas de gestación. El ultrasonido estructural identificó tres tumoraciones cardíacas fetales; la mayor midió 2.1×1.54 cm y estaba adherida al septo interventricular, con obstrucción parcial del flujo mitral y del tracto de salida del ventrículo izquierdo. El análisis del exoma completo identificó una variante en TSC2, descrita en ambas versiones como compatible con esclerosis tuberosa; no se proporciona su nomenclatura ni su clasificación de patogenicidad. Se inició tratamiento con un inhibidor de mTOR y se documentó estabilidad tumoral. Posteriormente se describieron disección del tabique interauricular, atrio común fisiológico, disfunción diastólica biventricular, insuficiencia mitral, dilatación auricular izquierda y probable pseudocoartación de la aorta. La insuficiencia mitral se describe como severa en una versión y aguda en la otra; su gravedad y temporalidad requieren corroboración en el informe original. No se documenta el desenlace final del embarazo.

CONCLUSIÓN: En el caso presentado, las tumo-

raciones cardíacas se asociaron con alteraciones estructurales y funcionales graves y un pronóstico fetal desfavorable. La evolución descrita ilustra la posibilidad de complicaciones graves; sin embargo, no se documenta el desenlace final del embarazo en la presentación del caso.

Lesión quística fetal: descompresión seriada

JULIA ISIS PARADA LÓPEZ, CAROLINA CARRILLO QUINTERO

ANTECEDENTES: Las lesiones quísticas intraabdominales fetales son infrecuentes. Los quistes mesentéricos presentan una incidencia estimada de 1 por cada 20.000 nacidos. Ecográficamente suelen ser anecoicos, uni o multiloculares y sin vascularidad. Cuando son voluminosos pueden comprimir o desplazar estructuras abdominales y aumentar la necesidad de tratamiento posnatal. Debido a su evolución variable y a la limitada precisión etiológica prenatal, requieren vigilancia ultrasonográfica y planificación perinatal multidisciplinaria.

CASO CLÍNICO: Paciente embarazada, de 25 años, referida a las 25.2 semanas por una lesión quística abdominal fetal de 330 cm³. Se efectuó ultrasonido bidimensional en planos axial, sagital y coronal, complementado con Doppler color, y seguimiento seriado. Por la persistencia del efecto de compresión y la reacumulación, se realizaron tres descompresiones percutáneas guiadas por ultrasonido a las 25.2, 27.5 y 30.2 semanas. El líquido aspirado se analizó mediante estudios citológicos y bioquímicos. La lesión fue anecoica, inicialmente unilocular y posteriormente multilocular, de pared delgada, sin componente sólido, calcificaciones ni vascularidad. El volumen aumentó de 330 a 415 cm³. Las tres descompresiones extrañeron 290, 215 y 285 cc, con reducción transitoria y reacumulación posterior; el líquido analizado fue de predominio inflamatorio. No hubo complicaciones, ascitis ni hidropesía. A las 38.3 semanas culminó el embarazo por cesárea, obteniéndose un varón de 3290 g, Apgar 8/9, sin indicación quirúrgica neonatal inmediata.

CONCLUSIÓN: La intervención fetal redujo temporalmente el volumen y el efecto de compresión. La evolución observada plantea la posibilidad de que la descompresión prenatal seriada, en casos cuidadosamente seleccionados, contribuya a optimizar las condiciones perinatales y permita diferir el tratamiento quirúrgico hasta una evaluación neonatal completa.

Aneurisma del septo interauricular en la vida fetal

STEPHANIE VALLE RODRÍGUEZ, HILDA SOCORRO HERNÁNDEZ VALADEZ, JOSÉ MANUEL GONZÁLEZ JAUREGUI, NICOLE MACÍAS LOZANO, ERNESTO BARRIOS PRIETO

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

ANTECEDENTES: Se documentaron tres casos de aneurisma del foramen oval mediante ecocardiografía fetal entre las 32.4 y 37 semanas de gestación, con diámetros de 8-9.7 mm y clasificación anatómica tipo 2I. No se identificaron alteraciones estructurales o funcionales asociadas. Los recién nacidos tuvieron adecuada adaptación neonatal, Apgar 8-9/9-9 y Silverman 0 a los 15 minutos. La evaluación cardiopediátrica posnatal confirmó aneurisma de la fosa oval, con dimensiones cavitarias normales, movilidad segmentaria conservada y adecuada función sistólica ventricular izquierda en los casos evaluados.

OBJETIVO: Describir los hallazgos ecocardiográficos, el impacto hemodinámico y los desenlaces perinatales en fetos con aneurisma del septo interauricular: experiencia en un centro terciario (Hospital Civil de Guadalajara Juan I Menchaca).

MÉTODO: Se estudió una serie retrospectiva de casos en un centro de referencia en medicina materno-fetal, incluyendo fetos con diagnóstico de aneurisma del septo interauricular durante el periodo de enero a diciembre de 2025. El aneurisma del septo interauricular es una dilatación congénita



asociada con debilidad estructural del tejido auricular. Aunque no existen criterios diagnósticos universales, suele definirse por un abultamiento de 0.5–1.5 cm o >25–50% del diámetro auricular. Generalmente constituye un hallazgo aislado, pero puede asociarse con arritmias y cardiopatías congénitas, por lo que requiere evaluación ecocardiográfica detallada. La mayoría de los fetos permanece asintomática y presenta evolución favorable, con resolución espontánea durante el primer año de vida, generalmente sin complicaciones posteriores significativas.

CONCLUSIÓN: El aneurisma del septo interauricular fetal es generalmente un hallazgo aislado, benigno y transitorio. Su identificación requiere evaluación ecocardiográfica completa para descartar cardiopatías asociadas y diferenciarlo de coartación aórtica. Se recomienda seguimiento seriado para detectar arritmias o alteraciones hemodinámicas. En casos aislados, el pronóstico es favorable, con resolución espontánea.

Terapia fetal con toxina botulínica en onfalocele

MARÍA FERNANDA SIERRA PICOS, JOSÉ FLORES RAMÍREZ, ERNESTO BARRIOS PRIETO, RICARDO JIMÉNEZ JIMÉNEZ, NATALIA ANDREA LUNA MARTÍNEZ

ANTECEDENTES: El onfalocele gigante es un defecto congénito de la pared abdominal con herniación visceral significativa, cuyo tratamiento neonatal representa un desafío por la desproporción entre el contenido herniado y la capacidad abdominal. La toxina botulínica tipo A produce relajación muscular temporal y se ha utilizado posnatalmente para facilitar el cierre abdominal. Su administración prenatal constituye una estrategia emergente orientada a aumentar la distensibilidad de la pared abdominal antes del nacimiento.

CASO CLÍNICO: Paciente de 36 años, primigesta, con diagnóstico de onfalocele desde las 14.5 semanas. El SNP-array no identificó variantes patogénicas. El ultrasonido mostró onfalocele gigante con herniación mayor del 80% del hígado,

defecto de 40 mm, saco de 71.8 x 45.5 x 44.9 mm y relación circunferencia onfalocele-abdominal del 40%. A las 34.4 semanas se intervino al feto, con sedación de la madre y anestesia al feto con fentanilo, vecuronio y atropina, calculados por peso fetal estimado. Mediante una guía ultrasonográfica se infiltraron 22 ui de toxina botulínica (1.2 UI/kg) en los músculos transversos y oblicuos abdominales izquierdos, sin complicaciones. A las 38.3 semanas se realizó cesárea, obteniéndose recién nacido masculino, Apgar 8/9. Cirugía pediátrica logró el descenso del saco y colocó parches hidrocoloides como tratamiento posnatal.

CONCLUSIÓN: La administración prenatal ecoguiada de toxina botulínica fue realizada sin complicaciones y seguida de descenso posnatal del saco. Esta estrategia podría favorecer la distensibilidad abdominal y facilitar la reducción visceral en neonatos con onfalocele gigante. Se cuenta con evidencia internacional disponible, lo que sustenta continuar su evaluación.

Acrania-exencefalia-anencefalia

RUIZ JIMÉNEZ ROBERTO, CHÁZARO CECEÑA MARIANA

ANTECEDENTES: La secuencia acrania-exencefalia-anencefalia constituye un defecto grave del tubo neural caracterizado inicialmente por ausencia parcial o completa de la bóveda craneal, con exposición del tejido cerebral. La ausencia de protección ósea favorece la degeneración progresiva del tejido neural y la evolución hacia el fenotipo anencefálico.

CASO CLÍNICO: Paciente de 25 años, primigesta, hemotipo O Rh positivo, sin antecedentes personales patológicos de relevancia. Durante el control prenatal se realizó ultrasonido obstétrico por medicina materno-fetal, identificándose feto único vivo, con: LCR: 5.85 cm; semanas de embarazo: 12.2 semanas; FCF: 163 lpm; DBP: no valorable; circunferencia cefálica: no valorable. La acrania-exencefalia representa una manifestación temprana de la secuencia acrania-exencefalia-anencefalia. La ausencia de

la bóveda craneal deja el tejido cerebral expuesto, favoreciendo su degeneración progresiva y evolución hacia anencefalia. La ultrasonografía del primer trimestre permite identificar estos hallazgos desde etapas tempranas. La evaluación ecográfica entre las 11 y 13+6 semanas permite detectar alteraciones mayores del sistema nervioso central. La valoración sistemática debe incluir la osificación de los huesos craneales y la morfología cerebral fetal.

CONCLUSIÓN: La secuencia acrania-exencefalia-anencefalia puede reconocerse mediante ultrasonografía desde el primer trimestre. La ausencia de la bóveda craneal asociada a tejido cerebral expuesto constituye el hallazgo fundamental para el diagnóstico temprano de acrania-exencefalia.

Disgenesia parcial del cuerpo calloso fetal

EUNICE DEL CARMEN CRUZ GALLEGOS, CYNTHIA MALENI ÁLVAREZ RAMÍREZ, BERENICE HERRERA PECINA, ÁLVARO GÓMEZ PEÑA

ANTECEDENTES: La disgenesia del cuerpo calloso (DCC) comprende un espectro que incluye agenesia completa o parcial e hipoplasia. Frecuencia reportada: 1.8-2.5 por 10,000 nacidos vivos. Puede presentarse de forma aislada o asociada a otras anomalías estructurales y/o cromosómicas. La sospecha prenatal surge ante la ausencia del cavum del septum pellucidum, ventriculomegalia o alteraciones de las estructuras de la línea media. Se recomienda realizar neurosonografía fetal dirigida y una búsqueda sistemática de anomalías asociadas, así como considerar la resonancia magnética fetal y el estudio genético. El consenso internacional de 2025 recomienda, ante la sospecha de DCC, una valoración especializada que incluya RM fetal y, cuando esté indicado, estudio genético invasivo.

CASO CLÍNICO: Paciente de 21 años, g1p0, con embarazo controlado, con hallazgos sugerentes de alteración del cuerpo calloso fetal a las 36.1 semanas de gestación. Se realizó evaluación

mediante ultrasonografía obstétrica-neurosonografía fetal y resonancia magnética fetal, complementada con revisión de los hallazgos clínicos e imagenológicos. Se realizó una revisión descriptiva de la bibliografía relacionada con el diagnóstico prenatal, caracterización y pronóstico de la disgenesia parcial del cuerpo calloso. A las 36.1 semanas de gestación, la ultrasonografía fetal identificó ventriculomegalia bilateral, colpocefalia, ausencia del cavum del septum pellucidum y trayecto anormal de la arteria pericallosa, hallazgos sugerentes de alteración del cuerpo calloso. La resonancia magnética fetal realizada el 24/07/2026 confirmó disgenesia parcial del cuerpo calloso, caracterizada por ausencia de tronco y esplenio, con remanente de rodilla. No se realizó estudio genético prenatal.

CONCLUSIÓN: La disgenesia parcial del cuerpo calloso representa un reto para el diagnóstico prenatal, debido a que puede ser más difícil de identificar que la agenesia completa. La identificación de anomalías asociadas es el principal determinante del pronóstico. La neurosonografía fetal y la resonancia magnética permiten una evaluación detallada de las estructuras de la línea media y contribuyen a identificar anomalías asociadas, fundamentales para el asesoramiento prenatal y la planificación perinatal.

Toxoplasmosis congénita: del diagnóstico prenatal

INDA NAVARRO LINDA YOLANDA, FREGOSO RON CÉSAR HUMBERTO, PERALTA GONZÁLEZ ÁLICA FERNANDA

ANTECEDENTES: La toxoplasmosis congénita es una infección fetal por *Toxoplasma gondii* adquirida por transmisión transplacentaria. Presentación: ausencia de manifestaciones hasta daño neurológico y ocular. Ventriculomegalia, hidrocefalia y calcificaciones intracraneales. El ultrasonido prenatal permite identificar alteraciones sugestivas y orientar el estudio etiológico.

CASO CLÍNICO: Paciente de la cuarta década



de la vida, con embarazo de 37.6 semanas de gestación, referida a medicina materno-fetal por ventriculomegalia fetal detectada mediante ultrasonido de crecimiento. El ultrasonido estructural reportó ventrículos laterales con dilatación, calcificaciones periventriculares, quistes posteriores de 6.7 mm x 55.5 mm y 6.9 mm x 7.9 mm, respectivamente. Debido a esto se decidió iniciar protocolo de determinación de la causa y perfil infeccioso. Se identificó la serología positiva para *Toxoplasma gondii*, con IGM de 27.9 e IGG >400 UI/mL, estableciéndose correlación entre la infección materna y los hallazgos neurológicos fetales. Se inició tratamiento con pirimetamina a dosis de 25 mg cada 8 horas; se resolvió el embarazo mediante cesárea, obteniéndose recién nacido masculino de 2865 g, Apgar 8/9 y Capurro de 39.5 semanas, con aparente hidrocefalia. Durante el periodo neonatal se realizó resonancia magnética cerebral y ultrasonido, evidenciándose hallazgos compatibles con ventriculomegalia. La toxoplasmosis congénita es una entidad grave cuya morbilidad fetal y neonatal depende de las semanas de embarazo al momento de la primoinfección materna. La tasa de transmisión vertical en el primer trimestre es menor; sin embargo, las secuelas fetales suelen ser significativamente más severas; por el contrario, las infecciones adquiridas en el tercer trimestre presentan una tasa de transmisión elevada, pero con manifestaciones subclínicas al nacimiento. En el presente caso, los hallazgos ultrasonográficos prenatales, caracterizados por la ventriculomegalia y calcificaciones periventriculares, representan marcadores clásicos de afección severa por *Toxoplasma gondii*. La correlación con una serología materna positiva permitió confirmar el diagnóstico etiológico de manera oportuna.

CONCLUSIÓN: La atención multidisciplinaria y la confirmación posnatal permiten valorar de manera oportuna la extensión del daño neurológico e iniciar tratamiento temprano, disminuyendo secuelas neurológicas, auditivas y oftalmológicas permanentes.

Estenosis pulmonar crítica fetal

MARÍA DE LOS ÁNGELES MEDINA ALMADA, LAURA ELENA LÓPEZ SAIZ

ANTECEDENTES: La estenosis pulmonar crítica fetal es una cardiopatía congénita caracterizada por obstrucción grave del tracto de salida del ventrículo derecho, que puede condicionar circulación pulmonar ductus-dependiente y deterioro de la función ventricular. La ecocardiografía fetal permite establecer el diagnóstico y valorar la repercusión hemodinámica mediante la dirección del flujo ductal, la función ventricular y la gravedad de la insuficiencia tricuspídea. Estos parámetros son fundamentales para determinar la severidad de la cardiopatía y estimar el pronóstico fetal y perinatal.

CASO CLÍNICO: Ecocardiografía fetal con dominancia de cavidades derechas, insuficiencia tricuspídea severa, válvula pulmonar hipoplásica con ausencia de flujo anterógrado, flujo ductal retrógrado y onda "a" reversa en ductus venoso, compatibles con afectación hemodinámica fetal grave.

CONCLUSIÓN: La estenosis pulmonar crítica fetal asociada a insuficiencia tricuspídea severa representa una cardiopatía de alto riesgo, con potencial de progresión hacia afectación hemodinámica grave y desenlace perinatal adverso. En este caso, la identificación de flujo ductal retrógrado y onda "a" reversa, marcadores de deterioro hemodinámico fetal, permitió reconocer una afectación cardiovascular avanzada, destacando la relevancia de la repercusión hemodinámica, además del diagnóstico anatómico, para establecer el pronóstico. La ausencia de tamizaje prenatal previo y la identificación de la cardiopatía a las 19+3 semanas resaltan la importancia de la evaluación estructural y cardiovascular fetal oportuna. La vigilancia estrecha, el asesoramiento familiar y el tratamiento multidisciplinario son fundamentales para orientar la conducta y la atención perinatal.

Más allá del exitus fetal de un gemelo

LILIANA GUADALUPE BARAJAS ZÚÑIGA, KARLA OLIVOS ÁVILA, INGRID PAMELA RODRÍGUEZ MINGUELA, CARMEN ESTHER LEÓN BARAJAS, MAURICIO ANTONIO SILVA DELGADO

ANTECEDENTES: El síndrome de transfusión feto-fetal (STFF) es una complicación grave de las gestaciones monocoriales, secundaria a un desequilibrio hemodinámico entre los fetos a través de anastomosis vasculares placentarias. La muerte fetal intrauterina espontánea puede presentarse hasta en 6.2% de los embarazos gemelares. Después de la muerte de un gemelo, los sobrevivientes monocoriales presentan cinco veces mayor riesgo de muerte (15%) y cuatro veces mayor riesgo de secuelas neurológicas (26%; *or* 4.81) que los bicoriales (2%).

CASO CLÍNICO: Paciente con gestación gemelar monocorial diagnosticada durante el primer trimestre, complicada por síndrome de transfusión feto-fetal estadio V de Quintero. El gemelo B tuvo deterioro progresivo y falleció a las 11 semanas de gestación. Posteriormente, se realizó vigilancia estrecha del gemelo A mediante seguimiento ultrasonográfico, Doppler, neurosonografía y resonancia magnética con valoración seriada de crecimiento y bienestar fetal. A pesar del antecedente de muerte de su gemelo y del riesgo de complicaciones derivadas de las comunicaciones vasculares placentarias, el gemelo A tuvo evolución favorable, alcanzando las 36 semanas de gestación, momento en que se resolvió el embarazo.

CONCLUSIÓN: La muerte de un gemelo en una gestación monocorial por STFF representa un evento de alto riesgo para el sobreviviente. La vigilancia estrecha y la evaluación neurológica permiten identificar oportunamente complicaciones y establecer seguimiento individualizado.

Arteria umbilical única y ectopia renal cruzada

ALEJANDRO ROBERTO PLIEGO PÉREZ, NANCY SIERRA LO-

ZADA, MARIANA VALENCIA CASARRUBIAS, SYLVIA YESSICA ROCHA GARCÍA

ANTECEDENTES: El cordón umbilical normal contiene tres vasos: dos arterias y una vena. La arteria umbilical única es la anomalía vascular más frecuente del cordón y se origina por agenesia primaria, atrofia o trombosis secundaria de una de las arterias. Su prevalencia es de 0.3-0.5% en la población general, aumenta a 2.1-2.4% en muertes fetales y a 5.9% en pacientes de alto riesgo sometidas a procedimientos invasivos de diagnóstico prenatal, y es de 3 a 4 veces más frecuente en gestaciones múltiples. Entre el 21% y el 50% de los fetos con arteria umbilical única presentan malformaciones estructurales congénitas asociadas en uno o más sistemas orgánicos.

CASO CLÍNICO: Paciente de 35 años, sin antecedentes relevantes, cursando su tercer embarazo con adecuado control prenatal. En el ultrasonido estructural de la semana 29 se apreció fosa renal derecha vacía, por lo que se solicitó resonancia magnética, que corroboró ausencia total de tejido renal derecho y riñón izquierdo aumentado de tamaño, lobulado y con doble sistema colector. Se describe el caso de un recién nacido con arteria umbilical única y ectopia renal cruzada fusionada, diagnosticadas prenatalmente, y se integra una revisión de la etiopatogenia, la frecuencia de malformaciones asociadas y el protocolo del procedimiento diagnóstico y seguimiento multidisciplinario. Se revisó el expediente clínico electrónico, recabando los estudios de la clínica materno-fetal de la institución y los estudios de gabinete proporcionados por el médico tratante. Se realizó una búsqueda bibliográfica con los términos arteria umbilical única, ectopia renal cruzada y anomalías de cordón umbilical.

CONCLUSIÓN: La arteria umbilical única debe considerarse un signo de alarma que exige un examen ecográfico estructural detallado. El pronóstico neonatal de la ectopia renal cruzada fusionada asociada a esta patología es favorable con función renal conservada y seguimiento multidisciplinario ambulatorio estricto.



Comunicación interventricular múltiple

KAREN SOFÍA LOREDO SÁENZ, ALDO FCO RODRÍGUEZ RUIZ

ANTECEDENTES: Las comunicaciones interventriculares constituyen una de las cardiopatías congénitas más frecuentes. Las formas múltiples representan aproximadamente 5 a 10% de los defectos septales ventriculares y su identificación prenatal requiere una evaluación sistemática de la anatomía cardíaca fetal.

CASO CLÍNICO: Paciente de 22 años, g2c1, con antecedente de diabetes pregestacional. Se realizó ecocardiografía fetal, identificando situs y conexiones cardíacas normales. Las dimensiones de las cuatro cámaras, tres vasos y tres vasos-tráquea fueron normales, al igual que las válvulas auriculoventriculares. Los tractos de salida se originaron en sus respectivos ventrículos, con cruce normal de los grandes vasos. Como único hallazgo, se observaron dos comunicaciones interventriculares: una apical de 10 mm y otra muscular de 14 mm. El seguimiento ecográfico seriado documentó persistencia de ambos defectos durante la gestación. La identificación prenatal de comunicaciones interventriculares múltiples requiere una evaluación detallada de la anatomía cardíaca fetal para determinar localización, tamaño y posibles anomalías asociadas. La ecocardiografía fetal permite caracterizar las comunicaciones interventriculares múltiples y detectar anomalías asociadas, orientando el seguimiento prenatal y la atención perinatal. La coexistencia de múltiples defectos no implica por sí sola una alteración genética.

CONCLUSIÓN: La evaluación sistemática de la anatomía cardíaca fetal, complementada con Doppler color, permite identificar y caracterizar las comunicaciones interventriculares múltiples. El seguimiento seriado permite documentar su evolución durante la gestación y contribuye a establecer una adecuada orientación diagnóstica y planificación perinatal, así como a favorecer la coordinación del tratamiento neonatal posterior.

Resección de bandas amnióticas por fetoscopia

ALICIA LISVETT BENAVIDES MARTÍNEZ, PRISCILA ELIZABETH CONTRERAS OLVERA, KARLA ORTEGA MACEDA, EDUARDO NOÉ NAVA GUERRERO, JUAN GERARDO SEPÚLVEDA GONZÁLEZ

ANTECEDENTES: La liberación de bandas amnióticas por fetoscopia percutánea puede ser un tratamiento eficaz; sin embargo, puede estar limitada por la orientación y la movilidad de las bandas, la proximidad de los vasos y la distancia entre la banda y el miembro, conllevando riesgos como lesión térmica al feto, sección incompleta de la banda, ruptura prematura de membranas (51.3%), entre otros. El tratamiento fetoscópico híbrido permite una estrategia fetoscópica bimanual de tracción-contratracción-corte que podría mejorar el control de la liberación de bandas complejas.

CASO CLÍNICO: Paciente primigesta de 19 años, con embarazo de 25.2 semanas. Se identificó por ultrasonido síndrome de bandas amnióticas que comprometía la extremidad inferior derecha con afectación vascular y talipes bilateral. Con anestesia general se procedió a la laparotomía, exteriorización del útero, fijación de membranas y colocación de tres introductores vasculares de 12f para los accesos del fetoscopio, tijera y grasper. Se extrajo líquido amniótico, sustituyéndolo por CO₂, se liberaron tres bandas gruesas que envolvían el tobillo, restaurando el flujo sanguíneo. Resolución del embarazo por cesárea a las 35 semanas por ruptura de membranas. Se obtuvo recién nacida de 2,500 gramos con extremidad preservada, pulsos presentes y deformidad residual por anillo constrictor.

CONCLUSIÓN: El tratamiento mediante fetoscopia híbrida podría proporcionar ventajas técnicas en casos de bandas complejas y profundas, disminuyendo el riesgo de lesión de estructuras fetales y de ruptura prematura de membranas.

Bloqueo cardíaco completo fetal autoinmunitario

PAMELA ISABEL AGUILAR DELGADO, KATTYA MONTSERRAT LÓPEZ SERNA, EDUARDO NOÉ NAVA GUERRERO

ANTECEDENTES: El bloqueo cardíaco congénito autoinmunitario ocurre en uno de cada 20 000 nacimientos y se asocia con el paso transplacentario de anticuerpos ANTI-RO/SSA Y ANTI-LA/SSB. El bloqueo completo es irreversible y conlleva una mortalidad fetal elevada.

CASO CLÍNICO: Paciente de 26 años, con dos cesáreas previas y sin antecedentes patológicos, referida a las 21 semanas por arritmia fetal. La ecocardiografía fetal mostró anatomía cardíaca normal con disociación auriculoventricular, frecuencia auricular de 129 y ventricular de 53 lpm. Se detectaron anticuerpos ANTI-RO/SSA de 1374 U/mL y ANTI-LA/SSB de 5.8 U/mL, por lo que se inició salbutamol ante el riesgo de insuficiencia cardíaca e hidrops. Reumatología diagnosticó síndrome de Sjögren. Durante el seguimiento, la frecuencia ventricular osciló entre 48-69 lpm, con insuficiencia tricuspídea moderada e insuficiencia pulmonar leve, sin hidrops y con crecimiento fetal adecuado. Se realizó cesárea a las 37.1 semanas, obteniéndose un recién nacido masculino de 3515 g, Apgar 8/8. Se programó colocación de marcapasos a los 2 días de vida.

CONCLUSIÓN: El BAV completo requiere descartar anticuerpos anti-ro/ssa, incluso en madres asintomáticas, porque puede ser la primera manifestación de una enfermedad autoinmunitaria no diagnosticada. La vigilancia ecocardiográfica seriada y el tratamiento multidisciplinario son fundamentales para prolongar el embarazo y optimizar el pronóstico perinatal.

Síndrome de Meckel-Gruber

PARRA-CARVAJAL LIZBETH CAROLINA, BAÑUELOS-FRANCO ALBERTO, LEAL-FREGOSO ALEXA FERNANDA

ANTECEDENTES: El síndrome de Meckel-Gruber es una ciliopatía autosómica recesiva letal asociada con alteraciones del cilio primario y del desarrollo embrionario. Se caracteriza por la

tríada de meningoencefalocele occipital, riñones poliquísticos y polidactilia postaxial, pudiendo asociarse con otras malformaciones del sistema nervioso central, faciales, cardíacas, hepáticas y genitales. Su incidencia mundial se estima entre 1:13,250 y 1:140,000 nacidos vivos, con un riesgo de recurrencia del 25% por embarazo en parejas con riesgo.

CASO CLÍNICO: Paciente de 37 años, secundigesta, sin antecedentes patológicos relevantes, con cesárea previa en 2020 y producto sin malformaciones aparentes. A las 22.3 semanas de gestación, acude a medicina materno-fetal del hospital general de occidente, donde el ultrasonido estructural identifica defecto craneal posterolateral izquierdo de 10.7 mm y pérdida de parénquima cerebral. Presenta cámara gástrica disminuida, riñones aumentados de tamaño (>p95) e hiperecogénicos, vejiga no visible y feto masculino. Se sospecha síndrome de Meckel-Gruber. Se brindó asesoramiento a los padres y se explicó el pronóstico fetal desfavorable, después de lo cual la paciente solicita la interrupción del embarazo. Se obtuvo producto de sexo masculino, en el cual se identificó meningocele occipital y polidactilia postaxial en las cuatro extremidades, lo cual concuerda con el diagnóstico prenatal.

CONCLUSIÓN: El síndrome de Meckel-Gruber es una ciliopatía letal de diagnóstico prenatal, cuyo reconocimiento ecográfico temprano permite identificar sus malformaciones características, establecer el pronóstico y brindar asesoramiento genético y reproductivo oportuno.

Malformación congénita de las vías respiratorias pulmonares

SERGIO ANTONIO PÉREZ VERA, DENISSE VIRIDIANA JIMÉNEZ SALAZAR

ANTECEDENTES: La malformación congénita de las vías respiratorias pulmonares es una anomalía hamartomatosa benigna fetal. Su



pronóstico y el riesgo de desarrollar hidrops dependen del tamaño de la lesión, evaluado mediante el índice CVR (malformación congénita de las vías respiratorias pulmonares volume ratio). Un CVR > 1.6 predice alto riesgo de insuficiencia cardíaca y mortalidad, haciendo mandatoria una evaluación ecográfica multidisciplinaria para definir intervenciones oportunas como la terapia con corticosteroides.

CASO CLÍNICO: Paciente de 35 años (g2c1) referida a las 25.3 semanas de gestación. Se realizó seguimiento ultrasonográfico seriado evaluando la evolución de la malformación congénita de las vías respiratorias pulmonares y monitoreo ecocardiográfico biventricular, después de la administración de un esquema de maduración pulmonar (dexametasona) indicado por masa torácica e hidrops. Después de administrar corticosteroides antes de las 26 semanas, la masa tuvo una regresión volumétrica dramática. El CVR disminuyó de forma seriada: 3.25 (diagnóstico inicial), 1.61 (26 semanas de gestación), 0.84 (30 semanas de gestación) y 0.27 (35 semanas de gestación). Esta involución se asoció con la resolución total del hidrops fetal (ascitis y derrame pleural) y función cardíaca biventricular conservada, permitiendo un tratamiento expectante hasta programar el nacimiento a las 38 semanas de gestación.

CONCLUSIÓN: El cálculo ecográfico de la malformación congénita de las vías respiratorias pulmonares es imperativo para estratificar el riesgo en la CPAM. La terapia con corticosteroides prenatales en casos severos demostró inducir una regresión significativa de la masa y revertir el hidrops fetal, garantizando la estabilización hemodinámica y un tratamiento obstétrico conservador hasta el término.

Hernia diafragmática congénita: tratamiento con EXIT

PADILLA LÓPEZ MARIO G, GUTIÉRREZ CHÁVEZ ISAÍAS, JIMÉNEZ SALAZAR DENISSE V

ANTECEDENTES: La hernia diafragmática congénita (HDC) es una malformación estructural ocasionada por un defecto del diafragma que permite la herniación de vísceras abdominales hacia la cavidad torácica. Predomina en el lado izquierdo y puede condicionar hipoplasia pulmonar, alteración de la vasculatura pulmonar e hipertensión pulmonar neonatal. El diagnóstico prenatal permite definir la lateralidad, identificar anomalías asociadas y realizar una estratificación pronóstica. La relación pulmón-cabeza (LHR) y su valor observado/esperado (o/e-lhr) son herramientas ecográficas para estimar indirectamente el desarrollo pulmonar.

CASO CLÍNICO: Revisión del expediente materno-fetal, estudios ultrasonográficos prenatales y evolución perinatal, con énfasis en el diagnóstico, estratificación pronóstica y planificación del procedimiento EXIT. Se confirmó HDC izquierda con desplazamiento cardíaco, polihidramnios y o/e-LHR de 42%. La estratificación prenatal permitió establecer el pronóstico y planificar de forma multidisciplinaria la resolución mediante procedimiento EXIT, seguida de traslado neonatal para tratamiento especializado.

CONCLUSIÓN: La HDC representa un desafío perinatal por su asociación con hipoplasia pulmonar y afectación cardiorrespiratoria. El diagnóstico prenatal permite estratificar el riesgo y planificar un tratamiento multidisciplinario individualizado. En este caso, la evaluación mediante o/e-lhr y la planificación del procedimiento EXIT permitieron coordinar una estrategia perinatal especializada, destacando la importancia del diagnóstico oportuno y la atención multidisciplinaria.

Complejo pared-miembro severo

ORTIZ LÓPEZ ADERY, CERVANTES PARRA LUZ ENGRACIA

ANTECEDENTES: El complejo pared-miembro es una secuencia polimalformativa disruptiva, esporádica, de baja frecuencia y con pronóstico letal. Su etiopatogenia no está completamente definida;

la insuficiencia intrínseca del ectodermo durante el plegamiento tridimensional embrionario temprano constituye una de las teorías más aceptadas.

CASO CLÍNICO: Paciente de 35 años, cuarta gestación, con reporte de ultrasonido del primer trimestre con ausencia de vesículas cerebrales primordiales. El rastreo estructural avanzado documentó anencefalia, escoliosis severa, tórax hipoplásico y celosomía. La paciente solicitó tratamiento conservador. La resolución ocurrió a las 28 semanas de gestación vía abdominal por cesárea iterativa. La morfología posnatal confirmó hallazgos fenotípicos combinados: anencefalia, labio y paladar hendidos, agenesia de miembro inferior izquierdo, onfalocelo y cordón umbilical críticamente corto fusionado a la placenta de forma dorsal.

CONCLUSIÓN: La superposición de alteraciones craneales, abdominales y de las extremidades observada en este caso es compatible con la hipótesis de Hunter, sobre una lesión ultratemprana del ectodermo en el disco embrionario. El diagnóstico prenatal oportuno mediante ultrasonografía estructural permite establecer el pronóstico para asesoramiento perinatal y mitigar el impacto psicológico familiar al considerar el carácter esporádico de esta entidad.

Teratoma sacrococcígeo fetal hipervascularizado

GABRIELA CARMONA MARTÍNEZ, GABRIEL ENRIQUE CASTILLO MARTÍN DEL CAMPO, DANIEL PUENTE DELGADILLO, DANIELA ALEXSANDRA PÉREZ MORENO, ANTONIO JESÚS BRISEÑO SAINZ

ANTECEDENTES: El teratoma sacrococcígeo es el tumor congénito de células germinales más frecuente. Los tumores voluminosos e hipervascularizados pueden condicionar insuficiencia cardíaca de alto gasto, hidrops y muerte perinatal.

CASO CLÍNICO: Paciente de 32 años, segunda gestación, con diagnóstico prenatal de teratoma sacrococcígeo fetal tipo I. A las 24.2 semanas se

identificó tumoración sólido-quística de 16 x 11 x 11 cm, con vascularidad moderada y sin datos de insuficiencia cardíaca. La resonancia magnética confirmó una lesión predominantemente externa, hipervascularizada y sin extensión intrapélvica. A las 27.2 semanas tuvo polihidramnios severo y disnea materna, realizándose amniotomía de 4500 mL. A las 27.5 semanas se documentaron regurgitación tricuspídea y edema de tejidos blandos, sugierentes de insuficiencia cardíaca fetal, por lo que se decidió resolución abdominal. Se decidió la cesárea y se obtuvo un recién nacido masculino de 1100 g con hidrops y teratoma roto. Ante sangrado tumoral activo e inestabilidad hemodinámica se realizó cirugía neonatal urgente de control de daños y resección parcial; tuvo paro cardiorrespiratorio refractario y falleció. El estudio histopatológico reportó teratoma con componente somático maligno consistente con tumor neuroectodérmico primitivo.

CONCLUSIÓN: Los teratomas sacrococcígeos fetales voluminosos e hipervascularizados requieren vigilancia hemodinámica estrecha y planificación multidisciplinaria del nacimiento. La progresión a insuficiencia cardíaca e hidrops, aunada al riesgo de ruptura hemorrágica, condiciona elevada morbilidad perinatal.

Acretismo placentario posterior por FIV y mioma

JUAN ALBERTO ORDÓÑEZ MERLÍN, JOB NARVÁEZ CORTÉS, YOSSELIN RODRÍGUEZ SALMERÓN

ANTECEDENTES: El espectro de acretismo placentario sin cesárea previa ocurre en menos del 10% de los casos. La miomectomía en zona intramural condiciona daño miometrial con pérdida de la decidua basal y de la capa de Nitabuch. La fertilización in vitro crea un entorno proangiogénico que favorece la infiltración miometrial directa. La localización posterior baja supone un reto diagnóstico ecográfico y eleva el riesgo de hemorragia obstétrica exanguinante.



CASO CLÍNICO: Paciente de 48 años con miomectomía posterior y FIV. La RMN confirmó placenta increta mioinvasiva posterior-lateral (tipo 5 baja). A las 33.5 semanas se realizó incisión tipo Kerr, histerectomía subtotal, ligadura vascular y adherenciólisis (sangrado 1500 cc). En UCI cursó con preeclampsia severa y síndrome de HELLP transitorio revertidos con esteroide y soporte transfusional, egresando hemodinámicamente estable al quinto día.

CONCLUSIÓN: Considerar el PAS en miomectomías profundas y FIV, incluso sin cesáreas previas. La RMN es imprescindible para placetas posteriores para planificar la resolución sin dañar el tejido placentario (zona 3 / tipo 5 baja). La incisión tipo Kerr permitió extraer al feto sin lesión placentaria, permitiendo una histerectomía no extirpativa y evitando una hemorragia masiva. El tratamiento multidisciplinario con UCI fue determinante para revertir la coagulopatía de consumo y el daño multiorgánico, así como para vigilar de manera óptima las complicaciones inmediatas o mediatas, como la preeclampsia y el síndrome de HELLP.

DCP, ventriculomegalia y microdelección 16p13.11

ANTONIO RODRÍGUEZ QUINTERO, BERTHA LILIANA BETANZOS ALEMÁN, GUADALUPE ÁVALOS MAGAÑA, VANESSA GUADALUPE VALDEZ HERNÁNDEZ, MARÍA GUADALUPE CASTILLO OVIEDO

ANTECEDENTES: El dangling choroid plexus (DCP) es un signo ecográfico caracterizado por la separación del plexo coroideo de la pared ventricular. Su identificación durante etapas tempranas de la gestación se ha relacionado principalmente con ventriculomegalia y, recientemente, con otras anomalías estructurales y genéticas.

CASO CLÍNICO: Evaluación ultrasonográfica estructural y neurosonografía fetal a las 16.3 semanas de gestación, con valoración sistemática del sistema nervioso central y medición de los ventrículos laterales. Ante la identificación de ventriculomegalia

bilateral y dangling choroid plexus, se proporcionó asesoramiento genético y se realizó amniocentesis para análisis mediante microarreglo cromosómico basado en polimorfismos de nucleótido único (SNP-ARRAY). La neurosonografía identificó ventriculomegalia bilateral, con diámetros atriales de 14.67 y 11.66 mm, asociada con Dangling Choroid Plexus Bilateral, con línea interhemisférica y estructuras de la fosa posterior conservadas. El microarreglo cromosómico identificó una delección patológica de 741 kb en la región 16p13.11: arr[grch38] 16p13.11(15,437,438_16,178,651) x1. Después del asesoramiento multidisciplinario, la paciente solicitó voluntariamente la finalización de la gestación.

CONCLUSIÓN: El DCP es un signo ecográfico que debe motivar una evaluación detallada del sistema nervioso central y del resto de la anatomía fetal. En este caso coexistió con ventriculomegalia y una microdelección patológica 16p13.11. Aunque las alteraciones ventriculares se han descrito dentro del espectro prenatal de esta delección, la evidencia disponible no permite establecer una relación causal específica con el DCP.

Displasia mesenquimal placentaria

VANESSA JAQUELINE MERAZ PINALES, FELIPE ANTONIO MORALES CUÉLLAR, ÓSCAR RUBÉN TREVIÑO MONTE-MAYOR, ROBERTO AMBRIZ LÓPEZ, JUAN ANTONIO SORIA LÓPEZ

ANTECEDENTES: La displasia mesenquimal placentaria es una anomalía vascular placentaria poco frecuente, caracterizada por placentomegalia, edema estromal y dilatación aneurismática de vasos coriónicos, sin proliferación trofoblástica.

CASO CLÍNICO: Paciente de 20 años, en la segunda gestación, con hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina 75 mg cada 24 horas y control prenatal. Desde el primer trimestre tuvo alteración placentaria con sospecha de mola parcial, bajo riesgo para aneuploidías y pree-

clampsia y β -hCG sin alteraciones relevantes. En el segundo trimestre, el ultrasonido evidenció placentomegalia con múltiples espacios quísticos y vacuolas, con placenta posterior de 19 x 12 cm. La resonancia magnética confirmó DMP. A las 31 semanas, el Doppler mostró velocidad máxima sistólica de la arteria cerebral media de 71 cm/s (>1.5 MoM), sugestiva de anemia fetal severa, además de sospecha de anomalía vascular umbilical. A las 34 semanas tuvo trabajo de parto pretérmino y se resolvió por vía vaginal, obteniéndose recién nacida de 2670 g, 47 cm y Apgar 8/8, ingresada a UCIN. Presentó anemia moderada y recibió transfusión de un concentrado eritrocitario. La placenta pesó 1,245 g, con múltiples áreas quísticas; la mayor de 4.5 x 3 x 2 cm. El estudio histopatológico confirmó DMP. Se confirmó hiperinsulinismo congénito de difícil control, tratado con octreótido. En seguimiento actual por pediatría y endocrinología.

CONCLUSIÓN: La displasia mesenquimal placentaria puede manifestarse tempranamente y asociarse con complicaciones fetales y neonatales. La vigilancia mediante ultrasonografía, Doppler, resonancia magnética y estudio histopatológico permite establecer el diagnóstico.

FCF en límites inferiores y QT largo tipo 1

KARLA ARACELY CRUZ SANTIAGO, MARIO ISAAC LUMBRERAS MÁRQUEZ, LUIS FELIPE LEÓN MADERO, DIANA YAZMÍN COPADO MENDOZA, ALFONSO DE JESÚS MARTÍNEZ GARCÍA

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

ANTECEDENTES: El síndrome de QT largo (SQTL) congénito es una canalopatía que predispone a arritmias ventriculares y muerte súbita; su prevalencia es cercana a 1:2,000. En el feto se manifiesta con mayor frecuencia como bradicardia sinusal leve, a menudo por encima de 110 lpm. El corte obstétrico de 110 lpm tiene una

sensibilidad de 7.9% para SQTL1/SQTL2, frente a 84.9% de una FCF por debajo del percentil 3 para las semanas de embarazo.

CASO CLÍNICO: Paciente primigesta de 30 años atendida en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. Las FCF documentadas por ultrasonido y ecocardiografía fetal se compararon con percentiles de referencia por semanas de embarazo (Zidere et al.) y con el umbral FCF/semanas de embarazo para SQTL1/SQTL2 (Kaizer et al.). Se analizaron el ECG, el ecocardiograma y el panel genético neonatal, así como el estudio de segregación en los padres. La FCF fue de 130 lpm a las 13 semanas, 112–125 lpm a las 22 y 130 lpm a las 24 con ecocardiograma fetal normal, siempre por debajo del percentil 5. Nació a las 27 semanas por desprendimiento placentario. A los 32 días, la recién nacida tuvo bradicardia sinusal con QTc de 640 ms y corazón sano. El panel identificó *kcnq1 c.1140g>t (p.arg380ser)* en heterocigosis (SQTL1); la madre resultó portadora. Egresó con propranolol.

CONCLUSIÓN: Una FCF persistentemente por debajo del percentil 5 para las semanas de embarazo, aun por encima de 110 lpm y con ecocardiograma fetal normal, debe hacer sospechar una canalopatía. Interpretar la FCF con percentiles, estudiar a ambos padres y referir oportunamente permite adelantar el diagnóstico e identificar familiares en riesgo.

Gemelas onfalópagas: del diagnóstico a la separación

BRAMBILAM RODRÍGUEZ ANA FABIANNE, MUÑOZ URIBE FERNANDA, HERNÁNDEZ OBED ALEJANDRO, NAVA EDUARDO NOÉ

ANTECEDENTES: Los gemelos unidos son una anomalía poco frecuente del embarazo monocorial. En los onfalópagos, el pronóstico y la factibilidad de separación dependen de la extensión de la unión y de la anatomía cardíaca, vascular, hepatobiliar e intestinal. La definición



prenatal del tipo de unión permite anticipar la complejidad posnatal y coordinar el tratamiento multidisciplinario.

CASO CLÍNICO: Paciente de 20 años, g2c1, con diagnóstico a las 17 semanas de gemelas onfalópagas. El ultrasonido mostró unión abdominal con afectación hepática, vías intestinales independientes y estructuras cardíacas separadas; la resonancia magnética confirmó unión hepática en segmentos IVA-IVB. A las 33.1 semanas tuvo ruptura prematura de membranas y trabajo de parto pretérmino; se realizó cesárea. El peso conjunto fue de 3,640 g y el Apgar fue de 7/9. La evaluación posnatal identificó hígado compartido y un vaso aberrante de baja pulsatilidad, sin comunicación intestinal concluyente. La separación se realizó a los 26 días con verde de indocianina y bisturí ultrasónico, con reconstrucción individual de la pared abdominal. Una gemela requirió corrección de cardiopatía compleja. Ambas continúan en seguimiento a los 30 meses.

CONCLUSIÓN: La integración del ultrasonido, la resonancia magnética, la evaluación posnatal y la planificación quirúrgica permitió un tratamiento continuo y multidisciplinario. La correlación prenatal-posnatal-quirúrgica constituye el principal aporte del caso.

Tumor fronto-orbitario fetal

ARELY BEATRIZ SALAZAR TORRES, LUIS EDUARDO ORTEGA LUNA, MIRIAM BORJA VELÁZQUEZ, JUAN CARLOS ROMERO LÓPEZ, MARÍA FERNANDA ESPINOZA MORALES

ANTECEDENTES: Los tumores cerebrales fetales son infrecuentes. El ultrasonido y la resonancia permiten valorar su extensión.

CASO CLÍNICO: Paciente primigesta de 30 años, evaluada a las 32+3 semanas por ultrasonido. Antecedente de cono cervical en 2014, sin comorbilidades referidas. Anomalía del sistema nervioso central identificada durante la evaluación estructural extrahospitalaria. Feto único vivo, femenino, en presentación

cefálica. Peso fetal estimado: 2099 g (percentil 67). Índice de líquido amniótico: 8.5 cm. Masa fronto-derecha de 48 x 45 x 43 mm, sólida y quística. Desviación de la línea media hacia la izquierda, cavum septum pellucidum no visible y ventrículo lateral izquierdo de 26 mm. Ecocardiografía sin alteraciones estructurales ni funcionales. Impresión prenatal: probable teratoma congénito fronto-orbitario. Diagnósticos diferenciales: malformación vascular y hematoma organizado. El plan prenatal contempló vigilancia del crecimiento tumoral, ventriculomegalia y bienestar fetal, con atención multidisciplinaria. El embarazo se resolvió mediante cesárea electiva a las 38 semanas de gestación, de manera extrahospitalaria. No se aceptó autopsia, por lo que no se dispone de confirmación histopatológica.

CONCLUSIÓN: El ultrasonido y la resonancia caracterizaron la tumoración y sus complicaciones hemorrágicas y obstructivas. La etiología quedó sin confirmación histopatológica. La extensión y la distorsión cerebral orientan la consejería y el plan perinatal.

Concordancia entre ultrasonido y resonancia magnética fetal

VILLAFÑA TREJO JESSICA, GALLARDO GAONA JUAN MANUEL, LUMBRERAS MÁRQUEZ MARIO ISAAC, RAMÍREZ CALVO JOSÉ ANTONIO, COPADO MENDOZA DIANA YAZMÍN

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

ANTECEDENTES: El ultrasonido es el patrón de referencia para el diagnóstico prenatal de anomalías congénitas; sin embargo, la resonancia magnética fetal permite complementar la evaluación, mejorar la caracterización de las malformaciones y aportar información relevante para la consejería, el pronóstico y la toma de decisiones clínicas.

MÉTODO: Estudio observacional, transversal

y retrospectivo de pacientes con diagnóstico prenatal de defectos estructurales fetales atendidos en el INPER (2021-2025). Se compararon los hallazgos del ultrasonido de segundo nivel y resonancia magnética fetal, evaluando concordancia y aporte diagnóstico adicional mediante escala modificada de Antonsson y Vimercati, utilizando el diagnóstico posnatal como patrón de referencia. Se realizó análisis descriptivo por defecto y sistema anatómico afectado. Se analizaron 215 expedientes, con 299 defectos: 149 del sistema nervioso central y 150 de otros sistemas. La concordancia completa entre ultrasonido y RMN fue de 87.5% y 77.3%, respectivamente. La RMN aportó información adicional en 10.4% de los defectos del SNC y 16.7% de otros sistemas, principalmente condicionando vigilancia adicional o intervenciones posnatales, con mayor proporción de hallazgos clínicamente relevantes en anomalías extracraneales.

CONCLUSIÓN: Se observó alta concordancia entre ultrasonido especializado y RMN fetal, con información adicional clínicamente relevante principalmente en anomalías de otros sistemas. La RMN debe considerarse una modalidad complementaria, especialmente en casos complejos o inciertos, sin evidencia suficiente para establecer superioridad o indicar su uso rutinario.

Rabdomiomas cardíacos fetales como hallazgo prenatal

MAREN MARLEN PONCE QUIRARTE, VALADEZ HERNÁNDEZ
HILDA SOCORRO, CAMACHO AGREDANO NOÉ

Hospital Civil de Guadalajara, Jalisco.

ANTECEDENTES: El rabdomioma cardíaco es el tumor cardíaco primario más frecuente en fetos y neonatos. Es un hamartoma benigno en forma de tumoraciones intracardiacas hiperrecogénicas debidamente delimitadas, sobre todo en el tabique interventricular y las paredes ventriculares. Cuando se presentan múltiples

rabdomiomas, su presencia sugiere un complejo de esclerosis tuberosa y requiere búsqueda de otras manifestaciones fetales. Puede causar daño hemodinámico según el tamaño, número y localización. En casos seleccionados, los inhibidores de mTOR son una alternativa prenatal cuya respuesta terapéutica y evolución perinatal deben documentarse cuidadosamente.

CASO CLÍNICO: Paciente de 34 años, g5 p4, con embarazo de 29.4 semanas y probable rabdomioma cardíaco fetal de 42.6 x 32 x 42.1 mm. Recibió sirolimus materno, inicialmente 1 mg cada 12 horas, ajustado a 2 mg por crecimiento tumoral. Después de cinco semanas, tuvo reducción del diámetro mayor de 1.6 mm (3.7 %). Se programó resolución quirúrgica a las 38 semanas para valoración neonatal inmediata por neonatología y cardiología pediátrica.

CONCLUSIÓN: Los rabdomiomas cardíacos fetales múltiples son un hallazgo importante que debe orientar a la búsqueda prenatal del complejo de esclerosis tuberosa. En este caso, el tratamiento materno con sirolimus se asoció con una disminución aproximada de 1 cm en el diámetro mayor del tumor después de cinco semanas. Estos resultados sugieren que el sirolimus puede ser una alternativa terapéutica en casos seleccionados, siempre bajo vigilancia materno-fetal estrecha y seguimiento multidisciplinario. Sin embargo, se requieren más estudios para confirmar su seguridad, dosis óptima y eficacia durante el embarazo.

Inserción velamentosa: reto diagnóstico prenatal

ANDREA GODÍNEZ MEDINA, MARIO ISAAC LUMBRERAS MÁRQUEZ, SANDRA ACEVEDO GALLEGOS, MARÍA JOSÉ RODRÍGUEZ SIBAJA, DIANA YAZMÍN COPADO MENDOZA
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: La inserción velamentosa del cordón umbilical, que se encuentra en 0.4-1.5% de los embarazos únicos, se asocia con restricción del



crecimiento fetal, prematuridad, cesárea de urgencia, muerte materna o fetal.

OBJETIVO: Describir los desenlaces perinatales y cuantificar la brecha de detección prenatal en embarazos únicos con inserción velamentosa del cordón umbilical confirmada por patología en un centro de tercer nivel en México.

MÉTODO: Estudio observacional, retrolectivo y transversal, realizado en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (2020–2026). Se incluyeron embarazos únicos con confirmación histopatológica de inserción velamentosa del cordón umbilical. Se revisaron expedientes clínicos electrónicos y reportes de ultrasonido de medicina materno-fetal, para identificar la evaluación y documentación prenatal del sitio de inserción, así como los desenlaces perinatales; los datos se almacenaron en REDCap. Las variables continuas se presentan como media $\pm$ DE o mediana (RIC); las categóricas, como frecuencias y porcentajes. Se incluyeron 153 pacientes con edad materna de 30.8 ± 7.3 años e IMC de 28.4 ± 5.1 kg/m²; 27.0% tuvo restricción del crecimiento. La inserción no se buscó en 84.3%, ni se evaluó en 76.5% de ultrasonidos del primer trimestre y 58.2% de estructurales. Solo un caso (0.7%) se identificó prenatalmente. La edad gestacional al nacer fue de 36.3 (31.1–38.3) semanas; 53.6% tuvo prematuridad, 69.9% cesárea, 13.2% ingreso a UCIN y 2.6% mortalidad neonatal.

CONCLUSIÓN: En esta primera serie mexicana con confirmación histopatológica, la inserción velamentosa mostró una importante brecha diagnóstica, con solo un caso identificado prenatalmente. La restricción del crecimiento y la prematuridad refuerzan la relevancia de su reconocimiento prenatal y de documentar sistemáticamente el sitio de inserción durante la evaluación ultrasonográfica.

Mola hidatiforme parcial

MARCO VINICIO MARTÍNEZ MONROY, ÓSCAR JAVIER CORONADO LÓPEZ, ROBERTO ABRAHAM VARGAS LOZA, DINO RENZO VIACAVA PARODI

ANTECEDENTES: La mola hidatiforme parcial es una enfermedad trofoblástica gestacional premaligna, casi siempre triploide, que puede contener tejido fetal. La mola hidatiforme ocurre en 0.57 a 2 de cada 1,000 embarazos, y la mola hidatiforme parcial progresa a neoplasia trofoblástica gestacional en 0.5 a 5%. Suele diagnosticarse en el primer trimestre como aborto diferido; con feto en el segundo trimestre es poco frecuente.

CASO CLÍNICO: Paciente de 29 años, g4 c1 a2. A las 19 semanas de gestación el ultrasonido mostró placenta multiquística y feto con comunicación interventricular perimembranosa. A las 22.5 semanas de gestación ingresó por sangrado transvaginal; β -hCH de 18,144 mUI/mL; la paciente se encontraba eutiroides y sin proteinuria. Después de la inducción fallida se realizó histerotomía: producto femenino sin signos vitales de 320 g y placenta con múltiples vesículas molares. Sangrado de 500 mL; se transfundieron dos concentrados eritrocitarios. Evolución estable.

CONCLUSIÓN: El ultrasonido orienta, pero no confirma, la mola hidatiforme parcial. La histopatología con p57 y ploidia la distingue de la mola completa con feto coexistente y de la displasia mesenquimal placentaria. La vigilancia con β -hCG detecta oportunamente una neoplasia trofoblástica gestacional.

Síndrome de Evans en el embarazo

VIVIAN PAULINA DOMÍNGUEZ MARTÍNEZ, ISABEL DE LA TORRE ARROYO, MARCELA ESTRADA BERG

ANTECEDENTES: El síndrome de Evans es un trastorno autoinmunitario de baja frecuencia que se caracteriza por la combinación de anemia hemolítica autoinmunitaria y trombocitopenia inmunitaria. Su debut durante el embarazo es un evento de extrema rareza que condiciona una alta morbilidad materno-fetal. Aunque el diagnóstico suele apoyarse en una prueba de Coombs directa positiva, hasta un 10% de los

casos pueden cursar con un resultado negativo.

CASO CLÍNICO: Paciente de 24 años de edad, con 24.6 semanas de embarazo determinadas por ultrasonido del segundo trimestre. Con antecedentes de artralgias crónicas tratadas con esteroides ante la sospecha de artritis reumatoide, así como de trombocitopenia en estudio, tratada como trombocitopenia inmunitaria desde 2024. Acudió al servicio de urgencias refiriendo dolor abdominal, gingivorragia, epistaxis y equimosis espontáneas. Los resultados de laboratorio mostraron trombocitopenia crítica de 1,600–2,700/mL con frotis de sangre periférica de 0 a 1 plaquetas por campo y descenso de hemoglobina. Después de documentar la ausencia de respuesta al reemplazo de concentrados plaquetarios y descartar preeclampsia/síndrome de hellp, se inició tratamiento inmunomodulador con inmunoglobulina humana intravenosa (1 g al día durante 4 días). El perfil autoinmunitario mostró ana positivos (1:160, patrón nuclear granular fino). La paciente tuvo resolución clínica de la bicitopenia. La gestación finalizó a las 36.3 semanas mediante cesárea sin complicaciones mayores.

CONCLUSIÓN: La resistencia a las transfusiones plaquetarias y los marcadores de hemólisis deben orientar la sospecha hacia el síndrome de Evans, aun cuando la prueba de Coombs directa sea negativa. La inmunoterapia oportuna representa el pilar del tratamiento para prevenir desenlaces desfavorables en la madre y su hijo.

Diagnóstico prenatal del síndrome de Edwards

SANDRA LIZETH TREVIÑO MARTÍNEZ, LAURA LÓPEZ SAIZ, LEONARDO CASTELLANOS

ANTECEDENTES: El síndrome de Edwards o trisomía 18 es la segunda aneuploidia autosómica más frecuente tras la trisomía 21 y se caracteriza por la existencia de una copia adicional del cromosoma 18. Su prevalencia estimada es de aproximadamente 1 por cada 2,500 embarazos, aunque la frecuencia entre nacidos vivos es considerablemente menor, alrededor de 1 por

cada 3,000 a 8,000 nacidos vivos, debido a la elevada proporción de pérdidas fetales y óbitos asociada a esta aneuploidia. La mayoría de los casos se originan por una no disyunción meiótica, predominantemente de origen materno, y su incidencia aumenta de manera significativa con la edad materna.

CASO CLÍNICO: Paciente en el primer trimestre del embarazo a quien se practicó ultrasonido obstétrico mediante evaluación biométrica, anatómica y Doppler fetal, en el que se documentaron translucencia nucal, ductus venoso, hueso nasal, regurgitación tricuspídea y múltiples anomalías estructurales. Ante los hallazgos ecográficos sugestivos de cromosomopatía, se realizó prueba prenatal no invasiva mediante análisis de ADN fetal libre de células, y se registraron fracción fetal, sexo fetal y riesgo para aneuploidias. Debido a los marcadores ecográficos sugestivos de trisomía 18, se realizó un análisis de ADN fetal libre de células, con fracción fetal de 4.4%, y se reportó un embarazo único, sexo fetal femenino y alto riesgo para trisomía 18, con riesgo posterior estimado de 91/100 (91%) y riesgo previo de 1/89 (1.1%). Para trisomías 21 y 13, monosomía x y triploidía se reportó bajo riesgo.

CONCLUSIÓN: El análisis de ADN fetal libre de células reportó alto riesgo para trisomía 18, con un valor predictivo positivo estimado de 91%; sin embargo, al tratarse de una prueba de tamizaje, el diagnóstico debe confirmarse mediante una prueba invasiva como la biopsia de vellosidades coriales o amniocentesis. La identificación prenatal permite establecer un diagnóstico oportuno mediante asesoramiento genético y planificar de manera individualizada el seguimiento obstétrico, la evaluación cardiológica fetal y la atención neonatal.

Rendimiento del tamizaje para trisomía 21

MARIO ALBERTO GARCÍA ARTEAGA, SANDRA ACEVEDO GALLEGOS, MARIO ISAAC LUMBRERAS MÁRQUEZ, BERNICE VELÁZQUEZ TORRES



ANTECEDENTES: El tamizaje de trisomía 21 durante el primer trimestre integra características maternas, marcadores ultrasonográficos y bioquímicos para estimar el riesgo individual. La incorporación de nuevos marcadores puede mejorar el rendimiento diagnóstico y disminuir resultados falsos positivos. Sin embargo, su desempeño puede variar entre poblaciones, por lo que resulta relevante evaluar diferentes algoritmos de tamizaje y determinar la contribución de cada marcador en la práctica clínica.

OBJETIVO: Comparar el rendimiento diagnóstico de cuatro algoritmos de tamizaje de primer trimestre para trisomía 21, integrando edad materna, translucencia nuchal, marcadores bioquímicos y ultrasonográficos emergentes, y evaluar la contribución de estos marcadores en la detección de trisomía 21 en una población atendida en un centro de referencia de México.

CASO CLÍNICO: Estudio transversal, comparativo, de prueba diagnóstica, retrospectivo y retrolectivo, realizado en un centro de referencia de México. Se incluyeron gestaciones evaluadas entre las 11.0 y 13.6 semanas. Se compararon cuatro algoritmos de tamizaje para trisomía 21 que integraron edad materna, translucencia nuchal y marcadores bioquímicos y ultrasonográficos. Se calcularon sensibilidad, especificidad, razones de verosimilitud y curvas roc; las áreas bajo la curva se compararon mediante la prueba de DeLong. Se incluyeron 1,212 gestaciones. Los algoritmos 3 y 4 alcanzaron la mayor sensibilidad (83.3%). El algoritmo 3 tuvo la mayor especificidad (99.6%), razón de verosimilitud positiva ($Ir+200$) y área bajo la curva ($auc\ 0.987$). La comparación de las curvas roc mediante DeLong no mostró diferencias estadísticamente significativas entre los algoritmos.

CONCLUSIÓN: Los algoritmos que incorporan marcadores ultrasonográficos emergentes mostraron un alto rendimiento para el tamizaje de trisomía 21 en esta muestra. Sin embargo, la comparación de las áreas bajo la curva no mostró diferencias estadísticamente significativas entre los algoritmos, por lo que no se demostró

la superioridad de alguno de ellos. Su posible aplicación en entornos mexicanos con disponibilidad limitada de marcadores bioquímicos requiere evaluar específicamente los algoritmos que prescinden de estos marcadores y validar su desempeño en otras poblaciones.

Drenaje anómalo del conducto arterioso

GUTIERREZ ANA SILVIA, BECERRA MARIA FERNANDA, CASTAÑEDA SUSANA, CAMACHO JUAN MANUEL, CHAVEZ GUSTAVO

CASO CLÍNICO: Feto producto de la cuarta gestación. Se realizó un ultrasonido de tamizaje del primer trimestre y, posteriormente, uno de nivel II a las 23 semanas; ambos carecieron de hallazgos relevantes para el padecimiento actual. A las 34 semanas se realizó un ultrasonido de crecimiento, en el que se observó un drenaje anormal del conducto arterioso, sin repercusiones. El nacimiento ocurrió a las 39 semanas de gestación. Se realizó un ecott que reportó un ductus arterioso de 1 mm, disminución del calibre de la aorta sin obstrucción, presión pulmonar normal y función ventricular normal. Posteriormente, se practicó una angiotac, que mostró un arco aórtico normal. El neonato continuará su seguimiento en la consulta externa de cardiología pediátrica del Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer.

CONCLUSIÓN: El corte de tres vasos y tráquea será clave para el diagnóstico. Será de suma importancia siempre seguir el origen y la terminación de las estructuras. La confirmación diagnóstica se debe establecer de manera postnatal con estudios de imagen.

Megavejiga fetal: detección ultrasonográfica en el tamizaje

ANA KAREN HERNANDEZ CABRERA, EDEL YECID CORTES CORTES, ROGELIO CASTILLO LUNA

ANTECEDENTES: Ante un caso con distensión abdominal aguda antes de las 14 semanas de gestación debe considerarse las valvas uretrales

posteriores, atresia uretral, síndrome de Prune Belly y el síndrome de megavejiga-microcolón-hipoperistaltismo. El diagnóstico oportuno de los defectos congénitos permite al médico ofrecer tratamientos a las enfermedades. Durante la exploración ultrasonográfica deben descartarse los indicadores de deterioro renal y de mal pronóstico para la vida.

CASO CLÍNICO: Paciente de 15 años que acudió al hospital con un embarazo de 12 semanas de gestación, calculadas por lcc. La exploración ecográfica mostró hallazgos sugestivos de megavejiga. No tenía antecedentes de exposición a agentes teratógenos y negó enfermedades crónico-degenerativas, endocrinometabólicas o infectocontagiosas. La vejiga fetal puede ser identificada en la pelvis en la semana 11-12 de gestación, aunque la producción urinaria comienza entre las semanas 8 y 10. La megavejiga durante el primer trimestre de gestación se presenta en 1 de cada 1,800 embarazos. Se define como megavejiga cuando el diámetro en un corte sagital es ≥ 7 mm en el primer trimestre de la gestación. A partir del segundo trimestre presenta un crecimiento lineal respecto a la edad gestacional, y se considera megavejiga un diámetro superior a 12 mm respecto a las semanas de gestación. Se informó a la paciente sobre el pronóstico fetal desfavorable y la alta letalidad. Después de recibir asesoría del comité de ginecología, la madre solicitó la interrupción del embarazo. Tras la inducción mecánica y farmacológica, se obtuvo por parto eutócico un feto de 420 g. La inspección mostró distensión abdominal, genitales externos ambiguos y extremidades íntegras. Pese al consentimiento informado previo para efectuar una autopsia complementaria, se desistió de su realización. La paciente aceptó planificación familiar temporal después del evento obstétrico.

CONCLUSIÓN: La valoración de la vejiga fetal no debe pasar desapercibida durante la exploración ultrasonográfica rutinaria. Es esencial detectar los casos asociados con obstrucción del tracto urinario inferior y derivarlos oportunamente para su tratamiento. Se debe informar a los

progenitores, con base en la evidencia científica, sobre el pronóstico y las medidas diagnósticas y terapéuticas que permitan establecer un régimen terapéutico.

Mielomeningocele asociado a malformación de CHIARI

SANTIAGO TOLEDO CIRA, DANITZA JAMILETHE MACÍAS MORALES, LARISSA MONGE ACUÑA GUADALUPE PÉREZ BORBÓN

ANTECEDENTES: Los defectos abiertos del tubo neural constituyen anomalías congénitas del sistema nervioso central, asociadas frecuentemente con la secuencia de Chiari II. Su etiología es multifactorial y su incidencia se relaciona con factores maternos, incluyendo diabetes pregestacional y obesidad. La ultrasonografía prenatal permite identificar signos indirectos como los signos del limón y la banana, además del defecto espinal. El diagnóstico prenatal oportuno permite establecer el pronóstico, ofrecer consejería multidisciplinaria, valorar alternativas terapéuticas y planificar el nacimiento con atención neonatal y neuroquirúrgica especializada.

CASO CLÍNICO: Paciente de 25 años, g2p0c1a0, con antecedente de preeclampsia, muerte fetal y diabetes mellitus tipo 2. Se analizaron estudios ultrasonográficos seriados desde las 21.6 hasta las 34 semanas, incluyendo evaluación cerebral, de la columna, del crecimiento fetal, del líquido amniótico y del Doppler. Se integraron antecedentes maternos, hallazgos ecográficos y valoración multidisciplinaria para establecer diagnóstico, pronóstico y estrategia de seguimiento y nacimiento.

A las 21.6 semanas se identificaron los signos del limón y de la banana, ventriculomegalia de 14 mm y mielomeningocele con Chiari II. A las 31.6 semanas se documentó defecto espinal abierto de cinco espacios vertebrales, exposición neural, parénquima encefálico residual menor de 1 cm, bóveda craneana aumentada, pie equinovaro y polihidramnios leve. A las 34



semanas persistió exposición neural sin saco de cobertura, con peso fetal estimado de 2941 g, superior al percentil 97, y Doppler umbilical normal. Se programó cesárea electiva.

CONCLUSIÓN: El seguimiento ecográfico seriado permitió documentar la progresión de un defecto abierto del tubo neural con secuencia de Chiari II y afectación neurológica aguda. La identificación prenatal de estos hallazgos permitió establecer consejería multidisciplinaria, vigilancia materno-fetal y planificación del nacimiento en un centro con atención neonatal y neuroquirúrgica, individualizando las alternativas terapéuticas disponibles.

Síndrome de heterotaxia

LUIS GABRIEL COSTA FIGUEROA, ZAIRA SIERRA MELÉNDEZ,
JUAN ANTONIO DOMÍNGUEZ GARCÍA

ANTECEDENTES: El término heterotaxia deriva del griego: heteros, diferente, y taxis, orden. Es un grupo de enfermedades complejas, caracterizadas por alteraciones de la lateralidad de los órganos abdominales y torácicos, lo cual se traduce en ausencias o malformaciones viscerales. Sucede en 1 por cada 10,000 nacidos vivos, con mayor prevalencia en el sexo masculino. Representa el 3% de todas las cardiopatías congénitas. Las principales alteraciones genéticas son: la expresión anormal de *pitx2* y la alteración de señales 5-ht. Su origen es multifactorial; los principales factores de riesgo son diabetes materna, consanguinidad, abuso de sustancias, raza afroamericana y la pobreza.

CASO CLÍNICO: Paciente primigesta de 18 años, originaria y residente de Michoacán. Se dedicaba al hogar, vivía en unión libre, tenía preparatoria completa y grupo sanguíneo O positivo. Su cónyuge, de 29 años, era comerciante, tenía bachillerato completo y grupo sanguíneo O positivo. La paciente no tenía antecedentes personales patológicos ni no patológicos de importancia. Confirmó la gestación a las 4 semanas e inició el consumo de ácido

fólico en el primer trimestre. Fue referida al Hospital General de México a las 34.2 semanas de gestación. Se practicó una ecocardiografía fetal avanzada, que mostró una edad promedio por fetometría de 34.6 semanas y síndrome de heterotaxia con situs ambiguo. Se identificaron síndrome de ventrículo izquierdo hipoplásico, atresia mitral, tronco arterioso común (van praga2), circulación sistémica dependiente del conducto arterioso, gran comunicación ventricular, drenaje venoso anómalo e interrupción de las venas cavas superior e inferior, con drenaje a la vena ácigos. Se documentaron situs abdominal ambiguo, levocardia, levoposición, situs atrial solitus y conexión atrioventricular discordante. No se encontraron malformaciones extracardíacas fetales. Posteriormente, intervino un equipo multidisciplinario integrado por los servicios de medicina materno-fetal, obstetricia, psicología, tanatología, neonatología, cardiología pediátrica, cirugía pediátrica y genética. Sin embargo, por motivos personales, la paciente decidió volver a su estado de origen, por lo que no se cuenta con datos del parto ni de la evolución posterior.

CONCLUSIÓN: A pesar de que el síndrome de heterotaxia tiene una baja incidencia, el diagnóstico oportuno por un especialista en medicina materno-fetal permitirá identificar los desafíos antes del nacimiento y ofrecer una atención oportuna y adecuada al feto, así como orientación genética individualizada a la pareja.

Comparación del IMC pregestacional y desenlaces materno-fetales

MARÍANA SEAMANDURAS RAMÍREZ, LUIS ALBERTO PUGLIESE, PAOLA J RIVERA LEAL

ANTECEDENTES: En los últimos años, la prevalencia de la obesidad se ha duplicado a nivel mundial, con un impacto elevado en México, donde afecta predominantemente a la población femenina. La obesidad constituye un factor de riesgo importante para las complicaciones durante la gestación, el parto y el puerperio en

mujeres en edad fértil, por lo que resulta relevante evaluar su impacto en la población mexicana.

MÉTODO: Estudio observacional, analítico, retrospectivo y transversal realizado en pacientes con control prenatal y atención del nacimiento en la UMAE HGO 23. Las participantes se clasificaron en tres grupos según su IMC pregestacional: normal, sobrepeso y obesidad. Se compararon desenlaces maternos y perinatales entre los grupos mediante análisis estadístico inferencial y regresión logística. Se analizaron 310 pacientes, de las que el 74.5% tuvo exceso de peso pregestacional. La obesidad se asoció significativamente con mayor frecuencia de hipertensión gestacional (21.9% vs. 3.8%; OR 7.09, IC95%: 2.40-30.43; $p=0.002$), diabetes mellitus gestacional (44.5% vs. 29.1%; OR IC95%: 1.08-3.60; $p=0.028$) y recién nacidos grandes para las semanas de embarazo (23.4% vs. 8.9%; or 3.15, IC95%: 1.38-8.16; $p=0.010$). Asimismo, las pacientes con obesidad tuvieron una probabilidad tres veces mayor de desarrollar al menos una complicación materna (OR 3.12, IC95%: 1.75-5.63; $p<0.001$). Se observó una tendencia lineal significativa entre el incremento del IMC y la frecuencia de hipertensión gestacional, diabetes gestacional y carga global de morbilidad materna. No se encontraron asociaciones significativas con preeclampsia, hemorragia obstétrica, macrosomía ni Apgar menor de 7.

CONCLUSIÓN: En esta muestra, la obesidad pregestacional se asoció con mayor frecuencia de hipertensión gestacional, diabetes mellitus gestacional, recién nacidos grandes para las semanas de gestación y complicaciones maternas globales. Estas asociaciones observacionales no demuestran causalidad ni permiten establecer la eficacia de estrategias de prevención y control del peso antes de la concepción.

Ultrasonido intraparto y experiencia materna

MUÑOZ URIBE FG, NAVA GUERRERO EN, CRUZ HERNÁNDEZ AM, HERNÁNDEZ SALAZAR OA, BRAMBILIA RODRÍGUEZ AF

ANTECEDENTES: La exploración vaginal digital es el método fundamental para la valoración clínica del trabajo de parto. El ultrasonido intraparto constituye una herramienta complementaria, no sustitutiva, menos invasiva.

OBJETIVO: Comparar la experiencia materna, la aceptabilidad y el dolor asociados al ultrasonido intraparto y a la exploración vaginal digital durante el trabajo de parto.

MÉTODO: Estudio observacional de corte transversal, realizado en el Hospital Regional Materno Infantil de Nuevo León, México, de agosto a septiembre de 2026. Se incluyeron pacientes en trabajo de parto evaluadas mediante ultrasonido transabdominal y transperineal y exploración vaginal digital. La experiencia materna se evaluó con una versión modificada del Wijma Delivery Experience Questionnaire (W-DEQ) y el dolor mediante una escala visual análoga (EVA). Se utilizó la prueba de rangos con signo de Wilcoxon. Se analizaron 30 pacientes. El ultrasonido tuvo una mayor aceptabilidad que el tacto vaginal, con una mediana de w-deq de 26.5 frente a 16.5 puntos ($p<0.001$; $r=0.86$). El dolor fue significativamente menor con ultrasonido: eva 2 frente a 7.5 ($p<0.001$; $r=0.88$). Se observaron mejores resultados en relajación, confianza, preocupación e intrusión. El 100% de las participantes consideró el ultrasonido menos incómodo que el tacto vaginal.

CONCLUSIÓN: El ultrasonido intraparto se asoció con mayor satisfacción materna y menor dolor e incomodidad que el tacto vaginal. Se requieren estudios más amplios para evaluar si puede disminuir las exploraciones digitales sin comprometer la valoración obstétrica.

Virilización prenatal en feto 46,XX

ALVARO GÓMEZ PEÑA, ABIGAIL RAMÍREZ DÁVILA, GABRIELA AGLAEL VÁZQUEZ CRUZ

ANTECEDENTES: La hiperplasia suprarrenal congénita por deficiencia de 21-hidroxilasa es un trastorno autosómico recesivo. La deficiencia



de cortisol incrementa las concentraciones de ACTH y desvía la esteroidogénesis hacia andrógenos, lo que deriva en virilización prenatal en fetos 46,XX.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo, correspondiente a un reporte de caso clínico de virilización prenatal en feto 46,xx con sospecha de hiperplasia suprarrenal congénita por deficiencia de 21-hidroxilasa.

Se realizó valoración ultrasonográfica de la anatomía fetal, con énfasis en genitales externos, documentándose morfología genital atípica. Se efectuó seguimiento obstétrico hasta la finalización del embarazo. Después del nacimiento se realizó exploración física de genitales externos, determinación de cariotipo, tamiz neonatal y medición de 17-hidroxiprogesterona (17-OHP). Se revisaron además tsh, tripsinógeno inmuno-reactivo, galactosa, fenilalanina y actividad de g6pd. La virilización genital se correlacionó con la clasificación de Prader.

CONCLUSIÓN: La virilización 46,XX requiere evaluación endocrinológica, genética y neonatal coordinada. La detección temprana permite reconocer riesgo de insuficiencia suprarrenal y establecer seguimiento multidisciplinario.

Glucogenosis tipo IA en el embarazo

ARAUJO CARRILLO ALAN ENRIQUE, RODRÍGUEZ VERDUZCO JULIO CÉSAR, CARRANCO MARTÍNEZ JOSÉ ALBERTO, TAPIA BÁEZ JENNIFFER TOPACIO, RAMÓN GARCÍA GUILLERMO

ANTECEDENTES: La glucogenosis tipo ia (GSD-IA) es un error innato autosómico recesivo por variantes bialélicas en G6PC1; GSD-I ocurre en ~1:100,000; ia representa 80%. La deficiencia de glucosa-6-fosfatasa impide liberar glucosa durante el ayuno, condicionando hipoglucemias; su evolución crónica incluye nefropatía y adenomas hepáticos. En el embarazo aumentan los requerimientos metabólicos y se describen deterioro renal, preeclampsia, restricción del crecimiento

y prematuridad. Se reportan series pequeñas; no se identificaron casos mexicanos publicados.

CASO CLÍNICO: Primigesta de 18 años con GSD-IA, hipertensión crónica, dislipidemia, adenoma hepático y proteinuria subnefrótica con glomeruloesclerosis focal pregestacional. Inicia control prenatal con apego dietético. En tercer trimestre presenta hospitalizaciones por hipoglucemias que requieren ajuste de carbohidratos con almidón de maíz y dextrosa intravenosa; glucosa mínima 51 mg/dL, hiperuricemia y triglicéridos 2.1 veces el basal. Requiere cesárea urgente por parto pretérmino; recién nacida de 2030 g, Apgar 5/7. En posparto inmediato presenta eclampsia, hemorragia subaracnoidea no aneurismática y broncoaspiración, requiriendo ventilación mecánica y cuidados intensivos. Al ingreso presenta lactato 5.9 mmol, ácido úrico 10.3 mg/dL e hipertrigliceridemia de 2762 mg/dL. Se normalizan glucemias y lactato, sin deterioro renal sostenido, con hipertrigliceridemia persistente. Se dio de alta estable después del ajuste antihipertensivo y reducción anticomercial; marcadores finales: glucosa 87 mg/dL, creatinina 0.29 mg/dL, ácido úrico 7.5 mg/dL y triglicéridos 1297 mg/dL.

CONCLUSIÓN: El embarazo puede exacerbar la enfermedad metabólica y multiorgánica preexistente en gsd-ia, con resultados materno-fetales adversos. La valoración basal, el ajuste de carbohidratos y la monitorización de marcadores bioquímicos son fundamentales ante las mayores demandas metabólicas del embarazo en esta población emergente.

Rabdomioma cardíaco fetal: diagnóstico prenatal

CAMACHO ESPEJEL KARLA MICHELLE, PÉREZ GONZÁLEZ ANDRÉS IVÁN, REYES MÉRIDA EMMANUEL, LÓPEZ GONZÁLEZ IXCHEL DONAJI, LÓPEZ GONZÁLEZ SUSANA DONAJI

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

ANTECEDENTES: Los tumores cardíacos fetales tienen una prevalencia de 0.027%, y el rabdomioma es el más frecuente (60-86%). Corresponde a una tumoración histológicamente benigna de músculo estriado (células en araña), cuyo diagnóstico prenatal suele efectuarse en la semana 20 de gestación. Si bien suele presentar remisión espontánea postnatal, entre el 10 y el 16% de los casos desarrollan complicaciones severas (arritmias, obstrucción hemodinámica, hidrops o muerte). Guarda una alta asociación (80-90%) con el complejo de esclerosis tuberosa (mutaciones *tsc1/tsc2*, vía *mtor*).

CASO CLÍNICO: Paciente con 32.1 semanas de gestación en control prenatal especializado por medicina materno-fetal del Hospital General de México. La vigilancia ecográfica, hemodinámica y ecocardiográfica seriada reporta un curso normoevolutivo, sin repercusión hemodinámica ni complicaciones hasta el momento.

CONCLUSIÓN: El diagnóstico prenatal oportuno de rabdomiomas cardíacos fetales mediante ultrasonografía requiere seguimiento ecocardiográfico para vigilar el riesgo hemodinámico. Su alta asociación con esclerosis tuberosa (80-90%) exige neurosonografía y resonancia magnética. Asimismo, la terapia in útero con inhibidores de *mtor* consolida el avance de la medicina materno-fetal.

Stuck twin: síndrome de transfusión feto fetal

MELANIE JULIETH AGUILAR GRANADOS, CARLOS ALBERTO GAXIOLA SOTO, GUADALUPE PÉREZ BORBÓN

ANTECEDENTES: El síndrome de transfusión feto-fetal es una complicación que afecta al 10-15% de los embarazos gemelares monocoriónicos diamnióticos, caracterizado por un flujo sanguíneo desequilibrado entre los gemelos a través de las anastomosis vasculares placentarias. Esta transfusión desigual conduce a una serie de eventos fisiopatológicos que afectan tanto al gemelo donante como al gemelo receptor. Sin tratamiento, el síndrome de transfusión feto-fetal

avanzado tiene una tasa de mortalidad perinatal de hasta el 90-100%.

CASO CLÍNICO: Paciente de 26 años con embarazo gemelar monocorial biamniótico de 28 semanas de gestación y amenaza de parto pretérmino resistente a tocólisis. El ultrasonido mostró feto donante "stuck" con anhidramnios y compresión corporal, y feto receptor con polihidramnios, Doppler alterado e hidrops, integrando síndrome de transfusión feto-fetal quintero iv. Se interrumpió el embarazo vía abdominal después de completar maduración pulmonar y neuroprotección, obteniendo dos recién nacidas vivas (900 g y 930 g), que permanecieron un mes en ucín y actualmente, a los 11 meses, están vivas y sanas. El síndrome de transfusión feto-fetal se origina por anastomosis vasculares placentarias que generan desequilibrio de volumen: el donante desarrolla hipovolemia, oliguria y oligohidramnios; el receptor presenta sobrecarga de volumen, poliuria, polihidramnios y riesgo de cardiomiopatía. El diagnóstico es ecográfico, basado en oligohidramnios-vejiga no visible en el donante y polihidramnios-vejiga distendida en el receptor, clasificándose mediante la estadificación de Quintero. El tratamiento varía desde el tratamiento expectante (estadio I) hasta fotocoagulación láser fetoscópica (estadios II-IV); en estadio v el riesgo para el sobreviviente es alto sin intervenciones efectivas.

CONCLUSIÓN: El tratamiento de estas complicaciones depende de las semanas de gestación y del estadio al momento del diagnóstico. En este caso, con 28.0 semanas de gestación, amenaza de parto pretérmino resistente a tocólisis, modificaciones cervicales, sobrecarga cardíaca en el gemelo receptor y anhidramnios en el donante, el pronóstico era desfavorable, con alto riesgo de complicaciones y muerte fetal. Por esta condición clínica, no fue posible ofrecer traslado a una unidad para realizar fotocoagulación láser fetoscópica; sin embargo, se obtuvo un desenlace postnatal favorable.

Corioangioma placentario



JOSÉ PABLO LING GARCÍA, MONTSERRAT GALARRAGA ROBLED, FRANCISCO ISRAEL GAITÁN GAONA, ARANTXA PÉREZ PALAU

ANTECEDENTES: El corioangioma es el tumor vascular no trofoblástico más frecuente de la placenta; se identifica en aproximadamente 1% de las placentas examinadas histológicamente. Su etiología es desconocida y se relaciona con proliferación vascular anormal del estroma coriónico. La mayoría son lesiones pequeñas y asintomáticas; sin embargo, las mayores de 4 cm se asocian con restricción del crecimiento fetal, parto pretérmino, polihidramnios, anemia e hidrops. En México se desconoce la incidencia. El diagnóstico prenatal se basa en ultrasonido y Doppler.

CASO CLÍNICO: Paciente primigesta de 22 años, con diagnóstico prenatal de corioangioma placentario, a quien se realizó seguimiento ultrasonográfico durante el embarazo, valorando crecimiento fetal, líquido amniótico y hemodinámica fetal. Se realizó además una revisión de la bibliografía sobre diagnóstico, seguimiento y desenlace perinatal del corioangioma. Durante el seguimiento, el corioangioma permaneció estable, con dimensiones de 30 x 31 x 46 mm a las 34.5 semanas, sin cambios respecto al estudio inicial. Se mantuvieron normales el líquido amniótico y la hemodinamia fetal, con VPS-ACM de 1.2 mom, sin datos de anemia. A las 39.6 semanas se obtuvo mediante parto vaginal recién nacida viva, con peso de 2830 g percentil 9, Apgar 9/10 y 40 semanas por Capurro. El estudio histopatológico confirmó corioangioma, con evolución favorable.

CONCLUSIÓN: El corioangioma requiere vigilancia ultrasonográfica seriada, especialmente por el riesgo asociado con el tamaño del tumor. En la revisión, las lesiones ≥ 4 cm tuvieron hidrops en 16.2%, parto pretérmino en 31.5% y muerte perinatal en 11.2%. En este caso, pese a un tamaño de 4.5–5 cm, no hubo repercusión fetal, permitiendo tratamiento expectante y un desenlace perinatal favorable. La individualización del seguimiento según la evolución fetal es fundamental.

Agenesia del conducto venoso

MARCO VINICIO MARTÍNEZ MONROY, FATIMA YARELI ZAMARRIPA ORTIZ, ROBERTO AMBRIZ LÓPEZ, ROBERTO ABRAHAM VARGAS LOZA

ANTECEDENTES: El conducto venoso transporta sangre oxigenada de la vena umbilical hacia el corazón izquierdo y el cerebro. En caso de agenesia del ducto venoso, la vena umbilical drena por una vía intrahepática o extrahepática. Su prevalencia entre las 11 y las 13.6 semanas es de 1 en 2,532 fetos. El pronóstico depende de los hallazgos asociados: anomalías estructurales, alteraciones genéticas y restricción del crecimiento fetal.

CASO CLÍNICO: Paciente de 38 años, con antecedente de tres embarazos y dos cesáreas. A las 13.4 semanas de gestación: translucencia nuchal de 1.6 mm, frecuencia cardíaca fetal de 177 lpm y ausencia del ducto venoso. A las 21 semanas de gestación, el análisis de ADN fetal libre de células indicó alto riesgo para trisomía 22. A las 23.2 semanas de gestación se confirmó la agenesia del ducto venoso, con corazón normal y biometría menor al percentil 1. A las 26.3 semanas de gestación tuvo desprendimiento prematuro de placenta; por cesárea se obtuvo un producto masculino de 368 g sin signos vitales.

CONCLUSIÓN: La detección de una agenesia del ducto venoso obliga a un estudio anatómico dirigido, vigilancia del crecimiento y estudio genético diagnóstico. La restricción del crecimiento temprana sugiere una alteración cromosómica, aun con translucencia nuchal normal.

Malformación de Dandy-Walker

JAIME IVÁN RAMÍREZ QUINTERO, MAYELI CARPIO GRANILLO, ANTONIO RODRÍGUEZ QUINTERO

ANTECEDENTES: La malformación de Dandy-Walker es una anomalía poco frecuente del

sistema nervioso central, caracterizada por alteraciones del vermis cerebeloso, de la fosa posterior y del cuarto ventrículo. Presenta hidrocefalia hasta en 80% de los casos y puede asociarse con otras anomalías neurológicas y extracraneales. Hasta un tercio de los casos se relaciona con alteraciones cromosómicas o síndromes genéticos, por lo que se recomienda estudio genético mediante amniocentesis y microarray. El pronóstico depende principalmente de las anomalías asociadas y del desarrollo del vermis cerebeloso.

CASO CLÍNICO: Paciente obstétrica atendida en el Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini Sáenz, con seguimiento de medicina materno-fetal. Se describió cronológicamente su evolución clínica, integrando los eventos obstétricos, quirúrgicos y críticos relevantes hasta la finalización del embarazo. La información fue utilizada con fines académicos, preservando la confidencialidad y omitiendo datos personales identificables. La malformación de Dandy-Walker comprende anomalías cerebelosas asociadas con quiste de fosa posterior, ventriculomegalia o hidrocefalia y otras alteraciones del SNC. La evaluación prenatal incluye estudio anatómico detallado, neurosonografía fetal, ecocardiografía y, cuando está indicada, resonancia magnética fetal. Se recomienda ofrecer amniocentesis para estudios genéticos e infecciosos. El tratamiento requiere seguimiento multidisciplinario y ecográfico seriado. El parto vaginal es posible, excepto ante macrocefalia importante. El tratamiento posnatal se enfoca en la hidrocefalia, y el pronóstico depende principalmente de anomalías asociadas.

CONCLUSIÓN: El diagnóstico prenatal de Dandy-Walker se realiza mediante ecografía y resonancia magnética fetal, generalmente después de las 18 semanas. La confirmación posnatal requiere imágenes del cerebelo y de la fosa posterior. Ante anomalías graves, debe ofrecerse asesoramiento sobre las opciones disponibles. El diagnóstico temprano permite un tratamiento multidisciplinario y mejor orientación pronóstica.

Útero bicorpóreo (U3)

MARIANA NÚÑEZ VELÁZQUEZ, MELANIE GUILLÉN MARTÍNEZ, ALONSO DE JESÚS ORTEGÓN LÓPEZ

ANTECEDENTES: Las anomalías müllerianas afectan al 3-5% de la población fértil. Según la clasificación ESHRE/ESGE 2013, el útero bicorpóreo (U3) resulta de un defecto de fusión de los conductos müllerianos; el hemiútero (U4), de un desarrollo unilateral. A diferencia del útero septado (U2), estas malformaciones no disminuyen *per se* la fertilidad, pero se asocian con peores desenlaces obstétricos tardíos: parto pretérmino, malpresentación, restricción del crecimiento fetal e insuficiencia placentaria.

CASO CLÍNICO: Paciente de 34 años con restricción del crecimiento fetal tipo I (percentil menor de 3, Doppler feto-placentario normal, arterias uterinas con IP medio mayor del percentil 95). El embarazo se resolvió a las 37 semanas de gestación por vía abdominal; se confirmó útero bicorpóreo parcial con cuello uterino septado y tabique vaginal no obstructivo (ESHRE/ESGE u3a/c1/v1), con endometriosis pélvica incidental. Recién nacido con Apgar 9/9, bajo peso al nacer (2,180 g).

CONCLUSIÓN: El útero bicorpóreo y el hemiútero incrementan el riesgo de complicaciones perinatales. Ante insuficiencia placentaria sin causa aparente debe investigarse una anomalía uterina subyacente; la vigilancia mediante biometría fetal y Doppler permite individualizar el momento óptimo de finalización del embarazo.

Acrania-exencefalia-anencefalia

ELISA ITZÉ GUERRERO HERRÁN, CARMEN ELENA CHÁVEZ GAXIOLA, NELLY CECILIA HERNÁNDEZ ESPINOZA, SILVIA ALEJANDRA JUAREZ ESPARZA

ANTECEDENTES: La acrania, exencefalia y anencefalia constituyen una secuencia de defectos del desarrollo derivados de la falta de cierre del



polo cefálico del tubo neural durante la tercera o cuarta semana de gestación. Inicialmente ocurre ausencia de la bóveda craneal (acrania). Posteriormente, el tejido cerebral expuesto puede observarse en las órbitas en el líquido amniótico, etapa denominada exencefalia. Finalmente, la exposición al líquido amniótico provoca degeneración progresiva del tejido encefálico, dando lugar a la anencefalia.

CASO CLÍNICO: Caso 1: paciente de 22 años, g1, con 13.5 semanas. Ultrasonido: ausencia de bóveda craneal y protrusión de tejido encefálico irregular, compatible con exencefalia. Sin otras malformaciones estructurales. Tamizaje cardiaco y ductus venoso sin alteraciones. Sin estudio genético. Se otorgó consejería.

Caso 2: Paciente de 31 años, g2c1, con 13.5 semanas. Se observó ausencia de bóveda craneal y tejido encefálico expuesto e irregular, compatible con exencefalia. Sin malformaciones adicionales ni alteraciones en la evaluación cardiaca o ductus venoso. Sin estudio genético. Se otorgó consejería.

Caso 3: Paciente de 27 años, g2p1, con 16.5 semanas. Se identificó ausencia de bóveda craneal y tejido encefálico marcadamente reducido y desorganizado, compatible con exencefalia avanzada. Sin otras malformaciones estructurales. Sin estudio genético. Se otorgó consejería. Se analizaron tres casos de secuencia acrania-exencefalia-anencefalia, diagnosticados entre las 13.5 y 16.5 semanas de gestación. En todos se identificó ausencia de la bóveda craneal y tejido encefálico expuesto, con morfología irregular. Los casos diagnosticados en el primer trimestre mostraron mayor cantidad de tejido encefálico, mientras que el caso del segundo trimestre tuvo tejido marcadamente reducido y desorganizado. No se identificaron otras malformaciones estructurales asociadas.

CONCLUSIÓN: La ultrasonografía permite identificar tempranamente la secuencia acrania-exencefalia-anencefalia y reconocer su espectro morfológico a través de signos característicos. Su detección temprana transforma un hallazgo eco-

gráfico en una oportunidad para un diagnóstico certero, una consejería prenatal oportuna y una atención integral.

Síndrome Body Stalk Anomaly

EDITH ANDREA GUTIÉRREZ PAEZ, LOURDES MARÍA HERNÁNDEZ DELGADO

ANTECEDENTES: La anomalía de Body Stalk es una malformación fetal de baja frecuencia pero grave, caracterizada por un defecto extenso de la pared corporal, alteraciones importantes de la columna vertebral y cordón umbilical ausente o marcadamente corto. Su reconocimiento ecográfico permite establecer el diagnóstico prenatal y orientar oportunamente el asesoramiento materno-fetal.

CASO CLÍNICO: Paciente de 16 años de edad, con antecedente de tres embarazos y dos partos previos sin complicaciones. Sin antecedentes de importancia. Embarazo de 19.3 semanas de gestación. Al ultrasonido obstétrico estructural de segundo trimestre se evidencia feto vivo con defecto toracoabdominal extenso, alteraciones de columna vertebral, cordón umbilical extremadamente corto y adherencia de las estructuras evisceradas a la superficie placentaria. Toracoabdominosquisis masiva: defecto de la pared corporal desde tórax hasta pelvis. Evisceración: exteriorización de corazón, hígado y asas intestinales. Cordón umbilical: longitud aproximada de 5 cm, con arteria umbilical única. Columna: escoliosis toracolumbar severa con marcada alteración de la postura fetal. Relación feto-placentaria: aparente continuidad/adherencia de las estructuras evisceradas con la placenta. La combinación de un defecto mayor de la pared corporal, cifoescoliosis grave y cordón umbilical ausente o muy corto constituye un patrón ecográfico característico de anomalía de Body Stalk.

CONCLUSIÓN: El diagnóstico de anomalía de Body Stalk, o complejo pared corporal-extremidad, con presentación toracoabdominal extensa, se estableció mediante la integración de los ha-

Ilazgos ecográficos característicos. La anomalía de Body Stalk es una malformación fetal grave y de pronóstico mortal. La combinación de defecto extenso de la pared corporal, deformidad espinal y cordón umbilical marcadamente corto o ausente orienta fuertemente al diagnóstico. La evaluación anatómica sistemática durante el segundo trimestre permite identificar oportunamente anomalías estructurales mayores. El diagnóstico prenatal permite ofrecer asesoramiento especializado y facilitar la toma de decisiones informada.

Restricción selectiva del crecimiento fetal e hipoplasia ventricular izquierda

LUIS ABEL GUZMÁN OCHOA, YANETH ARELY CHÁVEZ LOYA, ILSE ALEJANDRA CHAVARRIA RODRÍGUEZ, ANDRÉS MURILLO MENDOZA, ESTHELA JANET TREJO GUZMÁN

Hospital Universitario, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, NL.

ANTECEDENTES: El síndrome de transfusión feto-fetal y la restricción selectiva del crecimiento fetal pueden coexistir en embarazos monocoriales, generando patrones hemodinámicos complejos. La sobrecarga cardiovascular del gemelo receptor puede producir remodelación cardíaca progresiva y, excepcionalmente, alteraciones graves del desarrollo ventricular izquierdo.

CASO CLÍNICO: Paciente de 22 años, con embarazo monocorial-biamniótico. El gemelo B tuvo un peso fetal estimado en el percentil 0.1, flujo umbilical anormal y fenotipo receptor pese a ser el gemelo restringido. La ecocardiografía mostró hipoplasia ventricular izquierda, anillo mitral de 3.67 mm (Z-7.36), hipoplasia aórtica y flujo retrógrado del arco, con progresión a ventrículo izquierdo prácticamente virtual. Posteriormente tuvo onda a reversa en ductus venoso. Nació con 1160 g y evolucionó a choque cardiogénico, confirmándose síndrome de corazón izquierdo hipoplásico.

CONCLUSIÓN: La coexistencia de restricción

selectiva del crecimiento y fenotipo receptor representa una presentación hemodinámica inusual en embarazos monocoriales. La ecocardiografía fetal seriada permitió documentar la progresión de la hipoplasia ventricular izquierda y establecer una correlación precisa con el desenlace neonatal.

Agenesia extrahepática del ducto venoso

ANDRÉS MURILLO MENDOZA, ILSE ALEJANDRA CHAVARRÍA RODRÍGUEZ, YANETH ARELY CHÁVEZ LOYA, ALBERTO VILLARREAL RODRÍGUEZ, TOMÁS IGNACIO GUZMÁN PÉREZ

Hospital Universitario, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, NL.

ANTECEDENTES: La agenesia del ducto venoso es una anomalía vascular fetal infrecuente. En las variantes extrahepáticas, la vena umbilical puede drenar directamente a la circulación sistémica, generando alteraciones hemodinámicas. Puede asociarse con anomalías estructurales y genéticas, sobrecarga cardiovascular y alteraciones del crecimiento fetal.

CASO CLÍNICO: Primigesta de 19 años evaluada a las 24 semanas. Se identificó agenesia del ductus venoso con derivación umbilico-sistémica extrahepática hacia la aurícula derecha. El seguimiento mostró cardiomegalia, dilatación de cavidades y persistencia de vena cava superior izquierda, sin insuficiencia cardíaca ni hidropesía. El percentil de crecimiento descendió de 25 a 3. Cariotipo 46,xy. A término nació un varón de 2705 g, Apgar 8/9. Posnatalmente se documentó comunicación interventricular y vena porta permeable.

CONCLUSIÓN: La agenesia del ductus venoso con derivación extrahepática requiere caracterización anatómica y hemodinámica detallada. El seguimiento ecocardiográfico y del crecimiento fetal, junto con la evaluación cardiovascular y portal posnatal, permite identificar complicaciones y optimizar la planificación perinatal.



Biomarcadores de estrés oxidativo y crecimiento fetal

RODRIGO GUADARRAMA MORA, BERENICE VELÁZQUEZ TORRES, SANDRA ACEVEDO GALLEGOS, MARIO ISAAC LUMBRERAS MÁRQUEZ, GUADALUPE DEL CARMEN ESTRADA GUTIÉRREZ

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

ANTECEDENTES: El estrés oxidativo puede participar en la disfunción placentaria y las alteraciones del crecimiento fetal. Sin embargo, su evolución durante el embarazo y su relación con los fenotipos de crecimiento fetal no están bien caracterizadas. La evaluación seriada de malondialdehído, proteínas carboniladas y capacidad antioxidante total permite estudiar dimensiones complementarias del equilibrio óxido-reducción e identificar posibles señales biológicas en etapas gestacionales tempranas, particularmente en mujeres con riesgo metabólico elevado.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional analítico longitudinal, anidado en la cohorte prospectiva obeso del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. Se incluyeron 169 embarazos únicos con mediciones maternas de malondialdehído, proteínas carboniladas y capacidad antioxidante total en los tres trimestres, además de información ecográfica para clasificar el crecimiento fetal como adecuado para la edad gestacional, pequeño para las semanas de embarazo restricción del crecimiento fetal. Se aplicaron pruebas de Friedman, Wilcoxon, Kruskal-Wallis y U de Mann-Whitney.

RESULTADOS: Las proteínas carboniladas variaron significativamente durante la gestación ($p < 0.001$): disminuyeron del primer al segundo trimestre y aumentaron del segundo al tercero. El malondialdehído y la capacidad antioxidante total permanecieron estables. En el tercer trimestre ningún biomarcador difirió entre los fenotipos de crecimiento fetal. Exploratoriamente, las

proteínas carboniladas del segundo trimestre fueron mayores en embarazos con crecimiento subóptimo que en aquellos con crecimiento adecuado (6.711 vs 5.141; $p = 0.020$).

CONCLUSIÓN: Las proteínas carboniladas fueron el biomarcador más sensible a los cambios longitudinales del embarazo. Su elevación en el segundo trimestre en embarazos con crecimiento fetal subóptimo constituye una señal exploratoria, no diagnóstica ni predictiva, que deberá confirmarse en estudios más amplios y ajustados.

Diabetes gestacional en embarazo gemelar

MARÍA FERNANDA ZALAPA GÓMEZ, SAMANTHA MICHELLE HINOJOSA GARCÍA, BEATRIZ DE LEÓN JIMÉNEZ, EDMUNDO IGNACIO BETANCOURT CASTILLO, HÉCTOR ALEXANDRO MORENO PLATA

ITESM Tec Salud-SSNL

ANTECEDENTES: La diabetes mellitus gestacional es una alteración de la tolerancia a la glucosa diagnosticada durante el embarazo. Aunque en gestaciones únicas se relaciona con mayor crecimiento fetal y complicaciones neonatales, su impacto en embarazos gemelares sigue siendo controvertido. Este estudio tuvo como objetivo determinar la prevalencia de diabetes mellitus gestacional en embarazos gemelares y evaluar su asociación con desenlaces maternos y neonatales.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo y de cohorte entre enero de 2022 y agosto de 2025. Se incluyeron 305 embarazos gemelares, de los cuales 35 tuvieron diabetes mellitus gestacional, lo que corresponde a una prevalencia del 11.4%. El análisis consideró variables maternas, neonatales y la corionicidad, utilizando modelos estadísticos con ajuste para evaluar los riesgos relativos.

RESULTADOS: Los recién nacidos de madres con diabetes mellitus gestacional tuvieron menor riesgo de peso por debajo del percentil 10, con un riesgo relativo ajustado de 0.45. Asimismo,

la dificultad respiratoria neonatal fue menos frecuente en el grupo con diabetes mellitus gestacional, con 7.1% frente a 21.7% en el grupo sin diabetes mellitus gestacional. No se encontraron diferencias significativas en preeclampsia ni Apgar menor de 4, y tampoco se registraron casos de muerte neonatal, hipoglucemia clínica o anomalías congénitas.

CONCLUSIÓN: Se reportó una prevalencia de diabetes gestacional en embarazos gemelares de 11.4%. En el contexto de una vigilancia obstétrica especializada, la diabetes gestacional en embarazos gemelares no se asocia con un aumento del riesgo de desenlaces perinatales adversos y, en algunos casos, podría relacionarse con perfiles de crecimiento fetal más favorables.

Diagnóstico ecocardiográfico de cardiopatías

NICOLE MACÍAS LOZANO, MIGUEL ANGEL ARRIETA CASAS, KAREN MARLEN PONCE QUIRARTE, STEPHANIE VALLE RODRÍGUEZ

Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco.

ANTECEDENTES: Las cardiopatías congénitas se definen como anomalías estructurales graves del corazón o los grandes vasos intratorácicos. Constituyen la malformación congénita más frecuente, con una incidencia de 2.5 a 3 por cada 1,000 nacimientos. Al menos un tercio de los pacientes requerirá algún tipo de intervención en el primer mes de vida con un alto riesgo de muerte sin un diagnóstico oportuno. Las cardiopatías congénitas pueden detectarse desde el embarazo, a través de ultrasonidos que permiten apreciar alteraciones en tamaños y formas de las cavidades cardíacas. La supervivencia de los niños con cardiopatías congénitas depende de la complejidad, edad al diagnóstico y tratamiento otorgados. En México las cardiopatías congénitas más frecuentes tratadas quirúrgicamente son los defectos del septum ventricular, persistencia del conducto arterioso y tetralogía de Fallot. La

realidad en nuestro país es que el cálculo de la incidencia y prevalencia de las cardiopatías congénitas es empírico. La revisión de la bibliografía científica nacional demuestra que la distribución es heterogénea según el centro que lo reporte. La atención prenatal adecuada de cardiopatías congénitas en hospitales especializados es clave para definir el pronóstico fetal.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo, fundamentado en la revisión de una base de datos que incluyó 32 pacientes embarazadas con diagnóstico de cardiopatías congénitas por ecocardiograma en el Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, durante el periodo de marzo de 2024 a marzo de 2026. Las variables fueron el tipo de cardiopatía, las semanas de embarazo al nacimiento y la edad materna.

RESULTADOS: Se analizaron 32 pacientes, con una edad materna promedio de 26.7 años y una edad gestacional media de 37.3 semanas. La cardiopatía congénita más frecuente fue la comunicación interventricular (18.7%), seguida del complejo de Fallot (15.6%) y la hipoplasia de ventrículo izquierdo (12.5%). La mayoría de los casos se registraron en embarazos a término y en madres entre 26 y 30 años.

CONCLUSIÓN: Los hallazgos de este estudio enfatizan la importancia del diagnóstico prenatal sistemático y la referencia oportuna a centros especializados, con el fin de mejorar el pronóstico neonatal en pacientes con cardiopatías congénitas.

Flujo venoso umbilical en diabetes pregestacional

KARLA ARACELY CRUZ SANTIAGO, DULCE MARÍA CAMARENA CABRERA, SANDRA ACEVEDO GALLEGOS, MARIO ISAAC LUMBRERAS MÁRQUEZ

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

ANTECEDENTES: La diabetes mellitus preges-



tacional se asocia con desenlaces perinatales adversos, incluso con control metabólico adecuado, desde crecimiento fetal acelerado hasta restricción del crecimiento por alteración de la perfusión placentaria. El volumen de flujo venoso umbilical refleja el aporte de sustratos al feto, pero su comportamiento según el fenotipo de crecimiento fetal en esta población ha sido poco estudiado, particularmente en mujeres mexicanas con diabetes pregestacional en control bioquímico adecuado.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo, realizado en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. Se incluyeron 52 pacientes con diabetes pregestacional en control bioquímico, con 80 evaluaciones ultrasonográficas entre las semanas 32 y 36 de gestación, clasificadas según el percentil de peso fetal en crecimiento adecuado, restricción del crecimiento o feto grande para la edad gestacional. Las diferencias entre grupos se evaluaron mediante modelos lineales de efectos mixtos con intercepto aleatorio por feto, ajustados por edad gestacional.

RESULTADOS: El volumen de flujo y la velocidad máxima de la vena umbilical mostraron diferencias estadísticamente significativas entre grupos ($p=0.021$ y $p=0.009$), con valores menores en restricción del crecimiento (mediana $46.7 \text{ cm}^3/\text{s}$) y mayores en fetos grandes (mediana $125.7 \text{ cm}^3/\text{s}$). El índice de pulsatilidad medio de arterias uterinas y el del ducto venoso también difirieron significativamente entre grupos ($p=0.023$ y $p=0.027$).

CONCLUSIÓN: En pacientes con diabetes pregestacional en control bioquímico, el flujo venoso umbilical y los índices de pulsatilidad de arterias uterinas y ducto venoso difirieron significativamente según el fenotipo de crecimiento fetal, lo que sugiere un valor complementario para la vigilancia hemodinámica convencional.

Perfil de riesgo aislado vs combinado

MARTÍN DE JESÚS INURRETA DÍAZ, SANDRA ACEVEDO

GALLEGOS, JUAN MANUEL GALLARDO GAONA, BERENICE VELÁZQUEZ TORRES, YUBIA AMAYA GUEL

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

ANTECEDENTES: La preeclampsia y la restricción del crecimiento fetal comparten alteraciones relacionadas con la placentación y constituyen manifestaciones de enfermedad isquémica placentaria. El tamizaje combinado de primer trimestre permite identificar pacientes con riesgo elevado para ambas condiciones. Sin embargo, la coexistencia de ambos perfiles podría identificar una población con diferente frecuencia de desenlaces obstétricos.

MATERIALES Y MÉTODOS: Cohorte retrospectiva de pacientes con tamizaje combinado del primer trimestre identificadas con alto riesgo para preeclampsia antes de las 34 semanas o, bien, restricción del crecimiento fetal. Se definió perfil aislado como riesgo elevado para una condición y combinado como riesgo elevado para ambas. Se compararon desenlaces mediante riesgos relativos crudos.

RESULTADOS: Se incluyeron 176 pacientes: 116 (65.9%) con perfil aislado y 60 (34.1%) con perfil combinado. La preeclampsia fue más frecuente con perfil combinado (25.0% vs 6.9%; $rr \ 3.63$, $ic \ 95\% \ 1.63-8.06$; $p<0.001$), al igual que la preeclampsia con datos de severidad (16.7% vs 5.2%; $rr \ 3.22$, $ic \ 95\% \ 1.23-8.44$; $p=0.012$). La frecuencia de restricción del crecimiento fetal fue del 30.0% frente al 17.0% ($rr \ 1.74$, $ic \ 95\% \ 1.00-3.03$; $p=0.051$).

CONCLUSIÓN: El perfil de riesgo combinado se asoció con mayor frecuencia de preeclampsia. La caracterización del perfil de riesgo podría aportar información adicional para estratificar esta población, aunque se requieren estudios con mayor tamaño muestral y validación independiente.

Hipertrigliceridemia e insuficiencia placentaria

MARÍA JOSÉ PÉREZ LÓPEZ, BERENICE VELÁZQUEZ TORRES,

SANDRA ACEVEDO GALLEGOS DULCE MARÍA ALBERTINA
CAMARENA CABRERA, YUBIA AMAYA GUEL

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

ANTECEDENTES: Durante el embarazo ocurren adaptaciones del metabolismo lipídico; sin embargo, las concentraciones elevadas de triglicéridos pueden favorecer la inflamación, la disfunción endotelial y un entorno antiangiogénico relacionado con insuficiencia placentaria. Aun cuando se ha descrito una asociación entre hipertrigliceridemia y desenlaces obstétricos adversos, permanece sin conocerse si los triglicéridos del primer trimestre aportan información adicional referente al riesgo de preeclampsia y restricción del crecimiento fetal.

MATERIALES Y MÉTODOS: Cohorte retrospectiva de 224 embarazos únicos con tamizaje del primer trimestre para preeclampsia y cuantificación de triglicéridos entre 11+0 y 13+6 semanas. Los triglicéridos se analizaron de forma continua y categórica, con puntos de corte de 159 mg/dL y 178 mg/dL. Se estimaron riesgos relativos mediante regresión de Poisson con varianza robusta, ajustados por la clasificación basal de riesgo de preeclampsia.

RESULTADOS: Noventa pacientes (40.2%) tuvieron triglicéridos ≥ 159 mg/dL. Los riesgos relativos ajustados fueron 1.39 (ic 95% 0.85–2.27) para el desenlace compuesto, 2.01 (ic 95% 0.79–5.14) para preeclampsia pretérmino y 1.54 (ic 95% 0.59–4.04) para restricción del crecimiento fetal de inicio temprano. Con triglicéridos ≥ 178 mg/dL, el riesgo relativo ajustado para preeclampsia pretérmino fue 2.35 (ic 95% 0.95–5.83). Ninguna asociación alcanzó significación estadística.

CONCLUSIÓN: Las concentraciones elevadas de triglicéridos durante el primer trimestre mostraron estimaciones de mayor riesgo para desenlaces relacionados con insuficiencia placentaria, particularmente preeclampsia pretérmino y restricción del crecimiento fetal

de inicio temprano, sin alcanzar significación estadística. Estos hallazgos requieren confirmación en estudios con mayor tamaño muestral.

Ecografía tímica e inflamación fetal

LUIS ANGEL VERDE AGUILERA, NATALIA DE JESÚS MEDINA LLAMAS, LOURDES MARÍA HERNÁNDEZ DELGADO, HORACIO OROZCO FLORES, FRANCO RUIZ FLORES VELÁZQUEZ

Hospital de la Mujer Zacatecana, Zacatecas.

ANTECEDENTES: El trabajo de parto pretérmino se asocia con infección e inflamación, desencadena el síndrome de respuesta inflamatoria fetal, ligado a secuelas graves, como la parálisis cerebral. El timo fetal, al ser sensible al estrés inflamatorio, sufre una rápida involución por la liberación de citocinas y glucocorticoides. Puesto que el diagnóstico definitivo requiere amniocentesis invasiva, la biometría ecográfica del timo se propone como un biomarcador subrogado no invasivo para identificar oportunamente a los fetos en riesgo.

MATERIALES Y MÉTODOS: Revisión panorámica conforme a los lineamientos prisma-SCR buscando en PubMed, Web of Science, Google Scholar y LILACS. De 48 registros iniciales, se cribaron 19 únicos y, aplicando estrictos criterios de exclusión y evaluación. Se extrajeron datos de embarazadas con trabajo de parto pretérmino o ruptura de membranas, documentando el rendimiento diagnóstico de parámetros tímicos frente a estándares histológicos en una matriz estandarizada.

RESULTADOS: La evaluación ecográfica del perímetro o diámetro transversal tímico por debajo del percentil 5 mostró sensibilidad y valor predictivo negativo de hasta el 100% para identificar funisitis histológica. El diámetro transversal resultó preciso incluso ante condiciones desfavorables como oligohidramnios. Consistentemente, la involución tímica superó la precisión diagnóstica de los marcadores inflamatorios séricos maternos tradicionales para



predecir infección intrauterina latente, consolidándose como una herramienta pronóstica altamente confiable.

CONCLUSIÓN: El ultrasonido del timo fetal es un biomarcador de imagen robusto, no invasivo, con alta sensibilidad y excelente valor predictivo negativo para predecir el síndrome inflamatorio. Documentar un tamaño normal respalda un tratamiento conservador seguro, aunque urgen ensayos multicéntricos prospectivos para estandarizar técnica y puntos de corte.

Representación PBMI en preeclampsia

MARÍA FERNANDA LÓPEZ TORRES, MARIO ISAAC LUMBRERAS MÁRQUEZ, SANDRA ACEVEDO GALLEGOS, JUAN MANUEL GALLARDO GAONA, DIANA YAZMÍN COPADO MENDOZA

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

ANTECEDENTES: La preeclampsia causa morbi-mortalidad materna y perinatal con mayor carga en contextos de menores recursos. Aun cuando los ensayos clínicos aleatorizados orientan la prevención y tratamiento, su aplicabilidad depende de la representación de poblaciones y del liderazgo académico local. En otras áreas se ha descrito subrepresentación de países de bajos y medianos ingresos; en preeclampsia, esta dimensión requiere evaluación específica.

MATERIALES Y MÉTODOS: Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados sobre prevención, diagnóstico, tratamiento o desenlaces de preeclampsia. La representación se definió según la clasificación del banco mundial, región de reclutamiento y afiliación del primer autor, último autor y autor de correspondencia. Se analizaron características generales, escala multicéntrica, registro, acceso abierto, factor de impacto, patrocinio de industria y riesgo de sesgo. El análisis fue descriptivo.

RESULTADOS: Se incluyeron 318 ensayos: 253 (79.6%) con participación de países de bajos y

medianos ingresos y 65 (20.4%) exclusivamente de países de altos ingresos. La participación se concentró en ingreso mediano-alto y mediano-bajo, con escasa representación de ingreso bajo. Los ensayos con participación de estos países fueron más unicéntricos, tuvieron menor registro formal y menor factor de impacto promedio, aunque mostraron frecuente autoría afiliada localmente.

CONCLUSIÓN: Los países de bajos y medianos ingresos participan de forma relevante en ensayos de preeclampsia; sin embargo, persisten brechas en escala multicéntrica, registro, visibilidad editorial y participación de países de ingreso bajo. Supervivencia de los fetos con HDC con FETO Alicia Lisvett Benavides Martínez, Karla Ortega Maceda, Eduardo Noé Nava Guerrero, Juan Gerardo Sepúlveda, Aldo Mauricio Cruz Hernández Instituto de Salud Fetal

ANTECEDENTES: La oclusión traqueal endoluminal fetoscópica (FETO) en fetos con hernia diafragmática congénita (HDC) moderada o severa puede aumentar la sobrevivencia posnatal.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio de casos y controles, comparativo, observacional y retrospectivo en el Hospital Regional Materno Infantil de Nuevo León (enero de 2021 a enero de 2026). Se incluyeron fetos con diagnóstico ecográfico de HDC moderada y grave con seguimiento posnatal, divididos en: grupo 1 (sin tratamiento prenatal) y grupo 2 (con feto). Se emplearon medidas de tendencia central y análisis de Kaplan-Meier (éxito: supervivencia a 6 meses).

RESULTADOS: Se analizaron 6 casos en el grupo sin tratamiento y 7 en el grupo FETO (media de semanas de embarazo al nacer: 37 semanas en ambos). Cuatro pacientes (57%) del grupo FETO sobrevivieron a los 6 meses, frente a uno (16%) en el grupo expectante. Según el test de log-rank (Mantel-Cox), la diferencia en supervivencia fue estadísticamente significativa ($p = 0.041$).

CONCLUSIÓN: La técnica FETO en HDC moderada y grave mostró una supervivencia significativamente mayor a los 6 meses en comparación con el tratamiento expectante, por lo

que estos pacientes deben valorarse en centros especializados para mejorar su pronóstico.

Concordancia ecográfica y quirúrgica en acretismo

ISRAEL HERRERA ESCOBEDO, ARANTXA RIVERA VELASCO, SHEIRA SAMANTHA NICANOR VIVEROS, MARÍANA RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ

Hospital del Niño y la Mujer Querétaro, Querétaro.

ANTECEDENTES: El espectro de placenta acreta (PAS) representa una causa relevante de morbi-mortalidad materna debido a su asociación con hemorragia obstétrica, transfusión, lesión de órganos adyacentes e histerectomía. El ultrasonido constituye la principal herramienta para el diagnóstico prenatal; sin embargo, pueden existir discrepancias entre los hallazgos ultrasonográficos y la extensión de la invasión placentaria identificada durante la cirugía.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó una serie retrospectiva y descriptiva de siete pacientes atendidas entre enero y julio de 2026. Se analizaron antecedentes obstétricos, hallazgos ultrasonográficos, hallazgos transoperatorios y sangrado.

RESULTADOS: Seis pacientes tuvieron ultrasonido sugestivo de PAS y cinco tuvieron hallazgos quirúrgicos compatibles. Se identificaron cuatro verdaderos positivos, dos falsos positivos, un falso negativo y ningún verdadero negativo. La sensibilidad observada fue 80 %, el valor predictivo positivo 66.7 % y el acuerdo global 57.1 %. La mediana de sangrado fue de 1,400 mL, con rango de 450 a 3,500 mL. En algunos casos, la sospecha prenatal de enfermedad focal o increta correspondió a los hallazgos transoperatorios de percretismo e invasión vesical.

CONCLUSIÓN: El ultrasonido prenatal identificó la mayoría de los casos de pas, aunque tuvo limitaciones para establecer la profundidad de invasión. La estandarización del reporte ultra-

sonográfico podría mejorar la anticipación del riesgo quirúrgico y hemorrágico, facilitando la planeación multidisciplinaria y optimizando la preparación preoperatoria de estas pacientes.

Cirugía programada vs urgente en acretismo

YACKELINE PEQUEÑO NIÑO, MARIO ISAAC LUMBRERAS MÁRQUEZ, SANDRA ACEVEDO GALLEGOS, MARIO ROBERTO RODRÍGUEZ BOSCH, ANA PAULINA VAZQUEZ GUERRA

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

ANTECEDENTES: El espectro de acretismo placentario (EPA) es una causa principal de hemorragia obstétrica grave y morbilidad materna, y su incidencia ha aumentado con la tasa de cesáreas. La planeación quirúrgica multidisciplinaria en centros especializados reduce la transfusión masiva, la estancia en UCI y las reintervenciones. Sin embargo, hasta un tercio de las pacientes requiere cirugía de urgencia, principalmente por sangrado anteparto, presentando peores resultados maternos y neonatales.

MATERIALES Y MÉTODOS: Cohorte retrospectiva de 315 pacientes con EPA confirmado por histopatología (2017-2025), en la que se comparó la cirugía programada con la cirugía de urgencia. El desenlace primario fue la hemorragia obstétrica grave, definida como la transfusión de ≥ 4 concentrados eritrocitarios; los desenlaces secundarios fueron el ingreso materno a la UCI y el ingreso a la UCIN. Se estimaron riesgos relativos crudos y ajustados (IC 95 %) mediante regresión de Poisson modificada con varianza robusta, con ajuste por edad materna, IMC, cesáreas previas, placenta previa, hematocrito previo, riesgo prenatal de EPA determinado por ultrasonido y semanas de embarazo al momento de la resolución.

RESULTADOS: De 315 pacientes, 260 (82.5 %) tuvieron cirugía programada y 55 (17.5 %) requirieron cirugía de urgencia, principalmente por sangrado (61.8 %) y trabajo de parto (23.6 %). La hemorragia obstétrica grave (38.2 % vs. 16.2 %) y



el ingreso a la UCIN (18.2 % vs. 6.9 %) fueron más frecuentes en el grupo de cirugía de urgencia, sin diferencias significativas en el análisis ajustado. El ingreso materno a la UCI fue significativamente mayor con la cirugía de urgencia (74.1 % vs. 41.8 %; RRa: 2.13; IC 95 %: 1.66–2.72).

CONCLUSIÓN: La cirugía de urgencia se asoció con un mayor riesgo ajustado de ingreso materno a la UCI. Estos hallazgos respaldan la identificación prenatal del EPA y su referencia oportuna a centros de tercer nivel, así como la disponibilidad de un equipo multidisciplinario preparado para su tratamiento, incluso en situaciones de urgencia.

Clasificación de PSS mediante aprendizaje profundo

ANDREA GODÍNEZ MEDINA, MARIO ISAAC LUMBRERAS MÁRQUEZ, ALBERTO LÓPEZ FIGUEROA, SANDRA ACEVEDO GALLEGOS, ERNESTO MOYA ALBOR

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

ANTECEDENTES: La prueba sin estrés (PSS) registra simultáneamente la frecuencia cardíaca fetal y la actividad uterina, y es el método más utilizado para la vigilancia del bienestar fetal anteparto. Las guías del ACOG y la FIGO la clasifican como reactiva, no reactiva o no valorable. Sin embargo, en países en desarrollo sus resultados se generan exclusivamente en tiras de papel, lo que limita su análisis automatizado y deja su interpretación a la evaluación visual.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio de desarrollo y validación de un modelo diagnóstico con 1,077 imágenes escaneadas de pss (monitores Philips avalon fm20/fm30) del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México. Especialistas expertos en medicina materno-fetal etiquetaron cada registro según criterios ACOG/FIGO. El preprocesamiento aísla la frecuencia cardíaca fetal y la tocografía y elimina digitalmente la

cuadrícula del papel. Se entrenó una red ResNet-18 de doble rama (4) (entrenamiento 70%, validación 15%, prueba 15%) y se calcularon valor predictivo positivo (vpp), sensibilidad y F1-score por clase.

RESULTADOS: De las 1,077 imágenes, 736 (68.3%) fueron reactivas, 138 (12.8%) no reactivas y 203 (18.9%) no valorables. En el conjunto de prueba, el modelo alcanzó un vpp ponderado de 0.85, sensibilidad de 0.85 y f1-score de 0.84. Por clase, las pruebas reactivas obtuvieron vpp 0.86, sensibilidad 0.95 y f1-score 0.91; las no valorables 0.82, 0.78 y 0.80; y las no reactivas 0.80, 0.43 y 0.56.

CONCLUSIÓN: Este modelo preliminar de aprendizaje profundo clasificó pss en imágenes con alta exactitud global (vpp 0.85, sensibilidad 0.85, f1-score 0.84), con mejor desempeño en registros reactivos. Su principal limitación fue la baja sensibilidad para registros no reactivos, lo que obliga a ampliar la muestra y mejorar el diseño del algoritmo de inteligencia artificial.

Sonopartograma: herramienta multimodal intraparto

NAVA GUERRERO EN, MUÑOZ URIBE FG, CRUZ HERNÁNDEZ AM, HERNÁNDEZ SALAZAR OA, BRAMBILIA RODRÍGUEZ AF

Instituto Salud Fetal, HRMI NL

ANTECEDENTES: El partograma clásico presenta una variabilidad interobservador considerable. Se ha propuesto el concepto de «sonopartograma», que incorpora parámetros ecográficos como complemento de la exploración clínica. Actualmente, no existe una herramienta electrónica que integre ambos tipos de variables de manera longitudinal y paralela durante el trabajo de parto.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio piloto, prospectivo y observacional efectuado en el Hospital Regional Materno Infantil de Nuevo León, México, de agosto a septiembre de 2026, en pacientes con embarazo de término en trabajo de parto. Se

construyó una aplicación web autocontenida que registra longitudinalmente dilatación, estación y posición fetal por exploración clínica y ultrasonido. La factibilidad se evaluó según la completitud de la captura de datos, y la concordancia mediante correlación de Pearson, coeficiente de concordancia de Lin e índice de kappa de Cohen.

RESULTADOS: Se evaluaron 30 pacientes, con completitud de captura de datos de 99.2%. La concordancia clínica-ecográfica fue excelente para posición fetal ($\kappa=0.92$), buena para dilatación cervical ($r=0.78$) y moderada para estación fetal ($r=0.40$; acuerdo exacto 30%). El 83.3% tuvo parto vaginal espontáneo y 16.7% cesárea, principalmente por falta de progresión. Link de esonograma institucional: <https://frolicking-madeleine-ae08c7.netlify.app>

CONCLUSIÓN: Fue factible construir e implementar el sonopartograma electrónico en la práctica real. La concordancia clínica-ecográfica fue mayor para posición y dilatación que para estación fetal, lo que respalda el valor complementario del ultrasonido.

Comparación de las concentraciones de PLGF en pacientes con placenta previa

DAVID AARÓN MARTÍNEZ ROSARIO, LUIS ALBERTO PUGLIESE DE LA FUENTE, PAOLA JANETH RIVERA LEAL, LUIS FERNANDO GONZÁLEZ VENEGAS

Unidad Médica de Alta Especialidad 23

ANTECEDENTES: El espectro de acretismo placentario (pas) es una complicación obstétrica asociada con hemorragia materna grave y elevada morbilidad. La placenta previa y el antecedente de cesárea constituyen factores de riesgo importantes. El factor de crecimiento placentario (plgf) y la tirosina cinasa 1 similar a fms soluble (SFLT-1) participan en la regulación de la angiogénesis placentaria y han sido estudiados como posibles biomarcadores de alteraciones de la placentación.

Sin embargo, la utilidad de estos marcadores

séricos para identificar pas en pacientes con placenta previa permanece incierta.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, analítico y prospectivo en pacientes con diagnóstico ultrasonográfico de placenta previa atendidas en la umae hospital de gineco obstetricia no. 23. Se incluyeron 68 pacientes, 32 con acretismo placentario y 36 sin acretismo. Se determinaron las concentraciones séricas de plgf y sflt-1 mediante elisa y se calculó la relación sflt-1/plgf. Se compararon variables clínicas, obstétricas y ultrasonográficas entre ambos grupos, considerando significación estadística con $p<0.05$.

RESULTADOS: Los niveles de plgf fueron 391.5 ± 296.1 pg/mL en pacientes con acretismo y 530.1 ± 653.4 pg/mL sin acretismo ($p=0.2$). Los niveles de sflt-1 fueron 2314.7 ± 1610.7 y 2330.2 ± 1669.3 pg/mL ($p=0.9$), respectivamente. La relación sflt-1/plgf fue 19.6 ± 36.7 y 13.9 ± 23.4 ($p=0.4$). El puntaje de Tovbin fue mayor en pacientes con acretismo (8.5 ± 2.5 vs. 3.8 ± 2.4 ; $p<0.001$). La pérdida sanguínea estimada fue mayor en el grupo con acretismo (1449.5 ± 256.2 vs. 834.4 ± 139.1 mL; $p<0.001$).

CONCLUSIÓN: Los niveles séricos de PLGF, SFLT-1 y la relación SFLT-1/PLGF no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre pacientes con placenta previa con y sin acretismo placentario. El puntaje de tovin mostró una diferencia significativa entre ambos grupos. El acretismo placentario se asoció con mayor pérdida sanguínea y mayor frecuencia de hemorragia obstétrica.

Comparación de PR y PVS2 de AO en embarazadas

CARLOS ALFREDO MILAN ROSALES, CÉSAR RODOLFO TAWNEY SERRANO

Hospital General de Occidente, Guadalajara, Jalisco.

ANTECEDENTES: Los trastornos hipertensivos



del embarazo se asocian con alteraciones en la hemodinamia y autorregulación cerebral materna. El doppler de la arteria oftálmica (ao) permite evaluar estos cambios de forma periférica y no invasiva. El segundo pico de velocidad sistólica (pvs2) y el peak ratio (pr) se encuentran aumentados en embarazadas hipertensas. Sin embargo, existe información limitada sobre su comportamiento en población mexicana, por lo que resulta relevante evaluar estos parámetros en nuestro contexto clínico.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, analítico y transversal realizado en el Hospital General de Occidente. Se incluyeron 105 embarazadas: 92 sanas y 13 con trastornos hipertensivos. Se realizó ultrasonido Doppler bilateral de la arteria oftálmica mediante una técnica estandarizada, y se evaluaron el PVS2 y el PR en ambos ojos y su promedio. La distribución se analizó con la prueba de Shapiro-Wilk y las comparaciones se realizaron mediante la prueba U de Mann-Whitney o la prueba t de Student con corrección de Welch, considerando significación estadística con $p < 0.05$.

RESULTADOS: Las embarazadas con trastornos hipertensivos tuvieron valores significativamente mayores de pvs2 y pr. El pvs2 promedio fue 28.13 cm/s en hipertensas frente a 20.57 cm/s en sanas, mientras que el pr promedio fue 0.70 frente a 0.47, respectivamente ($p < 0.001$). También se observaron diferencias significativas en ambos ojos, con mayores valores de pvs2 y pr en el grupo con trastornos hipertensivos.

CONCLUSIÓN: El pr y el pvs2 de la ao fueron significativamente mayores en embarazadas con trastornos hipertensivos. El doppler de la ao podría constituir una herramienta complementaria, segura, accesible y no invasiva para evaluar alteraciones hemodinámicas maternas.

Disfunción endotelial en mujeres embarazadas y restricción del crecimiento fetal

KATYA MELINA LEÓN PÉREZ, JOSÉ CARLOS MOLINA PÉREZ

Hospital de Ginecoobstetricia 4 Luis Castelazo Ayala, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: La restricción del crecimiento fetal (rcf) se asocia con disfunción placentaria y mayor morbilidad perinatal. El desequilibrio angiogénico, expresado por un cociente sflt-1/plgf elevado, puede identificar embarazos con mayor riesgo de complicaciones.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, analítico, retrospectivo y longitudinal, con diseño de cohorte. Se incluyeron 82 mujeres con embarazo único y rcf, clasificadas según cociente sflt-1/plgf < 85 o ≥ 85 . Se compararon desenlaces maternos y perinatales y se estimaron riesgos relativos mediante regresión de poisson con varianza robusta, ajustando por semanas de embarazo al diagnóstico.

RESULTADOS: Se incluyeron 46 mujeres con cociente < 85 y 36 con cociente ≥ 85 . El resultado materno adverso fue más frecuente con cociente ≥ 85 (86.1% vs 52.2%; $p = 0.002$). El riesgo permaneció significativo después del ajuste por semanas de embarazo (rra 1.55; IC95 %: 1.13–2.13; $p = 0.007$). El resultado perinatal adverso también fue más frecuente (97.2% vs 80.4%; $p = 0.037$), aunque la asociación ajustada no alcanzó significación estadística (rra 1.16; IC 95 %: 0.99–1.37; $p = 0.062$). Un cociente ≥ 85 se asoció además con menos semanas de embarazo al nacimiento, menor peso neonatal, mayor frecuencia de parto pretérmino, ingreso a UCIN y muerte perinatal.

CONCLUSIÓN: En pacientes con restricción del crecimiento fetal un cociente sflt-1/plgf ≥ 85 se asoció de forma independiente con mayor riesgo de resultados maternos adversos y con un perfil perinatal de mayor gravedad.

Malformación adenomatoidea quística pulmonar

JOEL HUAZO GARCÍA, DIEGO MIGUEL MEJÍA PÉREZ, ISOL MARTÍNEZ CRUZ

Hospital General Dra Columba Rivera Osorio

ANTECEDENTES: APP: niega enfermedades crónicas, alergias y antecedentes de transfusión; refiere antecedente de cesárea. AGO: menarquia a los 13 años, ciclos menstruales de 28×3 días, inicio de vida sexual activa a los 17 años, una pareja sexual, G3, P0, A1 y C1. Papanicolaou realizado hace siete años, negativo para malignidad. MPF: negado.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó una búsqueda en PubMed, UpToDate y MEDLINE, mediante la combinación de los términos: «malformación adenomatoidea» y «enfermedad pulmonar prenatal», se usó la función MeSH: (prenatal characteristics and prognosis of congenital pulmonary airway malformation)

RESULTADOS: La malformación adenomatoidea quística pulmonar es una enfermedad poco frecuente en la que pueden concurrir factores de riesgo como la edad materna, las infecciones maternas y las enfermedades crónicas. Es una lesión hamartomatosa, generalmente unilateral, con predilección por el sexo masculino, que se origina durante el desarrollo pulmonar, hacia el final de la quinta semana. El diagnóstico diferencial se realizó con la hernia diafragmática congénita. El pronóstico depende de la presencia de hidrops fetal, las malformaciones asociadas, la extensión y el tipo anatomopatológico de la lesión; los tipos II y III se consideran de peor pronóstico.

CONCLUSIÓN: La malformación adenomatoidea quística pulmonar es una anomalía congénita del desarrollo pulmonar cuyo diagnóstico prenatal mediante ultrasonido, complementado con la evaluación del índice CVR, permite una adecuada estratificación del riesgo y planificación del tratamiento; la mayoría de los casos evolucionan con vigilancia expectante o tratamiento prenatal, mientras que la resección quirúrgica posnatal electiva constituye el tratamiento definitivo.

Comparación de las concentraciones de PLGF

DAVID AARÓN MARTÍNEZ ROSARIO, LUIS ALBERTO PU-

GLIESSE DE LA FUENTE, PAOLA JANETH RIVERA LEAL, LUIS FERNANDO GONZÁLEZ VENEGAS

Unidad Médica de Alta Especialidad 23.

ANTECEDENTES: El espectro de acretismo placentario (pas) es una complicación obstétrica asociada con hemorragia materna grave y elevada morbilidad. La placenta previa y el antecedente de cesárea constituyen factores de riesgo importantes. El factor de crecimiento placentario (plgf) y la tirosina cinasa 1 similar a FMS soluble (sflt-1) participan en la regulación de la angiogénesis placentaria y han sido estudiados como posibles biomarcadores de alteraciones de la placentación.

Sin embargo, la utilidad de estos marcadores séricos para identificar pas en pacientes con placenta previa permanece incierta.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, analítico y prospectivo en pacientes con diagnóstico ultrasonográfico de placenta previa atendidas en la umae hospital de gineco obstetricia no. 23. Se incluyeron 68 pacientes, 32 con acretismo placentario y 36 sin acretismo. Se determinaron las concentraciones séricas de plgf y sflt-1 mediante elisa y se calculó la relación sflt-1/plgf. Se compararon variables clínicas, obstétricas y ultrasonográficas entre ambos grupos, considerando significación estadística con $p < 0.05$.

RESULTADOS: Las concentraciones de plgf fueron 391.5 ± 296.1 pg/mL en pacientes con acretismo y 530.1 ± 653.4 pg/mL sin acretismo ($p=0.2$). Los niveles de sflt-1 fueron 2314.7 ± 1610.7 y 2330.2 ± 1669.3 pg/mL ($p=0.9$), respectivamente. La relación sflt-1/plgf fue 19.6 ± 36.7 y 13.9 ± 23.4 ($p=0.4$). El puntaje de tovin fue mayor en pacientes con acretismo (8.5 ± 2.5 vs. 3.8 ± 2.4 ; $p < 0.001$). La pérdida sanguínea estimada fue mayor en el grupo con acretismo (1449.5 ± 256.2 vs. 834.4 ± 139.1 mL; $p < 0.001$).

CONCLUSIÓN: Las concentraciones séricas de plgf, sflt-1 y la relación sflt-1/plgf no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre pacientes con placenta previa con y sin



acretismo placentario. El puntaje de TOVBIN mostró una diferencia significativa entre ambos grupos. El acretismo placentario se asoció con mayor pérdida sanguínea y mayor frecuencia de hemorragia obstétrica.

Comparación de PR y PVS2 de la arteria oftálmica en pacientes embarazadas

CARLOS ALFREDO MILAN ROSALES, CÉSAR RODOLFO TAWNEY SERRANO

Hospital General de Occidente, Guadalajara, Jalisco.

ANTECEDENTES: Los trastornos hipertensivos del embarazo se asocian con alteraciones en la hemodinamia y autorregulación cerebral materna. El doppler de la arteria oftálmica (AO) permite evaluar estos cambios de forma periférica y no invasiva. El segundo pico de velocidad sistólica (pvs2) y el peak ratio (pr) se encuentran aumentados en embarazadas hipertensas. Sin embargo, existe información limitada sobre su comportamiento en población mexicana, por lo que resulta relevante evaluar estos parámetros en nuestro contexto clínico.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, analítico y transversal realizado en el Hospital General de Occidente. Se incluyeron 105 embarazadas: 92 sanas y 13 con trastornos hipertensivos. Se realizó ultrasonido Doppler bilateral de la ao mediante técnica estandarizada, evaluando pvs2 y pr en ambos ojos y su promedio. La distribución se analizó con shapiro-wilk Shapiro-Wilk y las comparaciones mediante Mann-Whitney o t de Student con corrección de Welch, considerando $p < 0.05$.

RESULTADOS: Las embarazadas con trastornos hipertensivos tuvieron valores significativamente mayores de pvs2 y pr. El pvs2 promedio fue 28.13 cm/s en hipertensas frente a 20.57 cm/s en sanas, mientras que el pr promedio fue 0.70 frente a 0.47, respectivamente ($p < 0.001$). También se observaron diferencias significativas en ambos

ojos, con mayores valores de pvs2 y pr en el grupo con trastornos hipertensivos.

CONCLUSIÓN: El pr y el pvs2 de la ao fueron significativamente mayores en embarazadas con trastornos hipertensivos. El doppler de la AO podría constituir una herramienta complementaria, segura, accesible y no invasiva para evaluar alteraciones hemodinámicas maternas.

Ultrasonido intraparto ¿predictor de la vía de nacimiento?

MUÑOZ URIBE FERNANDA G, CRUZ HERNÁNDEZ ALDO M, NAVA GUERRERO EDUARDO N, HERNÁNDEZ SALAZAR OBED A, BRAMBILIA RODRÍGUEZ ANA F

Hospital Regional Materno Infantil, Monterrey, NL.

ANTECEDENTES: La exploración vaginal para valorar el descenso fetal es subjetiva y poco reproducible. El ultrasonido intraparto permite evaluar objetivamente la progresión fetal mediante parámetros como el ángulo de progresión (aop) y la distancia cabeza-periné (hpd), asociados con la vía de nacimiento en trabajos de parto prolongado. En México existe información limitada sobre su aplicación sistemática en las salas de labor y su utilidad para predecir la vía de nacimiento.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio prospectivo de una serie preliminar, realizado entre agosto y septiembre de 2026, que incluyó a 30 embarazadas de término con feto único en presentación cefálica y en el primer periodo del trabajo de parto. Mediante ultrasonido transabdominal y transperineal se evaluaron la posición fetal, el AOP, la HPD y la HSD, con una nueva valoración durante el segundo periodo del trabajo de parto. Se compararon los grupos de parto vaginal y cesárea mediante la prueba U de Mann-Whitney y la prueba exacta de Fisher, con puntos de corte preespecificados ($AOP > 120^\circ$ y $HPD \leq 40$ mm).

RESULTADOS: Se registraron 25 partos vaginales y 5 cesáreas (2 por falta de progresión, 1 por desproporción cefalopélvica, 1 por riesgo de

pérdida del bienestar fetal y 1 por feto grande). En la valoración inicial: aop, hpd, hsd, posición, caput y moldeamiento no difirieron entre grupos ($p = 0.543$). En la segunda valoración, el parto vaginal presentó mayor aop (137° vs 120.5° ; $p=0.008$) y menor hsd (12 vs 21 mm; $p=0.016$). Con aop $>120^\circ$ 24/26 pacientes tuvieron parto vaginal.

CONCLUSIÓN: En esta serie preliminar, una valoración ecográfica inicial en el primer periodo no se asoció con la vía de nacimiento. Durante el segundo periodo, un aop mayor y una hsd menor se asociaron con parto vaginal, lo que sugiere que la evaluación ecográfica de la progresión del trabajo de parto debe ser dinámica.



Obstetricia crítica

Cuatro crisis convulsivas antes del diagnóstico

ESTRELLA ESQUIVEL SAÚL, PORTER MAGAÑA ALEXANDER,
CORZO MATÍAS GABRIELA ANAHÍ

ANTECEDENTES: La eclampsia es una emergencia obstétrica grave que puede complicarse con el síndrome de encefalopatía posterior reversible y hemorragia intracerebral. Su presentación atípica en embarazos no reconocidos retrasa el diagnóstico e incrementa de manera significativa la morbilidad y mortalidad materno-fetal.

CASO CLÍNICO: Paciente de 42 años con antecedente de eclampsia y embarazo no reconocido, quien tuvo cuatro crisis convulsivas en 14 días. Después sospechas iniciales de evento vascular y encefalitis, el día 15 se diagnosticó embarazo de 33 semanas, eclampsia, síndrome HELLP, lesión renal y síndrome de encefalopatía posterior reversible. Se realizó cesárea urgente, obteniendo neonato de 1610 g. En el puerperio inmediato, la paciente desarrolló una hemorragia intraparenquimatosa frontal izquierda con hernia subfalcina, requiriendo craniectomía descompresiva, tratamiento neurocrítico en cuidados intensivos y traqueostomía. A los 151 días de seguimiento, la madre sobrevive con hemiplejía derecha en rehabilitación, y la lactante presenta una excelente adaptación con ganancia ponderal del 105%.

CONCLUSIÓN: Ante convulsiones de novo en mujeres en edad reproductiva, debe descartarse eclampsia de forma prioritaria, incluso sin un embarazo evidente. La intervención obstétrica y neuroquirúrgica inmediata es determinante

para garantizar la supervivencia frente a complicaciones cerebrales catastróficas.

Eclampsia puerperal tardía complicada con síndrome de encefalopatía posterior reversible

FERNANDA LIZETH CASTREJÓN NAVA, ADRIANA ALEJANDRA FIGUEROA ALCALÁ, VÍCTOR HUGO RAMÍREZ SANTES

ANTECEDENTES: La eclampsia puerperal tardía puede presentarse luego de las primeras 48 horas y hasta 6 semanas posteriores al nacimiento, con un potencial de complicaciones neurológicas graves. En especial, las pacientes con comorbilidades tales como: pacientes con lupus eritematoso sistémico, nefritis lúpica e hipertensión crónica presentan mayor riesgo de enfermedad hipertensiva durante el embarazo.

CASO CLÍNICO: Paciente con embarazo y comorbilidades maternas complejas. Se recopilaron datos demográficos, antecedentes clínicos, evolución obstétrica, hallazgos clínicos y neurológicos, parámetros bioquímicos, estudios de imagen, intervenciones terapéuticas y desenlaces materno-fetales. La información se organizó cronológicamente para integrar el procedimiento diagnóstico, terapéutico y evolutivo del caso. A los 34 días de puerperio tuvo tres crisis convulsivas tónico-clónicas, con presión arterial de 208/125 mmHg y alteración del estado de alerta. La resonancia magnética mostró hiperintensidades occipitales-parietales bilaterales compatibles con síndrome de encefalopatía posterior reversible. Recibió tratamiento con sulfato de magnesio, antihipertensivos y an-

ticonvulsivantes con recuperación neurológica.

CONCLUSIÓN: La eclampsia puede presentarse tardíamente durante el puerperio, incluso enseguida de la resolución del embarazo. En pacientes con múltiples comorbilidades, es necesario prolongar la vigilancia puerperal, con monitorización estrecha de la presión arterial, tener un reconocimiento oportuno de manifestaciones neurológicas y seguimiento multidisciplinario.

Útero de Couvelaire por desprendimiento prolongado

RITO MARTÍN DE JESÚS AYALA CRUZ, JAIR LUISNHO LARRA GONZÁLEZ, OSWALDO DANIEL DE LEÓN BRISEÑO

ANTECEDENTES: El útero de Couvelaire es una complicación poco frecuente y grave del desprendimiento prematuro de placenta normoinsera, caracterizada por infiltración hemorrágica del miometrio y asociada con hemorragia obstétrica aguda.

CASO CLÍNICO: Paciente de 30 años, con cuatro gestaciones y tres partos, ingresa a urgencias con presión arterial de 180/100 mmHg, hipertonía uterina, sangrado transvaginal y hemoglobina de 7.8 g/dL. Se documenta muerte fetal intrauterina. Se inicia tratamiento con hidralazina, sulfato de magnesio y antibioticoterapia. Se hicieron: cesárea, identificándose desprendimiento placentario mayor al 80% y abundantes coágulos intrauterinos. A la exteriorización uterina se observa infiltración hemática extensa del miometrio, compatible con útero de Couvelaire. Ante la gravedad del cuadro hemorrágico, se hicieron: histerectomía obstétrica para control definitivo. El útero de Couvelaire constituye un marcador de severidad materna. Su asociación con hipertensión, desprendimiento placentario extenso y muerte fetal requiere reconocimiento y tratamiento oportunos.

CONCLUSIÓN: Aun cuando su existencia no indica necesariamente histerectomía, esta

puede ser necesaria ante hemorragia obstétrica grave cuando el tratamiento conservador resulta insuficiente.

Presentación podálica con exposición prolongada

RITO MARTÍN DE JESÚS AYALA CRUZ, JAIR LUISNHO LARRA GONZÁLEZ, OSWALDO DANIEL DE LEÓN BRISEÑO

ANTECEDENTES: La presentación podálica ocurre aproximadamente en 3–4% de los embarazos de término. Su identificación prenatal permite establecer una estrategia de atención individualizada. La exteriorización prolongada de una extremidad fetal es excepcional y puede ocasionar edema, afectación vascular, lesión de tejidos blandos y riesgo infeccioso.

CASO CLÍNICO: Paciente de 26 años, embarazo a término y sin control prenatal, acudió a urgencias con feto en presentación podálica y miembro pélvico izquierdo expuesto durante 7 días. Presentaba hematomas abdominales secundarios a maniobras de versión cefálica externa. Se realizó cesárea tipo Kerr urgente, obteniéndose recién nacido masculino vivo, 3480 g, Capurro 41 semanas, Apgar 3-5-6, sin pulsos periféricos en miembro pélvico izquierdo, con distocia de hombros y luxación bilateral de cadera. La madre se dio de alta a los 7 días, hemodinámicamente estable. La ausencia de control prenatal favoreció la falta de identificación oportuna de la presentación podálica. La exposición prolongada de una extremidad puede producir edema, afectación vascular y contaminación bacteriana. Aunque el parto vaginal podálico puede considerarse en pacientes seleccionadas, requiere personal experimentado y protocolos establecidos.

CONCLUSIÓN: La identificación prenatal, valoración especializada y resolución en unidades con capacidad quirúrgica y neonatal son fundamentales para disminuir la morbilidad materno-fetal.



Cuando el HELLP no se resuelve microangiopatía trombótica

JOSÉ ALBERTO ROMERO RODRÍGUEZ, NATZUL AGUIRRE VILLANUEVA, JOSÉ MANUEL RODRÍGUEZ CHAGOYA

ANTECEDENTES: El síndrome de HELLP y la microangiopatía trombótica comparten hemólisis, trombocitopenia y disfunción orgánica, lo que dificulta su distinción en el puerperio. Una lesión renal aguda que no mejora en las primeras 48–72 horas posparto, pese al tratamiento estándar del HELLP, obliga a descartar una microangiopatía trombótica sostenida —síndrome hemolítico urémico atípico mediado por complemento o púrpura trombocitopénica trombótica— antes de atribuirla a preeclampsia grave en resolución, porque la conducta terapéutica difiere sustancialmente entre ambas entidades.

CASO CLÍNICO: Paciente de 32 años con HELLP y lesión renal aguda posparto posterior a hemorragia obstétrica, evaluando parámetros de gravedad (evaluación secuencial de la disfunción orgánica y puntuación fisiológica aguda simplificada II), evolución analítica y biomarcadores de microangiopatía (haptoglobina, actividad e inhibidor de ADAMTS13). Se realizó biopsia renal percutánea con microscopía de luz e inmunofluorescencia directa. Los hallazgos se contrastaron con los criterios diagnósticos de HELLP, púrpura trombocitopénica trombótica y síndrome hemolítico urémico atípico descritos en la bibliografía. Paciente con HELLP Mississippi clase I y anuria persistente pese a mejoría hepática y plaquetaria, con requerimiento de hemodiálisis. La biopsia renal mostró trombos de fibrina recientes, hiperplasia endocapilar focal y depósitos escasos de C3c, confirmando microangiopatía trombótica. La actividad de ADAMTS13 fue 0.49 IU/mL, sin déficit agudo ni inhibidor detectable, orientando hacia microangiopatía trombótica mediada por complemento y no hacia púrpura trombocitopénica trombótica clásica. Después 9 días en la unidad de cuidados intensivos obstétricos se dio de alta estable,

referida a nefrología para ampliar el estudio de complemento.

CONCLUSIÓN: Paciente con HELLP Mississippi clase I y anuria persistente pese a mejoría hepática y plaquetaria, con requerimiento de hemodiálisis. La biopsia renal mostró trombos de fibrina recientes, hiperplasia endocapilar focal y depósitos escasos de C3c, confirmando microangiopatía trombótica. La actividad de ADAMTS13 fue 0.49 UI/mL, sin déficit agudo ni inhibidor detectable, orientando hacia microangiopatía trombótica mediada por complemento y no hacia púrpura trombocitopénica trombótica clásica. Después 9 días en la unidad de cuidados intensivos obstétricos se dio de alta estable, referida a nefrología para ampliar el estudio de complemento.

Hígado graso agudo del embarazo y síndrome de HELLP

THALYA YANNIRA LÓPEZ FOREY, DIANA ARACELI GARCÍA VARGAS, ERANDY ITZIRY GÓMEZ CABALLERO

ANTECEDENTES: El hígado graso agudo del embarazo y el síndrome de HELLP son complicaciones graves del tercer trimestre con manifestaciones clínicas y bioquímicas superpuestas. El interés del caso radica en la convergencia de un patrón de disfunción metabólico-sintética hepática con hallazgos microangiopáticos, en una paciente que reunió criterios para hígado graso agudo del embarazo clínicamente probable y síndrome de HELLP clase III según Mississippi.

CASO CLÍNICO: Paciente con sospecha de solapamiento hígado graso agudo del embarazo–HELLP. Se extrajeron datos clínicos, obstétricos, hematológicos, bioquímicos, imagenológicos, terapéuticos y evolutivos desde el ingreso hasta el egreso. La probabilidad de hígado graso agudo del embarazo se evaluó con los criterios de Swansea y la gravedad del HELLP mediante la clasificación de Mississippi. Los hallazgos se contrastaron con guías internacionales y

bibliografía reciente para integrar diagnóstico, tratamiento y desenlaces materno-perinatales. Gestante de 37 años, con tres gestaciones, una cesárea y un aborto, de 36.6 semanas, ingresó con hipertensión aguda, náusea, vómito, ictericia y muerte fetal intrauterina. Presentó plaquetas de $102 \times 10^3/\mu\text{L}$, bilirrubina de 4.39 mg/dL, aspartato aminotransferasa/alanina aminotransferasa de 354/1372 u/L, deshidrogenasa láctica de 1152 u/L, ácido úrico de 9 mg/dL, coagulopatía e hipoglucemia puerperal de 60 mg/dL. Reunió siete criterios de Swansea y los tres parámetros de HELLP clase III de Mississippi, con esquistocitos. Después cesárea y cuidados intensivos tuvo recuperación plaquetaria y renal, con hiperbilirrubinemia y coagulopatía persistentes al egreso.

CONCLUSIÓN: Este caso cuestiona la dicotomía hígado graso agudo del embarazo frente a HELLP: ambas entidades pueden converger en un fenotipo clínico-bioquímico superpuesto, pese a sus diferentes mecanismos fisiopatológicos. Siete criterios de Swansea y el patrón de disfunción metabólico-sintética sustentaron hígado graso agudo del embarazo clínicamente probable, sin requerir confirmación histopatológica. Las plaquetas de $102 \times 10^3/\mu\text{L}$, DESHIDROGENASA LÁCTICA de 1152 U/L y aspartato aminotransferasa/alanina aminotransferasa de 354/1372 U/L clasificaron el caso como síndrome de HELLP clase III de Mississippi; los esquistocitos reforzaron la microangiopatía. El aporte del caso no radica en elegir entre hígado graso agudo del embarazo o HELLP, sino en demostrar que la integración de Swansea y Mississippi ofrece mayor precisión que imponer un diagnóstico único.

Percretismo con invasión vesical: un reto clínico

LESLEY MARIANA DE HARO DEL RÍO, ALFONSO YANCARLOS CORREA BERMÚDEZ, BERENICE HERRERA PECINA

ANTECEDENTES: El espectro de placenta acreta se caracteriza por una adherencia o invasión anormal de la placenta a la pared uterina. La placenta previa y las cesáreas anteriores son

factores de riesgo importantes. En su forma más invasiva, la placenta puede comprometer la vejiga y provocar hemorragia masiva, choque y lesión de órganos pélvicos. El diagnóstico prenatal y la planificación multidisciplinaria permiten anticipar recursos para la atención materna.

CASO CLÍNICO: Paciente de 26 años con tres cesáreas previas y embarazo de 35 semanas y 6 días, ingresó por hemorragia vaginal. Se realizó cesárea urgente; durante la cirugía se confirmó percretismo con invasión vesical. Se practicaron histerectomía obstétrica total y reparación vesical. El sangrado estimado fue de 4500 mL, con requerimiento de transfusión masiva y cuidados intensivos. La recién nacida pesó 2440 g. La paciente evolucionó con estabilidad hemodinámica y función renal conservada, y se dio de alta con sonda vesical y seguimiento ambulatorio.

CONCLUSIÓN: La invasión vesical en el espectro de placenta acreta exige anticipación y coordinación multidisciplinaria. El diagnóstico prenatal permite planear recursos. Ante hemorragia masiva e inestabilidad, el protocolo transfusional y la colaboración entre obstetricia, anestesiología, uroginecología y medicina crítica resultan determinantes. En este caso, el control quirúrgico definitivo y la reparación vesical permitieron la supervivencia materna con función renal conservada.

Ceguera cortical como presentación inicial de síndrome de encefalopatía posterior reversible

RAUDEL JESÚS MEDINA RIVERA, JORGE FRANCISCO MONTOYA SARMIENTO, EDUARDO IVÁN GARZA GARZA, YAHIR ARTURO DE LEÓN ESPINOZA

ANTECEDENTES: El síndrome de encefalopatía posterior reversible es una padecimiento neurológico asociado con alteraciones de la autorregulación cerebral y disfunción endotelial. En el embarazo, se relaciona principalmente con preeclampsia y puede manifestarse con cefalea, alteraciones visuales, convulsiones y trastornos del estado de conciencia. La pérdida



visual aguda o ceguera cortical constituye una presentación poco frecuente, por lo que su reconocimiento oportuno es fundamental para establecer tratamiento y prevenir complicaciones neurológicas.

CASO CLÍNICO: Paciente de 19 años, con dos gestaciones, ningún parto y un aborto, con embarazo de 36 semanas y preeclampsia, quien desarrolló pérdida visual súbita y progresiva hasta ceguera. Se analizaron las manifestaciones clínicas, estudios de imagen, evolución neurológica, tratamiento y desenlace materno durante su hospitalización. La paciente tuvo pérdida visual completa asociada a hipertensión aguda, por lo que se realizó cesárea y tratamiento con sulfato de magnesio y antihipertensivos. Los estudios de imagen mostraron alteraciones cerebrales compatibles con síndrome de encefalopatía posterior reversible. Durante la evolución hospitalaria tuvo recuperación progresiva de la agudeza visual y mejoría neurológica con control estricto de la presión arterial.

CONCLUSIÓN: El síndrome de encefalopatía posterior reversible debe considerarse ante alteraciones visuales agudas en pacientes con preeclampsia aguda. El diagnóstico y tratamiento oportunos, con control de la presión arterial y resolución del embarazo, pueden favorecer la recuperación neurológica y visual.

De la encefalopatía grado IV a la recuperación neurológica

CRISTIAN DANIEL JIMÉNEZ LÓPEZ, LESLIE JACQUELINE NÁJERA BAROCIO, VALERIA ZORRERO NOGUEZ

ANTECEDENTES: El hígado graso agudo del embarazo es una complicación infrecuente y potencialmente mortal, caracterizada histopatológicamente por esteatosis microvesicular y clínicamente por un espectro variable de disfunción hepática progresiva. Se presenta principalmente en el tercer trimestre o puerperio y puede evolucionar a insuficiencia hepática

aguda, encefalopatía y disfunción multiorgánica. El diagnóstico es clínico, apoyado por los criterios de Swansea, la existencia de seis o más criterios no explicados por otra etiología favorece el diagnóstico, aunque puede ser complejo por la superposición con diagnósticos diferenciales como preeclampsia, eclampsia y síndrome HELLP. La resolución del embarazo constituye la intervención fundamental, aunque la disfunción orgánica puede persistir durante los primeros días del puerperio. El presente caso describe una paciente con insuficiencia hepática aguda asociada al embarazo, encefalopatía grave y disfunción multiorgánica, con recuperación neurológica, respiratoria y bioquímica progresiva posterior a la resolución obstétrica y al soporte intensivo.

CASO CLÍNICO: Paciente de 21 años con insuficiencia hepática aguda asociada al embarazo, posterior a resolución obstétrica mediante cesárea. Se realizó revisión retrospectiva de la evolución clínica, neurológica y bioquímica durante su estancia en cuidados intensivos, incluyendo criterios de Swansea, función hepática y renal, coagulación, estado neurológico, soporte ventilatorio y evolución posterior a la resolución del embarazo. La paciente tuvo insuficiencia hepática aguda con 12 criterios de Swansea, encefalopatía West Haven IV, hiperamonemia, hipoglucemia recurrente, coagulopatía y lesión renal aguda, asociadas a crisis tónico-clónicas que requirieron ventilación mecánica invasiva. Posteriormente tuvo recuperación neurológica y orgánica progresiva, permitiendo extubación. La bilirrubina total disminuyó de 8.91 a 4.15 y posteriormente a 2.12 mg/dL, con recuperación del estado de alerta hasta Glasgow 15 y ausencia de encefalopatía.

CONCLUSIÓN: La insuficiencia hepática aguda asociada al embarazo puede persistir y alcanzar gravedad crítica durante el puerperio. La encefalopatía, coagulopatía, hipoglucemia y disfunción renal permiten reconocer enfermedad grave. La resolución obstétrica, acompañada de soporte intensivo oportuno, puede asociarse con recuperación neurológica y bioquímica favorable.

Metástasis placentaria en el espacio intervelloso

DANIELA MICHELLE BARAJAS ROQUE, NATALIE SCHNEEWEISS GARBER, JOSÉ ANTONIO RAMÍREZ CALVO, CINTIA MARÍA SEPÚLVEDA RIVERA

ANTECEDENTES: Las neoplasias linfoides durante el embarazo son infrecuentes y la afectación placentaria es excepcional; no obstante, el linfoma constituye el cuarto tumor más frecuentemente reportado con metástasis placentarias. La infiltración del espacio intervelloso corresponde al compartimento materno, mientras que la invasión de vellosidades coriales implica afectación fetal y mayor riesgo neonatal.

CASO CLÍNICO: Paciente de 42 años, con siete gestaciones y seis partos, con embarazo de 35.3 semanas, restricción del crecimiento fetal y enfermedad ganglionar extensa. La biopsia ganglionar mostró probable neoplasia hematolinfóide. El estudio placentario identificó infiltración linfóide nodular en el espacio intervelloso, sin invasión de vellosidades coriales. La bibliografía identifica la afectación intervellosa como el patrón más frecuente y la infiltración placentaria como posible marcador de enfermedad materna avanzada y desenlaces adversos. La guía de la Sociedad Estadounidense de Oncología Clínica 2026 recomienda evaluar histopatológicamente la placenta en pacientes con cáncer durante el embarazo.

CONCLUSIÓN: La infiltración neoplásica limitada al espacio intervelloso demuestra la afectación a la madre, pero no equivale a transmisión fetal. El estudio placentario puede evidenciar diseminación, contribuir a la evaluación oncológica y orientar el seguimiento neonatal.

Disgerminoma ovárico y embarazo

SCARLETT VERÓNICA ARVIZO GONZÁLEZ, FRANCISCO IBARGÜENGOITIA OCHOA, JORGE BELTRÁN MONTOYA

ANTECEDENTES: El cáncer de ovario derivado

de células germinales, en particular el disgerminoma, es un evento raro que se presenta en mujeres en etapa reproductiva; cuando se asocia con el embarazo es una situación muy poco frecuente con una incidencia de 0.2 -1 por cada 100,000.

CASO CLÍNICO: Paciente embarazada atendida en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes de la Ciudad de México. Se trató con inhibición profiláctica con indometacina en el postoperatorio (de la laparotomía), el reporte de patología definitiva: tumor de 2,030 gramos, disgerminoma con cápsula íntegra. A las 40 semanas se atendió eutocia con un recién nacido masculino de 3,270 gramos y Apgar 7-9.

CONCLUSIÓN: Una paciente con un disgerminoma durante su embarazo puede tener un resultado favorable, la continuación del embarazo es una opción, especialmente si el tumor es unilateral, sin ascitis y sin metástasis.

Eclampsia y síndrome de encefalopatía posterior reversible en adolescente de 13 años

CONTRERAS BUENO ADRIANA, CUTIVA OYOLA JENNIFER VIRGINIA, ÁNGULO MINA NORA ELENA, CARREÓN MACÍAS ISABEL PATRICIA

ANTECEDENTES: La eclampsia es una complicación obstétrica grave que puede manifestarse incluso sin cifras tensionales en rango de severidad. El síndrome de encefalopatía posterior reversible constituye una complicación neurológica asociada con alteraciones de la autorregulación cerebral y edema vasogénico. Su presentación en adolescentes representa un desafío diagnóstico, especialmente cuando la magnitud de la hipertensión no refleja la afectación neurológica.

CASO CLÍNICO: Paciente adolescente de 13 años con embarazo de 36.6 semanas, atendida en el Hospital General de Durango. Se analizaron antecedentes obstétricos, registros tensionales, evolución neurológica, estudios de laboratorio, hallazgos tomográficos, tratamiento y desenlace



hospitalario, preservando la confidencialidad de la paciente. Se documentó eclampsia en una adolescente con cifras tensionales inicialmente no agudas y afectación neurológica que requirió vigilancia intensiva. La tomografía de control evidenció hipodensidades bilaterales y simétricas de sustancia blanca periventricular y profunda, con aparente afectación de ganglios basales, sugestivas de edema cerebral, sin hemorragia ni efecto de masa. En el contexto clínico se consideró síndrome de encefalopatía posterior reversible. Presentó evolución neurológica favorable y se dio de alta sin secuelas reportadas.

CONCLUSIÓN: La eclampsia puede presentarse sin hipertensión en rango de severidad. Este caso destaca la importancia de reconocer oportunamente las manifestaciones neurológicas, considerar síndrome de encefalopatía posterior reversible y realizar una evaluación multidisciplinaria, independientemente de la magnitud de las cifras tensionales.

Embarazo abdominal

KATHERINE GIOVANA CASTILLO PIEDRA, RASHEL AMARIN DE LA CRUZ CÁMARA, GISELA MORALES GARCÍA

CASO CLÍNICO: Paciente de 34 años, que ingresó a sala de labor con diagnóstico de abdomen agudo, choque hipovolémico, que se pasa a laparotomía exploradora ante sospecha de embarazo ectópico roto, se evidencia embarazo ectópico abdominal en ciego, con feto de aproximadamente. 20 semanas de embarazo, con placenta adherida a intestino, se realizó histerectomía obstétrica, se dejó placenta adherida a ciego, con tratamiento con metotrexato y ácido fólico durante el postoperatorio. El tratamiento de los casos avanzados es quirúrgico y requiere planificación multidisciplinaria por el riesgo de hemorragia masiva y de adherencia placentaria a estructuras vitales. En este caso ante la urgencia se pasa a quirófano para realizar laparotomía exploradora, obteniendo un sangrado total de sangrado 3000 mL y hemotransfusión de 4 pa-

quetes globulares y 2 unidades de plasma fresco congelado y se hicieron: histerectomía obstétrica, con resultado favorable durante la evolución postoperatoria para la paciente.

CONCLUSIÓN: El embarazo abdominal avanzado puede debutar como abdomen agudo con hemoperitoneo y choque; la ultrasonografía en el centro de referencia fue clave para orientar la conducta. La laparotomía con resección del implante e histerectomía total controló el sangrado de 3000 mL con soporte transfusional. 3. El trofoblasto residual descendió su subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana con metotrexato; se requiere vigilancia seriada.

Neurocisticercosis en el embarazo

DANYA ELENA ORDÓÑEZ TORRES, TITO SERGUEI MORALES MORALES, LUIS FERNANDO LERMA ALVARADO, FELIPE CHAVELAS OCHOA

ANTECEDENTES: Revisión de expediente clínico, con recopilación de datos de antecedentes personales, sociodemográficos, presentación clínica, estudios de laboratorio y gabinete, tratamiento, evolución y desenlace materno. Revisión de bibliografía y guías relacionadas con el diagnóstico y tratamiento de la patología. La información fue anonimizada, preservando la confidencialidad de la paciente. Se realizó ventriculostomía, identificando hidrocefalia obstructiva por cisticerco localizado en foramen de Monro, se hicieron: su exéresis. Se indicó progresión ventilatoria, anticomiciales, y antiparasitario. La paciente evolucionó adecuadamente sin secuelas neurológicas. La hidrocefalia secundaria a un cisticerco intraventricular, puede producir hipertensión intracraneal y deterioro neurológico progresivo. Ante la presentación atípica, la neuroimagen es fundamental para establecer el diagnóstico.

CASO CLÍNICO: Paciente de 30 años, con embarazo de 34 semanas de embarazo y antecedente de diabetes mellitus tipo II, quien tuvo cefalea, acúfenos, fosfenos, amnesia y afasia de

una hora de evolución. A su ingreso se encontró somnolienta, Glasgow 11, con presión arterial 148/90mmHg, con función renal y hepática sin alteraciones. La tomografía axial computarizada de cráneo evidenció hidrocefalia, edema cerebral, y calcificaciones intracraneales. Ante la posibilidad de una emergencia obstétrica, ingresa a cuidados críticos, se inició neuroprotección con sulfato de magnesio, ventilación mecánica, y maduración pulmonar fetal. Debido al deterioro neurológico progresivo, se interrumpió el embarazo vía abdominal. Posteriormente, se realizó ventriculostomía, identificando hidrocefalia obstructiva por cisticercos localizados en foramen de Monro, se hicieron: su exéresis. Se indicó progresión ventilatoria, anticomiciales, y antiparasitario. La paciente evolucionó adecuadamente sin secuelas neurológicas.

CONCLUSIÓN: Ante la alteración neurológica súbita y presentación atípica de eclampsia, especialmente en regiones endémicas, debe considerarse la neurocisticercosis dentro de los diagnósticos diferenciales. El reconocimiento oportuno permite establecer un tratamiento dirigido y prevenir complicaciones neurológicas graves.

Eisenmenger e hipertensión arterial pulmonar aguda: tratamiento periparto

NATALI MONTSERRAT CASTILLO OCHOA, LIZETH SARAHÍ LÓPEZ ARAGÓN, KARLA KREBS LÁRRAGA

ANTECEDENTES: El síndrome de Eisenmenger durante el embarazo se asocia con elevada morbilidad materna y perinatal. La hipertensión arterial pulmonar aguda, el cortocircuito derecha-izquierda, la hipoxemia y la disfunción ventricular derecha incrementan el riesgo de descompensación, especialmente periparto y en el puerperio. No existe un punto de corte seguro de presión pulmonar; por ello, la presión sistólica de la arteria pulmonar debe interpretarse junto con la función ventricular derecha, la oxigenación y la situación hemodinámica.

CASO CLÍNICO: Paciente de 37 años con comunicación interauricular ostium secundum no corregida, síndrome de Eisenmenger e hipertensión arterial pulmonar aguda. Se revisaron antecedentes, evolución materno-fetal, ecocardiografía, tratamiento obstétrico, anestésico y posoperatorio. El ecocardiograma documentó cortocircuito derecha-izquierda, dilatación e hipertrofia ventricular derecha y presión sistólica de la arteria pulmonar estimada de 121 mmHg. El embarazo se complicó con hipoxemia aguda, restricción del crecimiento fetal y presentación pélvica. Se programó cesárea a las 32 semanas bajo anestesia epidural, ventilación espontánea con oxígeno suplementario, norepinefrina titulada y tratamiento hídrico restrictivo. El sangrado fue de 300 mL, sin transfusión. Se obtuvo recién nacido masculino de 1,270 g, Apgar 8/8. La paciente ingresó a la unidad de cuidados intensivos con oxígeno y soporte vasopresor, continuando vasodilatadores pulmonares. No tuvo insuficiencia cardiovascular, tromboembolia ni deterioro respiratorio agudo; madre y neonato egresaron en condiciones estables.

CONCLUSIÓN: La presión sistólica de la arteria pulmonar de 121 mmHg, asociada a Eisenmenger e hipoxemia aguda, identificó un perfil de riesgo materno extremo. La planificación anticipada, el tratamiento anestésico-hemodinámico individualizado y la vigilancia intensiva periparto permitieron un desenlace materno y neonatal favorable en un escenario de muy alto riesgo.

Espectro de placenta acreta impacto en la disminución

BELMAREZ ZEPEDA ANAHÍ LUCERO, HERNÁNDEZ GONZÁLEZ ELVIRA ESTEFANÍA, MÉNDEZ AGUIRRE PIEDAD OMAR, LING GARCÍA JOSÉ PABLO, DE LA TORRE TRONCOSO ALICIA NOHEMÍ

ANTECEDENTES: El espectro de placenta acreta, complicación obstétrica caracterizada por invasión anormal de la placenta al miometrio, asociada con riesgo de hemorragia obstétrica y



lesión de órganos adyacentes¹. Un diagnóstico prenatal oportuno permite planificar la resolución del embarazo, establecer una estrategia quirúrgica multidisciplinaria para disminuir la morbilidad materna y neonatal³.

Palabras clave: placenta acreta; placenta previa; hemorragia obstétrica; diagnóstico prenatal, morbilidad.

CASO CLÍNICO: Paciente de 28 años con placenta previa total y sospecha prenatal de espectro de placenta acreta. Se revisaron expediente clínico, estudios ultrasonográficos, valoraciones multidisciplinarias, hallazgos transoperatorios y resultados maternos y perinatales. Se realizó correlación entre los hallazgos prenatales y quirúrgicos y el estudio histopatológico definitivo. Se identificó marcada vascularización superficial del segmento uterino inferior y vasos de gran calibre. Se realizó cesárea con incisión fúndica e histerectomía con placenta in situ. Sangrado estimado de 800 mL, sin requerimiento de hemoderivados ni evidencia de lesión urinaria. Se obtuvo recién nacido de 2833 g, Apgar 4/7. Resultado histopatológico demostró placenta increta.

CONCLUSIÓN: Una identificación oportuna de espectro de placenta acreta permite establecer una estrategia quirúrgica multidisciplinaria. La técnica convencional con incisión fúndica e histerectomía con placenta in situ permitió sangrado mínimo comparado con lo reportado en la bibliografía y resultados neonatales favorables.

Diagnóstico transoperatorio de placenta increta

PAOLA REA-MEJÍA, ELIZABETH GARCÍA PASTÉN

ANTECEDENTES: El acretismo placentario comprende alteraciones en la adherencia e invasión anormal de la placenta. Es una causa importante de hemorragia obstétrica y morbilidad materna, con incidencia creciente asociada al aumento de cesáreas previas. La identificación prenatal de factores de riesgo y hallazgos ultrasonográficos permite planificar el tratamiento

y disminuir complicaciones. Sin embargo, el diagnóstico puede ser difícil, aun ante estudios de imagen sin hallazgos sugestivos y confirmarse hasta la resolución del embarazo.

CASO CLÍNICO: Paciente de 36 años, con tres gestaciones y dos cesáreas, cursando embarazo de 37 semanas de embarazo, con diagnóstico de preeclampsia con criterios de severidad, placenta previa y presentación pélvica. Sin hallazgos ultrasonográficos sugestivos de acretismo placentario. Durante cesárea se identifica placenta increta, por lo que se modifica técnica quirúrgica y se hicieron: histerectomía obstétrica.

CONCLUSIÓN: La coexistencia de múltiples factores de riesgo para acretismo placentario debe mantener un alto índice en la sospecha clínica, aun con estudios de imagen sin hallazgos sugestivos. El reconocimiento transoperatorio permitió modificar la estrategia quirúrgica y realizar histerectomía obstétrica como tratamiento definitivo, con la finalidad de prevenir hemorragia obstétrica.

Trombosis cortical puerperal: simulando eclampsia

MARIANA DANIELA RAMÍREZ GUTIÉRREZ, JOSÉ BERNARDO LARA AYALA, KATIA GUADALUPE RODRÍGUEZ GUTIÉRREZ, CLAUDIA IVONNE LÓPEZ CRUZ

ANTECEDENTES: La trombosis venosa cerebral es una enfermedad cerebrovascular infrecuente, con una frecuencia reportada de 0.01%¹, con mayor incidencia en el puerperio debido a la hipercoagulabilidad fisiológica de este periodo^{2,3}. Su presentación: cefalea, crisis convulsivas y déficit neurológico focal, se superpone con la eclampsia, lo que puede retrasar su diagnóstico y el tratamiento oportuno

CASO CLÍNICO: Paciente de 36 años, multigesta, sin enfermedades crónicas; cesárea electiva realizada sin complicaciones. Al sexto día posquirúrgico, reingresa por cefalea, visión borrosa, vómito, alteración del estado de alerta y crisis convulsivas, con presión arterial

164/106, hiperreflexia, y disminución de fuerza en extremidades izquierdas. Ante la sospecha de eclampsia recibe sulfato de magnesio y antihipertensivos. Durante la hospitalización se documentaron crisis tónico-clónicas generalizadas. Los estudios iniciales mostraron función renal y transaminasas conservadas, sin trombocitopenia ni proteinuria. Tomografía axial computarizada inicial sin lesiones; resonancia magnética identificó trombosis venosa cortical parietal derecha, evento isquémico asociado y hemorragia subaracnoidea y subdural. Se inició anticoagulación con enoxaparina y anticonvulsivante con levetiracetam. Evolucionó favorablemente, sin déficit neurológico evidente al egreso, seguimiento a 6 meses sin lesiones en estudios de imagen, suspendiendo tratamiento anticoagulante.

CONCLUSIÓN: En este caso el diagnóstico de trombosis venosa cortical permitió orientar el tratamiento anticoagulante, con evolución favorable y egreso sin déficit neurológico, lo que destaca la importancia de ampliar el diagnóstico diferencial ante una aparente eclampsia. El reconocimiento temprano y tratamiento oportuno disminuyen la discapacidad y mortalidad materna.

Ruptura hepática asociada a síndrome de HELLP en un embarazo gemelar monocorial biamniótico

GUSTAVO LÓPEZ RUIZ, GISELA CUEVAS VELASCO, MARÍA FERNANDA VENEGAS MONTAÑA, SYLVIA YESSICA ROCHA GARCÍA, LIRIO ISABEL GUADALUPE RUIZ

ANTECEDENTES: La ruptura hepática es una complicación obstétrica potencialmente mortal, asociada a síndrome de HELLP y preeclampsia con datos de severidad, con incidencia de 1:40 000 - 250 000 embarazos y mortalidad materna de 17-59%.

CASO CLÍNICO: Paciente con ruptura hepática asociada a síndrome de HELLP. Se analizaron los antecedentes, manifestaciones clínicas, estudios

de laboratorio e imagen, tratamiento y evolución clínica. Posteriormente, se llevó a cabo una revisión bibliográfica de la bibliografía científica disponible en bases de datos indexadas, con el propósito de comparar el caso con la evidencia publicada y discutir los aspectos diagnósticos y terapéuticos más relevantes. Paciente de 34 años, con embarazo gemelar monocorial biamniótico de 31 semanas y 3 días de embarazo. Como antecedente, cursó con síndrome de HELLP en su primer embarazo, resuelto mediante cesárea a las 31 semanas. Ingresó presentando epigastralgia aguda súbita, diaforesis y disnea, con cifras tensionales de 110/60 mmHg en dos ocasiones. Por la persistencia y severidad del cuadro, y antecedente obstétrico, se decidió la resolución urgente del embarazo. Durante el procedimiento se recabaron laboratorios con trombocitopenia y transaminasemia, integrando diagnóstico de síndrome de HELLP. Se identificó hemoperitoneo, se realizó interconsulta a cirugía general, y posteriormente angiotomografía contrastada confirmando ruptura hepática. Ante la estabilidad hemodinámica, se realizó embolización selectiva hepática, logrando hemostasia. Se mantuvo bajo vigilancia en cuidados intensivos, con evolución favorable, egresando después de siete días de estancia hospitalaria.

CONCLUSIÓN: El reconocimiento oportuno de esta complicación, incluso en ausencia de hipertensión arterial, con el tratamiento individualizado y multidisciplinario favorece una disminución en la morbimortalidad materna. Debido a que los hematomas hepáticos originan gran morbimortalidad, es indispensable que el diagnóstico sea temprano y la atención multidisciplinaria.

Hiponatremia en el embarazo

DALIA GABRIELA SÁNCHEZ SÁNCHEZ

ANTECEDENTES: En la mujer embarazada la osmolaridad sérica cae entre 5-10 mosm/kg y el sodio disminuye de 4 a 5 mmol/L por un reajuste



fisiológico en el umbral de los osmorreceptores para la liberación de vasopresina, sin embargo, la hiponatremia inferior a 130 mmol/L y la alteración de cualquier otro electrolito necesitan diagnóstico e intervención pronta, por otra parte la preeclampsia aguda, la disfunción endotelial y la fuga capilar, predisponen a sobrecarga hídrica, edema pulmonar y deterioro neurológico, representando un reto diagnóstico y terapéutico crítico.

CASO CLÍNICO: Paciente con hiponatremia secundaria a los episodios de emesis, sin embargo, el desarrollo de la preeclampsia y la fuga capilar permiten la extravasación del líquido, originando la clínica presentada, a la par que la vasoconstricción provoca un incremento en la liberación no osmótica de vasopresina, causando un descenso grave del sodio sérico. La interrupción de la embarazo elimina el estímulo proinflamatorio de la placenta, en conjunto con la restricción hídrica y el uso de diuréticos permitió la corrección del sodio sin ameritar el tratamiento de soluciones hipertónicas.

CONCLUSIÓN: El balance hidroelectrolítico en el embarazo exige una monitorización estrecha, sobre todo ante patologías vasculares como la preeclampsia. La comprensión de los mecanismos dilucionales permite evitar el uso excesivo de soluciones hipertónicas. La atención médica integral y la individualización del tratamiento hídrico y farmacológico son decisivas para disminuir las complicaciones materno-fetales.

Hematoma hepático de síndrome de HELLP

REGINA MARTÍNEZ GARCÍA LASCURÁIN, JOSÉ EDUARDO LEÓN HABANA, VALERIA BUSTILLOS PONCE, PAOLA ALEJANDRA OBREGÓN ORTIZ, CUAUHTÉMOC GUTIÉRREZ MALDONADO

ANTECEDENTES: El hematoma hepático es una complicación poco frecuente con una incidencia del 0.9 al 1.6% de las pacientes con síndrome de HELLP, pero potencialmente mortal. El diagnóstico oportuno y selección adecuada

de opción terapéutica son claves para un mejor pronóstico. Aunque no se cuenta con un consenso específico de tratamiento, se cuenta con diferentes indicadores para asumir cómo deben tratarse estos casos.

CASO CLÍNICO: Reporte de 2 casos clínicos de pacientes cursando puerperio complicado con síndrome de HELLP además de hematoma hepático, vigiladas con tomografía computarizada abdominal, biometría hemática y pruebas de función hepática de manera conjunta por obstetricia, radiología y cirugía general. Se realizó revisión narrativa en PubMed/MEDLINE sobre hematoma hepático en síndrome de HELLP.

En el primer caso se opta por tratamiento conservador con vigilancia hemodinámica, tratamiento antihipertensivo y valoración seriada de paraclínicos presentando una resolución de hematoma hepático y siendo egresada a domicilio. El segundo caso, al presentar inestabilidad hemodinámica, se decide tratamiento quirúrgico por parte de cirugía general además de reanimación con hemoderivados y vasopresores presentando resultado fatal 24 horas posteriores a su diagnóstico.

CONCLUSIÓN: El hematoma hepático asociado con síndrome de HELLP requiere de un tratamiento multidisciplinario en una unidad de atención de tercer nivel. La estabilidad hemodinámica y el sangrado activo representan los factores determinantes para el tratamiento. La evidencia favorece un enfoque individualizado evitando utilizar el tamaño del hematoma como único determinante terapéutico.

Leucemia mieloide crónica durante el embarazo

SCARLETT VERÓNICA ARVIZO GONZÁLEZ, FRANCISCO IBARGÜENGOITIA OCHOA, DIANA LAURA PÉREZ DÍAZ

ANTECEDENTES: El cáncer en mujeres embarazadas no es un fenómeno común. La incidencia de leucemia durante la embarazo se estima de 1 en 75 a 100 mil embarazos. La leucemia mieloide crónica representa menos del 10% de

todos los casos. Las metástasis placentarias no son comunes.

CASO CLÍNICO: Paciente con diagnóstico de leucemia mieloide crónica en paciente embarazada con metástasis placentaria atendida en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes de la Ciudad de México. Reportamos nuestra experiencia de una paciente joven con diagnóstico de leucemia mieloide crónica en etapa avanzada quien a las 8 semanas de embarazo se embarazó y suspendió su tratamiento con inhibidor de la tirosina-kinasa. A la semana 16 tuvo muerte fetal. El estudio de anatomía patológica de la placenta mostró metástasis.

CONCLUSIÓN: Entre todas las neoplasias que afectan a la placenta, la leucemia representa menos del 10% de los casos. Entre los casos de leucemia mieloide crónica solo se han reportado metástasis en tres placentas, siendo el presente caso el cuarto en la bibliografía.

Teratoma nasofaríngeo congénito (epignatus)

SCARLETT VERÓNICA ARVIZO GONZÁLEZ, FRANCISCO IBARGÜENGOITIA OCHOA, JUAN MANUEL GALLARDO GAONA

ANTECEDENTES: Los teratomas en el aparato aerodigestivo superior son neoplasias poco frecuentes, representando menos del 2% de todos los teratomas. El teratoma nasofaríngeo congénito o epignatus es un teratoma de la cavidad orofaríngea que se presenta como una masa de tejido que puede protruir al exterior y que se presenta en 1 de cada 200,000 nacidos vivos. En el periodo postnatal inmediato el objetivo primario es procurar una adecuada ventilación debido a que son causa importante de obstrucción de la vía aérea debido a su efecto de masa lo que significa ya sea intubar o traqueostomía.

CASO CLÍNICO: Paciente con un teratoma nasofaríngeo congénito (epignatus) en el feto, atendida en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes de la Ciudad de México. Se efectuó amniodrenaje obteniéndose

7150 mL. En la semana 35/1 tuvo ruptura de membranas, se efectuó cesárea con procedimiento de tratamiento exútero intraparto parcial obteniéndose un recién nacido femenino con peso 2330 g, Capurro 38/2 semanas, Apgar 1-6; intubación y se completó traqueostomía a los 18 minutos (figura 2). Ingresó a la unidad de cuidados intensivos neonatales. Se trasladó al día siguiente a centro de referencia pediátrico de tercer nivel. La resección del tumor se realizó a los 12 días de vida con extirpación completa. El reporte de patología informó de un teratoma maduro.

CONCLUSIÓN: El epignatus es raro, es una forma benigna de teratoma que potencialmente puede llevar a una obstrucción de la vía aérea y dificultad para la alimentación. Un diagnóstico adecuado y un tratamiento efectivo de la vía aérea con frecuencia salva la vida. La resección quirúrgica completa es el objetivo primario en el tratamiento de los teratomas.

Eclampsia anteparto complicada con evento vascular cerebral hemorrágico

KARINE YOLANDA HERRERA FLORES, EDGAR OMAR URIBE ZAPATA

ANTECEDENTES: Eclampsia: complicación neurológica grave del espectro de los trastornos hipertensivos del embarazo, definida por la aparición de novo de convulsiones tónico-clónicas generalizadas, focales o multifocales en una paciente embarazada o puerpera, sin otra causa neurológica, metabólica o tóxica que explique las convulsiones, como epilepsia, isquemia cerebral, hemorragia intracraneal o consumo de drogas.

CASO CLÍNICO: Paciente primigesta de 17 años con embarazo de 31.3 semanas y cuatro controles prenatales. Tuvo cefalea súbita intensa, acúfenos, fosfenos, vómitos, pérdida del estado de conciencia y una crisis tónico-clónica generalizada, seguida de estado posictal. Se integró el diagnóstico de eclampsia anteparto y se realizó



cesárea Kerr urgente bajo anestesia general. Se obtuvo una recién nacida viva, trasladada a cuidados intensivos pediátricos.

CONCLUSIÓN: Este caso destaca la relevancia de investigar una lesión cerebrovascular ante alteraciones neurológicas persistentes en el contexto de eclampsia. La neuroimagen permitió identificar una hemorragia intracerebral con efecto de masa y orientar la intervención neuroquirúrgica urgente. La paciente sobrevivió después de la resolución obstétrica y el abordaje multidisciplinario, aunque tuvo hemiplejía derecha persistente al egreso. Este desenlace subraya que la estabilización materna no implica recuperación neurológica completa y que la rehabilitación y el seguimiento funcional constituyen componentes esenciales de la atención integral.

Síndrome de HELLP y reacción adversa transfusional

WENDY BALBINA MÁRQUEZ HIRALES, NINA ITZEL FIGUEROA MARTÍNEZ

ANTECEDENTES: El síndrome de HELLP es una variante grave de la preeclampsia que se caracteriza por hemólisis (DHL: 2 veces el nivel superior normal), elevación de enzimas hepáticas (TGO y TGP: 2 veces por arriba de su valor normal) y bajo recuento de plaquetas ($< 100.000/\mu\text{L}$).

CASO CLÍNICO: Paciente de 33 años, con 35.1 semanas de gestación por ultrasonido de primer trimestre, preeclampsia con criterios de severidad, diabetes pregestacional, infección de vías urinarias y obesidad I.

ANTECEDENTES: cuatro embarazos, dos partos y una cesárea (2012: 2900 g; 2014: 3000 g; cesárea en 2019 por taquicardia fetal persistente, con peso de 3200 g); tres consultas de control prenatal. Padecimiento actual: inicia el 17/04 por la mañana; presenta dolor persistente en el hipocondrio derecho. Acude a un medio privado, donde sospechan CCL; sin embargo, también presenta TA de 180/100 mmHg. Aparentemente,

se indica únicamente tratamiento analgésico y se egresa a la paciente.

El 18/04 persiste la sintomatología (dolor intenso en el cuadrante superior derecho), por lo que acude a un Centro de Salud. Se identifica estado hipertensivo y es enviada al Hospital General de Cabo San Lucas. Se inicia tratamiento del estado hipertensivo; con cifras tensionales de 158/95 mmHg, se administra hidralazina, 20 mg por vía oral, en dosis única, y nifedipino, 30 mg por vía oral cada 12 horas. Con adecuado control de la TA, se traslada al Benemérito Hospital General Juan María de Salvatierra por preeclampsia con datos de severidad (trombocitopenia, elevación de transaminasas y datos sugestivos de hemólisis, como aumento de los valores de bilirrubina indirecta; tabla 1), con alto riesgo de complicaciones. Al ingreso a esta unidad presenta:

CONCLUSIÓN: La detección temprana y la referencia oportuna son vitales para disminuir la morbilidad materna. Es necesario reconocer los criterios para la terminación inmediata del embarazo. El tratamiento multidisciplinario y la adherencia a la GPC mejoran el pronóstico materno-fetal. La monitorización continua facilita la detección de complicaciones, incluida una reacción adversa.

Útero de Couvelaire en el puerperio inmediato

ELISA ALEJANDRA HUERTA PINEDA

ANTECEDENTES: El útero de Couvelaire se caracteriza por infiltración hemorrágica del miometrio, con posible extensión a la serosa. Su reconocimiento operatorio puede acompañarse de complicaciones hemorrágicas maternas. Se han descrito presentaciones con hemoperitoneo y escaso sangrado vaginal.

CASO CLÍNICO: Paciente primigesta de 39 años, con embarazo de 36 semanas y 5 días, sometida a cesárea por placenta previa. Se integraron evolución clínica, ultrasonido, hallazgos quirúrgicos y estudio anatomopatológico. Para la discusión se revisaron publicaciones sobre útero

de Couvelaire de 2014 a 2025, seleccionadas por pertinencia clínica y comparabilidad. Enseguida de una cesárea con pérdida estimada de 300 mL, tuvo dolor abdominal intenso, hipotensión, bradicardia y escasos loquios. El ultrasonido mostró líquido libre intraabdominal. Requirió cristaloides, norepinefrina, concentrados eritrocitarios y laparotomía urgente. Se encontró hemoperitoneo y afectación hemorrágica uterina compatible macroscópicamente con Couvelaire; se realizó histerectomía obstétrica. La patología mostró infiltración hemorrágica focal del miometrio. No hubo evidencia documentada de desprendimiento placentario. La evolución fue favorable.

CONCLUSIÓN: El diagnóstico de útero de Couvelaire fue operatorio, con correlación histológica de apoyo. La ausencia de estudio placentario impidió atribuir el mecanismo a un desprendimiento. La histerectomía correspondió al contexto clínico y quirúrgico de esta paciente y no puede generalizarse como tratamiento obligatorio.

Factores para histerectomía en un solo tiempo

VÁZQUEZ MEJÍA ILIANA, RAMÍREZ SANTES VÍCTOR HUGO, FIGUEROA ALCALÁ ADRIANA ALEJANDRA, RODRÍGUEZ BOSCH MARIO ROBERTO

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

ANTECEDENTES: El espectro de acretismo placentario constituye una causa importante de sangrado obstétrico grave y morbilidad materna. La extensión y localización de la invasión pueden distorsionar la anatomía, comprometer órganos adyacentes e incrementar el riesgo de complicaciones hemorrágicas, lesiones y procedimientos adicionales. La decisión de realizar histerectomía obstétrica en un solo tiempo depende del estado clínico materno, los hallazgos ultrasonográficos, la estabilidad hemodinámica y la experiencia quirúrgica. Sin embargo, aún no existen criterios objetivos para seleccionar a las

pacientes candidatas más apropiadas.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de casos y controles que incluyó 45 pacientes: 25 casos sometidos a histerectomía obstétrica en un solo tiempo y 20 controles con tratamiento en dos tiempos. Se evaluaron antecedentes obstétricos, sangrado, estabilidad hemodinámica, biometría hemática, tipo de invasión y signos ultrasonográficos. Las variables continuas se compararon mediante U de Mann-Whitney y las categóricas con la prueba exacta de Fisher. Se calcularon razones de momios con intervalos de confianza de 95%.

RESULTADOS: El sangrado previo fue más frecuente en los casos que en los controles (76% frente a 30%; OR: 7.39; IC 95%: 1.96-27.81; $p = 0.003$), al igual que su presentación transvaginal inmediata (40% frente a 10%; OR: 6.00; IC 95%: 1.13-31.74; $p = 0.040$). El hematocrito preoperatorio fue mayor en los casos (37.0% frente a 33.0%; $p = 0.027$). No hubo diferencias en los signos ultrasonográficos, el sangrado transoperatorio, la transfusión o el ingreso a cuidados intensivos. Los casos tuvieron menor tiempo quirúrgico y estancia hospitalaria, pero más complicaciones agrupadas.

CONCLUSIÓN: El sangrado previo y una reserva hematológica favorable fueron las características más asociadas con la histerectomía obstétrica en un solo tiempo. Como criterios exploratorios se proponen: indicación definitiva por sangrado, estabilidad hemodinámica, condición hematológica adecuada o corregible, mapeo anatómico, equipo multidisciplinario y recursos institucionales. Su aplicación clínica requiere validación prospectiva.



Ginecología general

Alteraciones en el ciclo menstrual después de la vacuna

VÍCTOR MANUEL ELIZALDE VALDÉS, MARTHA DÍAZ FLORES
INVESTIGADORA, ANA CYNTHIA ÁLVAREZ GONZÁLEZ

ANTECEDENTES: Estudios internacionales han reportado alteraciones menstruales posteriores a la vacunación contra COVID-19, entre ellas aumento del sangrado, mayor frecuencia y retrasos menstruales, generando interés científico sobre su posible asociación con la vacunación.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, transversal y descriptivo en mujeres mayores de edad del Valle de Toluca. Se incluyeron participantes con una o más dosis de vacuna covid-19, independientemente de la marca, con antecedente de primer ciclo menstrual y sin embarazo al momento de la vacunación. Se aplicó un cuestionario digital, anónimo, de 25 preguntas de opción múltiple y lenguaje no técnico. Mediante un muestreo probabilístico por conglomerados y aleatorio simple se determinó una muestra de 162 mujeres de 18 a 45 años.

RESULTADOS: El 90% recibió al menos dos dosis; Pfizer fue la vacuna más frecuente (54.6%). El 59.7% manifestó alteraciones posteriores a la vacunación, principalmente cambios en la duración del ciclo en mujeres con periodos regulares (47.1%), aumento del dolor menstrual (29.4%) y modificaciones en la cantidad de flujo (20.5%). Del total de participantes con alteraciones, 74.6% tuvo seguimiento ginecológico, sin identificar patologías concomitantes que explicaran dichos cambios.

CONCLUSIÓN: Se identificaron alteraciones menstruales en aproximadamente seis de cada diez mujeres estudiadas. La ausencia de patologías concomitantes en la mayoría de quienes recibieron seguimiento ginecológico sugiere una posible asociación temporal con la vacunación, particularmente después de dos o más dosis.

p53 en carcinoma endometroide del útero

VÍCTORIA MARTÍNEZ GAYTÁN, LAURA PATRICIA GALLEGOS GLORIA, MARÍA CRISTINA GUERRERO DE LEÓN, BRAYAN MOLINA RODRÍGUEZ, GONZÁLEZ ROCHA TALINA RUBÍ

Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco Obstetricia 23.

ANTECEDENTES: El cáncer de endometrio es una de las neoplasias ginecológicas más comunes. La expresión alterada de p53 en los carcinomas endometrioides de alto grado refleja una mutación en el gen tp53 que define al grupo molecular de p53 anormal (p53abn) y se asocia con un comportamiento tumoral más agresivo

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo, transversal y analítico, pacientes con cáncer de endometrio, del tipo histológico endometroide del útero, servicio de patología enero a diciembre de 2023 se evaluó la expresión molecular de p53. Grupo A: pacientes con cáncer de endometrio tipo endometroide grado I y II, bajo riesgo. Grupo B: pacientes con cáncer de endometrio tipo endometroide grado III, alto riesgo

RESULTADOS: La expresión anómala de p53 se encontró asociada con los casos de carcinoma endometriode de alto grado, lo que sugiere su valor como marcador pronóstico en esta neoplasia. La evaluación de p53 puede contribuir a diferenciar patrones biológicos entre tumores de bajo y alto grado, apoyando la estratificación del riesgo y la toma de decisiones terapéuticas en nuestra población

CONCLUSIÓN: La mayor frecuencia de expresión alterada de p53 en los carcinomas endometrioides de alto grado en comparación con los de bajo grado. La relevancia de p53 como biomarcador pronóstico y la necesidad de estudios en la población mexicana la importancia de la expresión de p53 mutada o anormal (p53abn) carcinoma endometriode de alto grado en estadio avanzado (estadio III o IV) y con p53 anormal (p53abn), establecen un tratamiento intensivo y multimodal. El subtipo p53abn es biológicamente el más agresivo quimio e inmunoterapia.

Dismenorrea primaria en adolescentes

SARA STEPHANIE GONZÁLEZ CRUZ, MARÍA OFELIA MENDOZA ROJAS, GUILLERMO FOJACO VILLANUEVA, CYNTHIA RUIZ CARRANZA, ANTONIO DE JESUS JIMÉNEZ OCHOA

Hosp Infantil de México Federico Gómez, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: La dismenorrea primaria constituye un trastorno ginecológico frecuente que afecta significativamente la calidad de vida de adolescentes y mujeres en edad reproductiva. Su fisiopatología se relaciona con una respuesta inflamatoria endometrial exacerbada, caracterizada por incremento de prostaglandinas, particularmente pgf2 α y pge2, que favorecen la contractilidad uterina, vasoconstricción e hipoxia tisular. Estos procesos inducen disfunción endotelial, peroxidación lipídica y estrés oxidativo, mecanismos potencialmente implicados en la etiopatogenia y severidad del dolor menstrual y sus repercusiones funcionales

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio transversal, descriptivo y ambispectivo en mujeres adolescentes que acudieron a la consulta externa en la clínica integral del adolescente, del 1 de enero al 30 de junio del 2025 que cumplieron con los criterios de inclusión y firmaron el consentimiento informado. Muestreo no probabilístico. Se analizaron en media y desviación estándar. En grupos acorde a severidad se realizó prueba de anova con una prueba post-hoc de tukey, se consideró una $p < 0.05$ como significativo

RESULTADOS: Se incluyeron 104 adolescentes. El 63.5% ($n = 66$) tenía antecedentes familiares de dismenorrea. La edad media de la menarca fue de 10.9 ± 1.7 años. Según la gravedad, el grado 2 predominó en 51.4% ($n=54$). Al categorizar diagnóstico nutricional (percentil y desviación z para edad) la mayoría de las pacientes eutróficas 53.8% ($n=56$); a pesar del normopeso, el 57% ($n = 32$) tuvo una adiposidad mayor al esperado para su edad y menor porcentaje de músculo. Se reportó 39.4% ($n=41$) de alteraciones metabólicas. Se encontró hipovitaminosis d en el 64.4% ($n=67$).

CONCLUSIÓN: Los resultados son concordantes con la bibliografía, destacando la menarca temprana, los antecedentes familiares de dismenorrea y condiciones asociadas con inflamación y estrés oxidativo, como adiposidad, comorbilidades metabólicas e hipovitaminosis D. La identificación temprana de estos factores durante la pubertad podría favorecer estrategias preventivas dirigidas a factores modificables.

Bacteriuria e infección de vías urinarias: perfil y tratamiento

SÁMANO ALCÁNTARA PALOMA ITZEL, RANGEL ESCOBAR LAURA ELENA, BERÚMEN LECHUGA MARÍA GUADALUPE, VENEGAS ESQUIVEL GERMÁN ALBERTO

Hospital de Gineco Obstetricia 221 IMSS.

ANTECEDENTES: Las infecciones de las vías urinarias constituyen una de las infecciones



bacterianas más frecuentes en la práctica clínica y en la prescripción de antibióticos. Se estima que más del 50% de las mujeres presentará al menos un episodio a lo largo de su vida por factores anatómicos, hormonales y conductuales.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo de episodios con urocultivo positivo. Se analizaron características demográficas, clínicas, microbiológicas y terapéuticas mediante estadística descriptiva.

RESULTADOS: Se analizaron 443 episodios en 410 mujeres. Predominó la bacteriuria asintomática 82.2%, seguida de itu no complicada 17.6% y complicada 0.2% hubo síntomas urinarios en 17.8% y ego sugestivo en 40%. *Escherichia coli* fue el microorganismo predominante 63%, con sensibilidad de 62% a cefalosporinas, 99% a carbapenémicos, 94% a nitrofurantoína, 95% a fosfomicina, 49% a trimetropima/sulfametoxazol y 59% a ampicilina. Solo 26% recibió tratamiento adecuado; 35% recibió antimicrobianos sin criterios clínicos ni microbiológicos de infección de vías urinarias.

CONCLUSIÓN: La concordancia con el antibiograma no garantiza una prescripción adecuada. Es fundamental integrar la evaluación clínica y los hallazgos del examen general de orina, considerando las condiciones individuales de cada paciente, para establecer la pertinencia del tratamiento antimicrobiano, evitar prescripciones innecesarias y disminuir la presión selectiva que favorece la aparición de microorganismos resistentes.

Potenciando la toma de decisiones médicas con IA

MIRIAM CHAMI MANCILLA, LIRIO ISABEL GUADALUPE RUIZ CORDERO, MARCOS GABRIEL JASSAN, ARMANDO ROQUE SÁNCHEZ, ISRAEL SALAZAR BAEZ

Hospital Ángeles Lomas, Huixquilucan, Estado de México.

ANTECEDENTES: La inteligencia artificial (IA) representa una herramienta emergente capaz de

apoyar al médico en la integración de información clínica compleja, búsqueda de evidencia y generación de preguntas relevantes. Su utilidad radica en complementar, no sustituir, el razonamiento clínico y la toma de decisiones del equipo médico.

CASO CLÍNICO: Paciente de 75 años, con sangrado posmenopáusico y biopsia inicialmente compatible con neoplasia endometrial de alto grado. Durante el proceso diagnóstico y terapéutico se integraron hallazgos clínicos, imagenológicos, histopatológicos, inmunohistoquímicos y moleculares. La inteligencia artificial se utilizó como apoyo para organizar y contrastar información, orientar la búsqueda de evidencia e identificar interrogantes clínicamente relevantes.

RESULTADOS: La evaluación inicial orientó hacia carcinoma de células claras de alto grado, inicialmente clasificado como p53-abnormal. Después de la estadificación quirúrgica, la discordancia entre biopsia y pieza definitiva motivó revisión anatomopatológica, confirmando carcinoma de células claras FIGO IA1, sin invasión miometrial o linfovascular. Ante el dilema sobre tratamiento adyuvante, la integración asistida por inteligencia artificial permitió identificar la relevancia de completar la clasificación molecular. Se documentó mutación patogénica *pole v411l*, p53 wild type y MMR competente, modificando sustancialmente la estimación pronóstica y permitiendo reconsiderar la intensidad terapéutica.

CONCLUSIÓN: La inteligencia artificial, utilizada críticamente y bajo supervisión médica, puede potenciar la toma de decisiones al integrar evidencia, cuestionar interpretaciones iniciales y favorecer preguntas clínicas relevantes, sin sustituir al equipo multidisciplinario.

Teratoma inmaduro de ovario

LUIS D. NAVARRETE DÍAZ, FRANCISCO GONZÁLEZ DURÁN DE LEÓN, RAMON S. PEREGRINA ALVAREZ, PALOMA ÁVILA ESTRADA

Hospital Amerimed

ANTECEDENTES: El teratoma inmaduro de ovario es poco frecuente y predomina en niñas y mujeres jóvenes. Su tratamiento oportuno permite un control oncológico y preservación de la fertilidad.

CASO CLÍNICO: Paciente de 9 años, con aumento progresivo y rápido del perímetro abdominal. La TAC evidenció una masa pélvica quística compleja gigante, de origen ovárico, acompañada de ascitis. Solo el marcador CA125, el resto normales.

RESULTADOS: Laparotomía con incisión media supra e infraumbilical con + 500 mL de ascitis, con tumoración intraabdominal adherida: omentectomía total, salpingooforectomía izquierda en bloque, apendicectomía tipo Pouchet, ovario contralateral macroscópicamente normal.

CONCLUSIÓN: La resección completa, la caracterización histopatológica experta y la vigilancia estrecha son elementos centrales del tratamiento. La atención multidisciplinaria garantiza una mejor preservación de la fertilidad futura.

Tumores uterinos de músculo liso de potencial maligno incierto

FERNANDO JOSUÉ INTERIAN ÁLVAREZ, FLORENCIO CASTILLO HERNÁNDEZ, DIANA LAURA MENDOZA ARCIQUE, BRAYAN JESÚS ORTIZ VILLANUEVA, MARISELA MONTSERRAT LÓPEZ HERNÁNDEZ

ISSSTE

ANTECEDENTES: Los tumores uterinos de músculo liso de potencial maligno incierto constituyen una categoría diagnóstica intermedia entre el leiomioma y el leiomiiosarcoma. Su diagnóstico es histopatológico y su comportamiento biológico es impredecible, con posibilidad de recurrencia local o a distancia.

METODOLOGÍA: Serie descriptiva retrospectiva de tres pacientes con diagnóstico histopatológico de tumores uterinos de músculo liso de potencial maligno. Se revisaron datos clínicos, estudios de imagen, hallazgos transquirúrgicos,

reportes histopatológicos, revisión de laminillas y evolución posterior.

RESULTADOS: Paciente de 79 años con antecedente de resección de tumores uterinos de músculo liso de potencial maligno, quien cinco años después tuvo una nueva tumoración pélvica; el estudio definitivo reportó leiomiiosarcoma fusocelular pt1b, FIGO IB. El caso 2 paciente de 44 años con sangrado uterino, dolor pélvico y crecimiento tumoral de dos años de evolución; Después de la histerectomía se confirmó stump de 4 cm. El caso 3 paciente de 39 años con leiomiomatosis, sangrado uterino anormal y dismenorrea; la histología mostró tumores uterinos de músculo liso de potencial maligno fusocelular.

CONCLUSIÓN: Los tumores uterinos de músculo liso de potencial maligno son neoplasias poco frecuentes, de evolución heterogénea y diagnóstico histopatológico. La revisión experta y el seguimiento prolongado e individualizado son fundamentales para detectar recurrencias y optimizar el tratamiento. Esta serie evidencia la necesidad de vigilancia incluso años después del diagnóstico inicial, debido al riesgo de recurrencia tardía.

Colpoclis de Lefort en prolapso uterino

LUIS DOMINGO NAVARRETE DIAZ, BALTAZAR DIAZ DIAZ, MPSS PALOMA AVILA ESTRADA

Hospital AMERIMED

ANTECEDENTES: El prolapso de órganos pélvicos avanzado constituye una alteración del soporte del piso pélvico que requiere individualizar el tratamiento según anatomía, síntomas, comorbilidades, riesgo quirúrgico y expectativas funcionales. La colpoclis de Le Fort es una técnica obliterativa indicada en pacientes seleccionadas que no requieren conservar la penetración vaginal.

CASO CLÍNICO: Paciente de 68 años con prolapso uterino completo, diabetes mellitus tipo



2, hipertensión arterial y cardiopatía isquémica. Se analizaron antecedentes, evolución clínica, diagnóstico, procedimiento quirúrgico y evolución posoperatoria inmediata. Se realizó revisión narrativa de bibliografía sobre colpocclisis de Le Fort y cirugía obliterativa del prolapso genital avanzado. Se efectuó colpocclisis de Le Fort más legrado hemostático el 21 de diciembre de 2021. No se reportaron complicaciones transoperatorias. Durante el segundo día de estancia tuvo adecuada tolerancia a la vía oral, ausencia de sintomatología y sangrado vaginal escaso. Fue egresada al día siguiente del procedimiento

CONCLUSIÓN: La colpocclisis de Le Fort permitió el tratamiento quirúrgico del prolapso uterino completo con evolución posoperatoria inmediata satisfactoria y estancia hospitalaria corta. La selección adecuada de la paciente y la valoración integral son fundamentales.

Mastitis granulomatosa idiopática de progresión

MARIO JAVIER MARTÍNEZ PÉREZ, CÁMARA-DOMÍNGUEZ AGUSTÍN, RUEDA-SANTILLÁN ELIZABETH, NAVARRETE-JAIMES JUAN CARLOS, PATRICIO JOSÉ CORREA-CÁMARA

Clínica de Mérida

ANTECEDENTES: La mastitis granulomatosa idiopática es una enfermedad inflamatoria benigna infrecuente (incidencia estimada de 2.4 casos por 100,000 mujeres) que puede simular al carcinoma mamario, constituye un diagnóstico de exclusión y carece de guías terapéuticas estandarizadas.

CASO CLÍNICO: Paciente de 34 años que consulta por dolor en mama izquierda sin tumor, progresión rápida a tumoración de 10 cm. BI-RADS 0, biopsia compatible con mastitis crónica granulomatosa.

RESULTADOS: Pronto tratamiento médico con antiinflamatorio esteroideo, y antibiótico, valoración preparatoria por cirugía plástica. Se resecta tumoración de 10 cm sin complicaciones se complementa con mastopexia bilateral.

Adecuado resultado estético. Doce meses sin reactivación de la enfermedad.

CONCLUSIÓN: La histopatología estableció el diagnóstico ante imagen no concluyente. El tratamiento médico se acompañó de estabilización clínica, y la resección con reconstrucción inmediata resolvió la enfermedad extensa con buen resultado estético. La recurrencia reportada (15-25%) obliga al seguimiento prolongado.

Hemoperitoneo por neovascularización en miomatosis

GUADALUPE AVILA RODRIGUEZ, JESUS DANIEL VIRRUETA FLORES, PAOLA SOLORZANO NAVARRETE, THAMARA D. SUAREZ GARCIA, MIGUEL VILLAFañA DIAZ

ANTECEDENTES: El hemoperitoneo espontáneo por miomatosis uterina es una complicación infrecuente (menos de 1% de las urgencias ginecológicas) y potencialmente fatal. Su origen estriba en la ruptura de neoformaciones vasculares o venas ectásicas subserosas. Su diagnóstico suele diferirse al simular cuadros de abdomen agudo quirúrgico no ginecológico

CASO CLÍNICO: Paciente de 48 años que ingresó por abdomen agudo, distensión y estreñimiento crónico, con sospecha de oclusión intestinal. Laboratorios iniciales: anemia severa (Hb 7.10 g/dL), leucocitosis ($18.47 \times 10^3/\mu\text{L}$ y prueba de embarazo negativa. La tomografía abdominopélvica evidenció mioma gigante ($12.9 \times 12.0 \times 15.0$ cm) y hemoperitoneo (20-65 UH). En laparotomía exploradora se halló hemoperitoneo de 1,500 cc por sangrado activo de neoformación vascular subserosa en cara posterior del mioma; se realizó histerectomía total abdominal más salpingectomía bilateral. Presentó nadir posoperatorio de Hb en 6.30 g/dL, requiriendo terapia intensiva y hemotransfusión. Evolucionó favorablemente, egresando al quinto día con Hb de 10.60 g/d.

La ruptura de neoformaciones vasculares subserosas en leiomiomas gigantes es una urgencia quirúrgica excepcional (menos del 1%). En este

caso, el efecto de masa indujo estreñimiento crónico, que generó un pico de hiperpresión venosa por Valsalva que desencadenó la disrupción del vaso. La ausencia de capa muscular adventicial impidió la vasoconstricción fisiológica, perpetuando el hemoperitoneo (1,500 cc). La tomografía (20-65 UH) reorientó el mimetismo obstructivo gastrointestinal hacia un origen ginecológico, demostrando que la histerectomía temprana es determinante para prevenir la mortalidad.

CONCLUSIÓN: La disrupción de neoformaciones vasculares en miomatosis gigante constituye una causa atípica de hemoperitoneo y choque hipovolémico. El esfuerzo por estreñimiento representa un factor gatillo hemodinámico. La caracterización tomográfica precisa (20–65 UH) y la resolución quirúrgica mediante histerectomía de urgencia son determinantes para evitar la mortalidad en el abdomen agudo ginecológico.

Zona de transformación congénita simulando una les

STEPHANIE VALLE RODRÍGUEZ, MAR I. ARÁMBULA CHAVOLLA, NICOLE MACÍAS LOZANO, JOSÉ M. GONZÁLEZ JÁUREGUI

ANTECEDENTES: Paciente de 28 años, g1a1, asintomática, con hallazgos colposcópicos persistentes desde 2023, caracterizados por extensa zona acetorreactiva tenue, puntillero fino, mosaico regular y área yodonegativa. Durante el seguimiento tuvo citologías y pcr para VPH de alto riesgo negativas. Biopsias cervicales y vaginales mostraron cambios inflamatorios crónicos sin evidencia de neoplasia. Ante la persistencia de los hallazgos, se realizó inmunohistoquímica con p16 negativa y ki-67 limitado a células basales, compatible con zona de transformación congénita.

MÉTODO: Se realizó la revisión de un caso en un centro de referencia de tercer nivel en ginecología y obstetricia, incluido el caso de zona de transformación congénita que simula

una lesión escamosa intraepitelial cervical de bajo grado: reporte de caso con seguimiento clínico, colposcópico e histopatológico. La zona de transformación congénita representa un reto diagnóstico en colposcopia. En este caso, la persistencia de hallazgos colposcópicos sugestivos de lesión de bajo grado, con citología, prueba de VPH, biopsias e inmunohistoquímica repetidamente negativas para neoplasia, apoyó el diagnóstico de probable ZTC. Después de una adecuada correlación clínico-patológica. Este caso resalta la importancia de integrar los hallazgos clínicos, citológicos, virológicos e histopatológicos para establecer un diagnóstico preciso y evitar procedimientos o tratamientos innecesarios.

CONCLUSIÓN: La zona de transformación congénita es una variante anatómica infrecuente que puede simular lesiones asociadas al VPH durante la colposcopia. Su diagnóstico requiere correlación entre hallazgos clínicos, colposcópicos e histopatológicos. Su reconocimiento permite evitar procedimientos diagnósticos o terapéuticos innecesarios y destaca la importancia de una valoración integral de las alteraciones cervicales.

Piomioma: una causa poco frecuente de abdomen agudo

AMBRIZ-ALONSO, GLENDA VERÓNICA, LÓPEZ-CORREA, EUFEMIA TERESA, JACOBO-GONZÁLEZ, CECILIO A, GONZÁLEZ-RODRÍGUEZ, ALAN DITTER, ROBLES-REYNA, ROCÍO A

ANTECEDENTES: El piomioma es una complicación infrecuente del leiomioma uterino, caracterizada por necrosis e infección del tumor. Su presentación es inespecífica y puede evolucionar a sepsis, por lo que requiere alto índice de sospecha y tratamiento quirúrgico oportuno.

CASO CLÍNICO: Paciente de 39 años con abdomen agudo ginecológico y masa pélvica gigante. Se recopilaron antecedentes, datos clínicos, estudios de laboratorio e imagen, hallazgos transoperatorios, estudio histopatológico



y cultivo microbiológico. Ante deterioro clínico se procedió a la laparotomía exploratoria con histerectomía total abdominal, salpingooforectomía bilateral, adherenciolisis y toma de cultivo. Se revisó la bibliografía de piomoma, enfocada en sus características clínicas, diagnóstico y tratamiento. Histopatología leiomioma con degeneración mixoide y abscedado cultivo de absceso *Salmonella* spp. Sensible: TMP/SMX resistencia: ceftriaxona, cefazolina, ceftazidima. El piomoma continúa siendo un reto diagnóstico la imagen puede simular tumores anexiales el aislamiento de *salmonella* spp. Representa un hallazgo excepcional.

CONCLUSIÓN: Considerar en pacientes con leiomiomas e infección sistémica. La sospecha clínica y la cirugía temprana disminuyen la morbimortalidad. El cultivo permite dirigir tratamiento antimicrobiano.

Retención urinaria aguda por miomatosis uterina

DENISSE ALEJANDRA IBARRA ACEVEDO, LUIS FERNANDO MEDINA CHANONA, ETHEL ACEVEDO LÓPEZ, YESIKA SUSANA LÓPEZ GONZÁLEZ, MARÍA ANDREA BARBERO IBARROLA

ANTECEDENTES: La retención aguda urinaria es poco frecuente en mujeres y en ocasiones se relaciona con causas obstructivas mecánicas. La miomatosis uterina constituye una causa infrecuente y subdiagnosticada de retención aguda urinaria, principalmente secundaria al efecto de masa y compresión extrínseca de la vía urinaria inferior.

CASO CLÍNICO: Paciente de 53 años con antecedentes de múltiples episodios de retención aguda urinaria sin haber establecido previamente su causa. Durante su última hospitalización se realizó estudio mediante imagen, se identificó una miomatosis uterina con una masa dependiente de la pared fúndica anterior de 21 x 9.3 x 7.8 cm, con efecto de masa sobre estructuras pélvicas adyacentes. Se practicó la histerectomía abdominal y se efectuó estudio histopatológico

de la pieza quirúrgica. Durante el procedimiento quirúrgico se identificó un mioma gigante de aproximadamente 20 cm, con protrusión hacia el canal vaginal y efecto compresivo sobre estructuras adyacentes. El estudio histopatológico confirmó leiomiomas uterinos sin evidencia de malignidad. Posterior al tratamiento quirúrgico se resolvió la obstrucción urinaria, sin nuevos episodios de retención.

CONCLUSIÓN: La miomatosis uterina, aun cuando constituye una causa infrecuente de retención aguda urinaria, debe considerarse ante episodios recurrentes sin etiología aparente. El reconocimiento oportuno del efecto de masa mediante estudios de imagen permite establecer el diagnóstico y ofrecer un tratamiento definitivo, con resolución de la obstrucción urinaria y reducción del riesgo de recurrencia.

Reconstrucción quirúrgica de hematoma vulvar

NICOLE MACÍAS LOZANO, HILDA SOCORRO VALADEZ HERNÁNDEZ, HUGO GONZÁLEZ TREJO, LUIS ANGEL ROMAN NOYOLA, STEPHANIE VALLE RODRÍGUEZ

CASO CLÍNICO: Paciente de 27 años, sin antecedentes ginecoobstétricos de relevancia, la cual acude a valoración al área de urgencias ginecológica del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde debido a referir aumento de volumen en genitales externos y dolor en área vulvar de dos días de evolución posterior a relación sexual. A la exploración física se encuentra paciente sin afectación hemodinámica, se observó hematoma vulvar extenso de aproximadamente 6 x 6 cm, que comprometía ambos labios mayores y menores, con predominio derecho de 3 cm de ancho y profundidad en relación con labio menor contralateral, así mismo eritema asociado en monte de venus. Ante el hematoma vulvar extenso, dolor progresivo y datos de afectación-necrosis tisular, se decidió exploración quirúrgica, evacuación y hemostasia. Posterior a la evacuación y control hemostático, se realizó desbridamiento selectivo del tejido necrótico, drenado 150 cc de material

hemático preservando el máximo tejido vulvar viable y efectuando cierre anatómico por planos. El tratamiento reconstructivo fue vulvar inmediata de un hematoma vulvar traumático postcoital. El hematoma vulvar postcoital extenso requiere valoración individualizada de la estabilidad hemodinámica, progresión, dolor y viabilidad tisular. Ante la afectación tisular, la evacuación temprana, hemostasia y reconstrucción anatómica pueden permitir preservar tejido vulvar viable y obtener una recuperación funcional satisfactoria. En la paciente el tamaño de la lesión y la sintomatología justificaron la intervención quirúrgica, obteniéndose una resolución favorable y sin complicaciones posteriores.

CONCLUSIÓN: El hematoma vulvar postcoital aunque es un padecimiento poco frecuente puede generar una importante morbilidad local si no se diagnostica y trata oportunamente. Este caso resalta la importancia de la sospecha clínica temprana y del tratamiento individualizado. El tratamiento quirúrgico permitió una resolución adecuada del cuadro, con control efectivo del sangrado, reconstrucción anatómica satisfactoria y evolución clínica favorable, destacando su utilidad en pacientes seleccionadas con hematomas extensos o en expansión.

Mastitis granulomatosa fímica

PAOLA CRISTINA RAYGOZA MURILLO, MANUEL CORTÉS ANGUIANO, NICOLE MACÍAS LOZANO, KAREN MARLEN PONCE QUIRARTE

ANTECEDENTES: La mastitis granulomatosa constituye un patrón inflamatorio de la mama que puede simular infección, absceso o malignidad. La existencia de granulomas no establece por sí misma una etiología idiopática, por lo que deben excluirse causas secundarias, particularmente infecciosas. La tuberculosis mamaria es una manifestación infrecuente de tuberculosis extrapulmonar, con una incidencia estimada cercana al 0.1% de las enfermedades mamarias, y puede reunir características clínicas e histopatológicas

semejantes a la mastitis granulomatosa idiopática. El diagnóstico puede ser particularmente desafiante debido a la naturaleza frecuentemente paucibacilar de la tuberculosis mamaria, lo que limita el rendimiento de la baciloscopía y el cultivo. Por ello, un resultado inicial negativo no excluye la enfermedad y debe existir correlación entre clínica, histopatología y pruebas microbiológicas o moleculares. La evolución de una mastitis granulomatosa durante corticoterapia debe considerarse una señal de alarma para reconsiderar una etiología infecciosa antes de continuar o intensificar la inmunosupresión.

CASO CLÍNICO: Paciente de 25 años atendida en la clínica de mama de nuestra institución.

CONCLUSIÓN: La mastitis granulomatosa constituye un patrón histopatológico y no una etiología; la tuberculosis debe excluirse antes de iniciar corticoterapia y ante la falta de respuesta a la misma. La negatividad inicial de baar no excluye tuberculosis mamaria. Ante progresión clínica durante corticoterapia debe realizarse una reevaluación etiológica, incluyendo nueva muestra para estudio histopatológico, microbiológico y molecular. La tuberculosis mamaria puede presentarse sin evidencia de compromisoafectación pulmonar y simular mastitis granulomatosa idiopática; la integración de la evolución clínica, histopatología y pruebas microbiológicas permitió establecer el diagnóstico en este caso. La detección de resistencia a rifampicina tiene implicaciones terapéuticas relevantes y requiere valoración especializada para establecer un esquema acorde con el perfil de resistencia y las recomendaciones vigentes.

Colestasis asociada a endotoxemia por enfermedad pélvica inflamatoria

PAOLA CRISTINA RAYGOZA MURILLO, MIRIAM DEL SOCORRO FIERROS CADENAS, STEPHANIE VALLE RODRÍGUEZ

ANTECEDENTES: La colestasis asociada a endotoxemia por enfermedad pélvica inflamatoria se refiere a la alteración del flujo biliar causada por



toxinas bacterianas y por la inflamación resultante. Se estima entre 0.6 y 34% de pacientes con bacteriemia. Su similitud de afección hepática con el síndrome de Fitz Hugh Curtis debe considerarse como diagnóstico diferencial.

CASO CLÍNICO: Paciente de 25 años g1 p1, con antecedente de diu de cobre desde hace 10 años. Acude al hospital el día 28/04/25 por dolor pélvico, leucorrea amarillenta fétida y fiebre no cuantificada con datos de abdomen agudo, ictericia, coluria, pcr orina Chlamydia +, leucocitos de 17.08, NEU 14.48 PCR 25.99, BT 2.40 BD 1.30 y ECO ginecológico donde se visualiza colección de anexo derecho. Se hicieron: mediante laparoscopia drenaje de 600 cc líquido purulento sin complicaciones, así como tratamiento antibiótico de amplio espectro (piperacilina- tazobactam + doxiciclina). Paciente quien presenta incremento de bilirrubinas hasta 7.2 a expensas de bd 5.30, con ultrasonido de hígado y vías biliares observando líquido perihéptico, resto normal (QR estudios).

CONCLUSIÓN: Puesto que el pronóstico de EPI se ve afectado según el grado de afección hepática, es indispensable la rápida identificación de sus complicaciones, así como la erradicación del foco infeccioso.

Endometritis xantogranulomatosa

MÓNICA NAYELLY JIMÉNEZ ARROYO, ARACELI NAYVI HERNÁNDEZ RICO

ANTECEDENTES: La endometritis xantogranulomatosa es una patología inflamatoria crónica, de presentación poco frecuente que se caracteriza por un infiltrado inflamatorio exagerado que puede simular un carcinoma de endometrio. Solo se cuenta con reporte de algunos casos. La importancia de conocer esta patología poco común incluida su etiopatogenia es hacer un adecuado diagnóstico diferencial del carcinoma de endometrio con patologías no oncológicas, por tanto su identificación permite el tratamiento adecuado.

CASO CLÍNICO: Paciente de 65 años con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 descontrolada, a su exploración física sin zonas linfoproliferativas, abdomen sin megalias, tacto vaginal paredes vaginales lisas, cuello uterino cupulizado con fondos de saco libres sin datos de actividad tumoral, útero de 6 cm aproximadamente, con dolor pélvico crónico, colporeo no fétida ocasional y sangrado postmenopáusico escaso en dos ocasiones. Tomografía contrastada: hiperplasia endometrial con pérdida de la continuidad en fondo uterino, carcinoma endometrial con componente ulcerativo, adenopatías como probable actividad metastásica. Se decidió la histerectomía total abdominal con salpingooforectomía bilateral y estudio transoperatorio, que reportó endometritis crónica y aguda purulenta, sin datos de malignidad. No se consideró necesario continuar el tratamiento antibiótico y la paciente fue enviada al servicio de reumatología. La etiología de esta enfermedad no está clara, pero en muchos casos se ha demostrado la existencia de ciertos microorganismos patógenos como *Escherichia coli*, *Bacteroides fragilis*, *Proteus* y *Salmonella*, aunque se han reportado algunos casos sin relación con procesos infecciosos.

CONCLUSIÓN: La endometritis xantogranulomatosa es una enfermedad poco frecuente que simula carcinoma endometrial, en el caso reportado en el contexto de un sangrado posmenopáusico y biopsia que reportaba endometritis xantogranulomatosa sin resolución al tratamiento antibiótico, con persistencia de engrosamiento endometrial por estudios de imagen, se realizó la histerectomía para estudio definitivo.

Endometriosis profunda intestinal en una paciente

PÉREZ PARTIDA ARANTZA MARIE, BARQUÍN ZÚÑIGA ALESSANDRA, RAMÍREZ FLORES DANIEL ALEJANDRO, GONZÁLEZ COFRADES JULIO, SORIANO ORTEGA KARLA PATRICIA

ANTECEDENTES: La endometriosis profunda infiltrante compromete el intestino hasta en 45%

de los casos, con predominio en el rectosigmoides. La histerectomía con conservación ovárica no es curativa, pues el estímulo estrogénico ovárico favorece la persistencia y progresión de la enfermedad residual, con recurrencia sintomática hasta en 62% de los casos.

CASO CLÍNICO: Paciente de 39 años con endometriosis en estadio IV tratada con histerectomía total laparoscópica con conservación ovárica; dos años después tuvo dolor abdominal persistente, distensión y dispareunia incapacitante, con un nódulo rectal palpable de 5 cm. Se realizó resonancia magnética con protocolo de mapeo y tratamiento quirúrgico laparoscópico multidisciplinario (ginecología y cirugía general), con estudio histopatológico de la pieza. La resonancia mostró un nódulo endometriósico de 53 mm que infiltraba la capa muscular del recto y la transición rectosigmoidea, con endometrioma izquierdo y compromisoafectación del 40% de la circunferencia. Se hizo una resección segmentaria colorrectal con anastomosis término-terminal. La histopatología confirmó endometriosis multifocal con predominio muscular propio y subseroso, positiva para CD10 y con bordes libres. La evolución fue favorable y la paciente quedó asintomática.

CONCLUSIÓN: La endometriosis puede persistir y evolucionar después de la histerectomía con conservación ovárica. Ante síntomas cíclicos digestivos en una paciente histerectomizada debe sospecharse endometriosis profunda; la resonancia de mapeo y la resección segmentaria multidisciplinaria ofrecen un control sintomático eficaz.

Endometriosis en tejido celular subcutáneo

MIRIAM JOSEFINA RENTERÍA, ROLANDO ESPARZA MANRIQUE, JUAN CARLOS OLIVAS CHÁVEZ, MIGUEL ORTEGA CISNEROS

ANTECEDENTES: La endometriosis afecta del 6 al 10% de las mujeres en edad fértil; la localización extrapélvica es infrecuente y la subcutánea, particularmente poco frecuente.

CASO CLÍNICO: Paciente de 35 años, embarazo a término, con cesárea previa y dismenorrea progresiva. Durante la cesárea se identificaron implantes endometriósicos uterinos, anexiales y subcutáneos; este último fue resecado y confirmado histopatológicamente. Fragmento marrón-rojizo, con cambios hemorrágicos, tejido de aspecto muscular y estroma. Diagnóstico: endometriosis, sin atipias ni malignidad

CONCLUSIÓN: La endometriosis multifocal puede identificarse incidentalmente durante una cesárea. La documentación anatómica y confirmación histopatológica permiten establecer el diagnóstico y orientar el seguimiento.

Cistoadenoma seroso gigante de ovario

ARTURO IXTA PAQUE, MONICA SERRANO GUTIÉRREZ, VICTOR SALVADOR GARCÍA ESCOTO, GUSTAVO ALTAMIRANO BRISEÑO, BLANCA ANAHÍ CÁRDENAS SANTOS

ANTECEDENTES: Las tumoraciones en el hemiabdomen inferior son un frecuente motivo de consulta ginecológica, los quistes y los tumores de ovario representan aproximadamente el 50%. El cistoadenoma seroso, es un tumor de ovario derivado del celómico superficial. Se denominan quistes gigantes aquellos que miden más de 10 cm de diámetro. Los tumores serosos son benignos en el 70 a 80%, 5 a 10% tienen potencial maligno y 20 a 25% son malignos. La edad de aparición suele ser entre los 20 a 50 años.

CASO CLÍNICO: Paciente de 44 años de etnia cora con un cuadro clínico de dolor abdominal de 7 años de evolución; el ultrasonido pélvico y la TAC reportaron una tumoración dependiente del ovario derecho de 320x205x320 mm, volumen 12,000 cc, sin evidencia de crecimientos ganglionares o de lesiones óseas. Marcadores tumorales dentro de parámetros normales: CA-125 de 18 Uu/mL y se hicieron: laparotomía exploradora como diagnóstico y tratamiento definitivo. Reporte de patología concluye con cistoadenoma seroso de ovario de bajo grado. La mayor parte de los tumores de ovario producen



síntomas inespecíficos, en la paciente los síntomas compresivos predominaron, quien difería su valoración ginecológica por temas de opinión de pareja, cultura y religión arraigados del grupo étnico cora por más de 7 años, condición que viven muchas mujeres de grupos de nayarit que las lleva a acudir a valoraciones de tumores benignos de gran tamaño y/o estadios avanzados de enfermedades crónicas y neoplasias malignas al momento de su primera valoración médica.

CONCLUSIÓN: La mayor parte de los tumores de ovario producen síntomas inespecíficos, en la paciente los síntomas compresivos predominaron, quien difería su valoración ginecológica por temas de opinión de pareja, cultura y religión arraigados del grupo étnico “cora” por más de siete años, condición que viven muchas mujeres de grupos de Nayarit que las lleva a acudir a valoraciones de tumores benignos de gran tamaño y/o estadios avanzados de enfermedades crónicas y neoplasias malignas al momento de su primera valoración médica.

Piomioma: causa poco frecuente de abdomen agudo ginecológico

AMBRIZ-ALONSO, GLENDA VERÓNICA, LÓPEZ-CORREA, EUFEMIA TERESA, JACOBO-GONZÁLEZ, CECILIO A, GONZÁLEZ-RODRÍGUEZ, ALAN D, ROBLES-REYNA, ROCÍO A

ANTECEDENTES: El piomioma es una complicación infrecuente del leiomioma uterino, caracterizada por necrosis e infección del tumor. Su presentación es inespecífica y puede evolucionar a sepsis, por lo que requiere alto índice de sospecha y tratamiento quirúrgico oportuno.

CASO CLÍNICO: Paciente de 39 años con piomioma uterino. La atención médica incluyó evaluación clínica, estudios de laboratorio, ultrasonido abdominopélvico y TAC. El tratamiento definitivo requirió laparotomía exploratoria con drenaje de pus e histerectomía total abdominal. Se confirmó el diagnóstico mediante estudio histopatológico de la pieza quirúrgica y cultivo microbiológico del aspirado purulento. Asimismo,

se realizó una revisión de la bibliografía médica disponible sobre esta patología.

CONCLUSIÓN: Los piomiomas deberán considerarse en pacientes con leiomiomas e infección sistémica. La sospecha clínica y la cirugía temprana disminuyen la morbilidad. El cultivo permite dirigir tratamiento antimicrobiano.

Mioma cervical: un reto quirúrgico

VIDAL-TORRES DIEGO, ROSALES-ESCALANTE EDMA, TREVIÑO-SALINAS EMILIO MODESTO, GUZMÁN LÓPEZ ABEL

ANTECEDENTES: Los leiomiomas uterinos son tumores benignos compuestos por músculo liso y tejido conectivo fibroso, frecuentes en mujeres en edad reproductiva. Su prevalencia se estima entre el 20 y el 40 % después de los 35 años. Los miomas cervicales representan aproximadamente el 0.6 % de los leiomiomas uterinos. Según su localización, pueden causar dolor pélvico, síntomas urinarios e infertilidad. La distorsión anatómica aumenta el riesgo de hemorragia y lesiones de órganos vecinos durante la cirugía.

CASO CLÍNICO: Se trata de una paciente de 40 años, g3p3, con incontinencia urinaria de urgencia de dos años de evolución, sensación de cuerpo extraño vaginal, sangrado uterino anormal y dolor hipogástrico. En la exploración física se identificó una tumoración lisa de aproximadamente de 3x2cm, dependiente de cérvix posterior. En los estudios de imagen se evidencia una lesión heterogénea de predominio exofítico en la pared posterior del istmo, de 7.9 x 7.4 x 6.9 cm, con escaso flujo doppler, clasificada inicialmente como mioma subseroso FIGO 6. Se decide el tratamiento quirúrgico. Se realizó histerectomía abdominal con salpingectomía bilateral. Durante la cirugía se identificó un mioma cervical posterior de 10 x 6 cm, descrito como FIGO 5-6. La extracción se completó sin lesión de órganos vecinos, con sangrado transoperatorio de 350 mL. La histopatología confirmó leiomioma cervical de 7.5 cm.

CONCLUSIÓN: Los miomas cervicales pueden distorsionar la anatomía pélvica y aumentar la dificultad quirúrgica por su cercanía con uréteres, vejiga y recto. La correlación entre síntomas, exploración física e imagen permite planificar el tratamiento. En este caso, la histerectomía resolvió el cuadro sin lesiones de órganos vecinos.

Tumor anexial gigante: sugerente de teratoma maduro

EDSON FORTOZO ANDRADE, FRANCISCO VEGA RUÍZ

ANTECEDENTES: El teratoma ovárico es una neoplasia de células germinales derivada de células con capacidad de diferenciación en tejidos somáticos. Se caracteriza por tejidos procedentes de una o más de las tres capas germinales embrionarias: ectodermo, mesodermo y endodermo. Puede contener estructuras como piel, pelo, tejido adiposo, cartílago, hueso y, en ocasiones, tejido tiroideo o neural.

CASO CLÍNICO: Paciente con una urotomografía contrastada en la que se encontró una lesión anexial compatible con teratoma quístico maduro que ocupaba la mayor parte de la cavidad pélvica; la existencia de líquido libre y la estriación grasa del omento. Evento quirúrgico, se identifica tumoración anexial derecha de aproximadamente 15 cm de diámetro, ocupando la totalidad del hueco pélvico y extendiéndose hacia cavidad abdominal hasta aproximadamente, presenta múltiples adherencias hacia peritoneo posterior y estructuras adyacentes, por lo que se inicia adherenciólisis mediante disección roma manual y disección cortante con tijera. Ovario y salpinge derecha íntimamente relacionados se individualiza y controla el pedículo anexial derecho, completándose salpingooforectomía derecha en bloque. Servicio de patología refiere tumoración altamente sugestiva de teratoma maduro

CONCLUSIÓN: El tratamiento de masas anexiales es de forma sistemática e individualizada, tomar en cuenta edad, síntomas, estado menopáusico, exploración física y características

ultrasonográficas. Detectando características sugestivas de benignidad o malignidad, marcadores tumorales complementarán la evaluación cuando existe sospecha de malignidad, y de esta manera referir al servicio correcto.

Embarazo ectópico cornual

HERNÁNDEZ-BARBOSA OMAR ALBERTO, ROSALES-ESCALANTE EDMA, GUAJARDO-CASTILLO CRISTOPHER ANTONIO, TREVIÑO-SALINAS EMILIO, GUZMÁN-LÓPEZ ABEL

ANTECEDENTES: El embarazo ectópico ocurre en el 1 a 2% de las gestaciones. El riesgo de recurrencia se estima entre el 10 y el 27 %, especialmente ante daño tubárico, adherencias o enfermedad pélvica inflamatoria. El embarazo cornual representa aproximadamente el 2 al 4% de los ectópicos y puede presentarse después de una salpingectomía ipsilateral. Su rotura puede causar hemoperitoneo y requerir cirugía urgente. La recurrencia y la cirugía cornual obligan a considerar el deseo reproductivo y vigilar futuras gestaciones.

CASO CLÍNICO: La salpingectomía por un embarazo ectópico previo no excluye una nueva implantación cornual ipsilateral. Este caso destaca la importancia de localizar tempranamente la gestación mediante ultrasonido en pacientes con dicho antecedente, porque la rotura puede ocasionar hemoperitoneo y requerir cirugía urgente. Enseguida del tratamiento, el asesoramiento debe considerar el deseo reproductivo de la paciente y la evaluación temprana de la localización de cualquier embarazo futuro. Durante la cirugía se identificaron ausencia de la salpinge derecha, embarazo ectópico cornual derecho roto y hemoperitoneo de 300 mL. Se practicó la resección cornual derecha. El sangrado transoperatorio fue de 100 mL, con pérdida hemática total estimada de 400 mL. El estudio histopatológico confirmó el embarazo ectópico cornual

CONCLUSIÓN: La salpingectomía por un embarazo ectópico previo no excluye una nueva



implantación cornual ipsilateral. Este caso destaca la importancia de localizar tempranamente la gestación mediante ultrasonido en pacientes con dicho antecedente, porque la rotura puede ocasionar hemoperitoneo y requerir cirugía urgente. Después del tratamiento, el asesoramiento debe considerar el deseo reproductivo de la paciente y la evaluación temprana de la localización de cualquier embarazo futuro.

Mioma con degeneración mixoide en paciente joven

CRISTOPHER MARCO GUAJARDO CASTILLO, YOLANDA PAOLA ZAVALA CANTÚ, EMILIO MODESTO TREVIÑO SALINAS, ELEAZAR PEREZ VELAZQUEZ, ABEL GUZMÁN LÓPEZ

ANTECEDENTES: El leiomioma uterino es el tumor benigno más frecuente del aparato reproductor femenino. La degeneración mixoide es una variante poco frecuente que puede simular malignidad por su crecimiento rápido, gran tamaño y características radiológicas. Su principal diagnóstico diferencial es el leiomiosarcoma mixoide, por lo que la evaluación histopatológica es fundamental para establecer el diagnóstico definitivo.

CASO CLÍNICO: Paciente de 28 años, nuligesta, sin antecedentes patológicos, inició 3 meses previos con alteraciones del ciclo menstrual y aumento del perímetro abdominal. A la exploración física abdomen globoso a expensas de tumoración de 20 x 15 cm, regular, sin dolor a la palpación, y en imagen se reporta como lesión uterina de 19 x 17 cm compatible con mioma uterino que produce efecto de masa. Se hicieron: miomectomía abierta y biopsia transoperatoria. Se analizaron hallazgos clínicos, radiológicos, quirúrgicos e histopatológicos. Se practicó una miomectomía abierta, y el útero se encontró de 25 x 14 cm con tumoración de contenido mixto sólido y denso. La biopsia transoperatoria reportó neoplasia mesenquimal con cambios degenerativos. La patología final reportó mioma de 22 cm de degeneración mixoide.

CONCLUSIÓN: El leiomioma con degeneración mixoide representa un reto diagnóstico por sus características clínicas y radiológicas potencialmente sugestivas de malignidad. La correlación clínica, radiológica e histopatológica permite establecer el diagnóstico definitivo y orientar un tratamiento quirúrgico adecuado.

Embarazo ectópico intersticial no roto 12 semanas

ZAVALA-CANTÚ YOLANDA PAOLA, BAZALDÚA-CAVAZOS MARIELA ALITZEL, HERNÁNDEZ-BARBOZA OMAR ALBERTO, TREVIÑO-SALINAS EMILIO MODESTO, GUZMÁN-LÓPEZ ABEL

ANTECEDENTES: El embarazo ectópico intersticial es una forma infrecuente de implantación extrauterina. El miometrio que rodea esta región puede permitir su crecimiento antes de que aparezcan síntomas intensos. Por su abundante vascularización, puede ocasionar hemorragia materna grave, lo que hace fundamental el diagnóstico oportuno.

CASO CLÍNICO: Paciente de 31 años con un mes de dolor abdominal y un episodio de sangrado transvaginal de seis días. Acudió por exacerbación súbita del dolor en fosa iliaca izquierda. A su ingreso se encontraba hemodinámicamente estable, con dolor a la palpación sin datos de irritación peritoneal. El ultrasonido transvaginal identificó un saco gestacional extrauterino en la región intersticial. Durante su evolución tuvo hemorragia materna grave.

CONCLUSIÓN: El embarazo ectópico intersticial puede ocasionar síntomas inespecíficos aun en pacientes inicialmente estables. La sospecha clínica y el ultrasonido transvaginal son esenciales para orientar el tratamiento ante el riesgo de hemorragia grave.

El teratoma detrás de la encefalitis anti-NMDAR

MARIANA DANIELA RAMÍREZ GUTIÉRREZ, ESUS EDUARDO NÚÑEZ CABRERA, LIZETH FABIOLA NÚÑEZ HERNÁNDEZ, CLAUDIA IVONNE LÓPEZ CRUZ

ANTECEDENTES: El teratoma ovárico maduro, neoplasia benigna frecuente en mujeres jóvenes, tiene un curso asintomático; excepcionalmente se asocia con encefalitis anti-nmdar como manifestación paraneoplásica infrecuente se estima presencia en el 1.,17% de pacientes con teratoma ovárico. Esta neoplasia autoinmunitaria se caracteriza por síntomas psiquiátricos, alteraciones conductuales, convulsiones y deterioro de conciencia³.

CASO CLÍNICO: Paciente de 26 años, sin antecedentes crónicos, inicia un mes previo con alteraciones conductuales, alucinaciones, tratada como episodio psicótico, agregándose fiebre y convulsiones; evolucionando con deterioro de conciencia y estatus epiléptico superrefractario, requiriendo ventilación mecánica y tratamiento en la unidad de cuidados intensivos.

Se inició con análisis de LCR, electrocardiograma y resonancia magnética cerebral sin lesiones estructurales, Filmmurray negativo, TAC con lesión ovárica derecha. En LCR se detectan anticuerpos IgG anti-glun1 del receptor NMDA. Se hicieron: salpingooforectomía derecha. Estudio histopatológico confirma teratoma quístico maduro de 1.6 cm, con tejido neuronal maduro, sin componentes inmaduros ni malignidad. Se trató con anticonvulsivantes, glucocorticoides, inmunoglobulina y rituximab, con remisión del estatus epiléptico, persistencia de distonías orofaciales y estado vegetativo al egreso.

CONCLUSIÓN: La asociación entre teratoma ovárico maduro y encefalitis anti-nmdar es poco frecuente, pero relevante en mujeres jóvenes con manifestaciones neuropsiquiátricas rápidamente progresivas, nuestra paciente presentó los 6 grupos sintomáticos de los criterios de encefalitis anti-nMDAR. Ante síntomas psiquiátricos rápidamente progresivos asociados con crisis epilépticas, y deterioro neurológico debe considerarse encefalitis anti-nmdar. La resección tumoral y la inmunoterapia son pilares terapéuticos.

Cistoadenofibroma seroso en adolescente embarazada

ZAVALA CANTÚ YOLANDA PAOLA, TREVIÑO-SALINAS EMILIO MODESTO, GUZMÁN-PÉREZ TOMÁS IGNACIO, CORONADO-HERNÁNDEZ LINDA GUADALUPE, GUZMÁN-LÓPEZ ABEL

ANTECEDENTES: El cistoadenofibroma seroso es una neoplasia epitelial benigna poco frecuente, que representa aproximadamente el 1.7 % de los tumores ováricos benignos. Su presentación durante el embarazo es excepcional y constituye un reto diagnóstico y terapéutico, especialmente en pacientes adolescentes, debido al riesgo de complicaciones y a la necesidad de preservar la función reproductiva.

CASO CLÍNICO: Paciente de 16 años, primigesta, con embarazo de 9.3 semanas, en quien se identificó incidentalmente mediante ultrasonido una tumoración anexial izquierda de 26 x 11 x 10 cm. Se realizó seguimiento clínico y ultrasonográfico, tratamiento quirúrgico programado a las 16.2 semanas de gestación y estudio histopatológico definitivo. Se practicaron laparotomía exploradora y quistectomía izquierda. Se identificó una tumoración anexial de 26 x 20 cm con torsión, a pesar de permanecer clínicamente asintomática. El estudio histopatológico definitivo confirmó cistoadenofibroma seroso de 26 cm de diámetro mayor, con salpinge sin alteraciones histológicas significativas. La evolución posoperatoria fue favorable y el embarazo continuó sin complicaciones documentadas.

CONCLUSIÓN: El cistoadenofibroma seroso durante el embarazo es una presentación infrecuente, particularmente en pacientes adolescentes. Las masas anexiales de gran tamaño pueden tener complicaciones de torsión aun en ausencia de síntomas. El diagnóstico oportuno, la individualización del tratamiento y la confirmación histopatológica permitieron realizar un



tratamiento quirúrgico conservador, preservando el potencial reproductivo y favoreciendo la continuidad del embarazo.

Abdomen agudo secundario a teratoma bilateral

RAÚL FERNANDO DURÁN ARROYO, JOSUÉ ABDEL MARTÍNEZ MONCADA, JUAN LUIS SANDOVAL ORTIZ

ANTECEDENTES: El teratoma es un tumor benigno de células germinales con más de un tipo celular que se originó a partir de más de una capa germinal. Incidencia global de malignidad de 1-3:1000. Localización más común es en ovario. Están compuestos por estructuras maduras de origen ectodérmico, mesodérmico y endodérmico. Son 10-15% de todos los tumores ováricos y se presentan en edades tempranas. Son bilaterales en 10-15% de todos los casos. Existe controversia en el tratamiento quirúrgico del tratamiento (laparoscopia o laparotomía exploradora) y en segundo lugar, la radicalidad del tratamiento, ya sea quistectomía u ooforectomía, es ahí donde se basa la importancia de presentar este trabajo.

CASO CLÍNICO: Paciente de 45 años de edad g2p2, sin comórbidos conocidos, operadora de maquila, fumadora de larga evolución, la cual inicia con dolor abdominal de una semana evolución localizado en fosa iliaca derecha, el cual presenta exacerbación del dolor hasta ser intolerante 9/10 EVA, acompañado de vómitos en tres ocasiones de contenido gástrico. Este fue el motivo de evaluación en el servicio de Urgencias. La laparoscopia mostró una torsión del anexo derecho que afecta el ovario con una tumoración con datos compatibles de teratoma. Salpíngex con datos de hidrosalpinx por lo que se decidió la salpingooforectomía derecha. En topografía de anexo izquierdo se observa tumoración de 6x6cm, con datos compatibles con teratoma por lo que se realizó una quistectomía, y posterior lavado de la cavidad. Datos quísticos con múltiples folículos pilosos, sebáceos y tejido graso. No se identifica malignidad

CONCLUSIÓN: El teratoma quístico maduro es

una neoplasia ovárica generalmente benigna, cuyo diagnóstico puede representar un reto debido a la necesidad de descartar malignidad. La correlación clínica e imagenológica es fundamental para establecer el diagnóstico para el tratamiento quirúrgico adecuado y caracterización histopatológica, favoreciendo un tratamiento oportuno y seguro.

Mastitis lobulocéntrica idiopática

LUIS FERNANDO RODRÍGUEZ SILVA, JOSÉ ANTONIO VADILLO TRETO

ANTECEDENTES: La mastitis lobulocéntrica idiopática es un padecimiento inflamatorio mamaria crónica e infrecuente, de etiología no completamente esclarecida. Su presentación clínica e imagenológica puede simular infección, absceso o carcinoma mamario, dificultando el diagnóstico. La confirmación requiere correlación clínica, radiológica, microbiológica e histopatológica.

CASO CLÍNICO: Paciente de 22 años, con antecedentes de embarazo y lactancia cinco años previos, con una tumoración dolorosa en la mama izquierda, de crecimiento progresivo, eritema, mastalgia y fiebre. Recibió múltiples esquemas de antibióticos sin respuesta. El ultrasonido mostró múltiples colecciones compatibles con abscesos y adenopatías axilares reactivas. Se realizó drenaje, con cultivos negativos. Ante la persistencia del proceso inflamatorio se efectuó biopsia con aguja gruesa, que mostró infiltrado inflamatorio crónico predominantemente lobulocéntrico, constituido por histiocitos, células plasmáticas, linfocitos, sin formación granulomatosa significativa, con presencia de células con atipia citológica y sospecha de carcinoma lobulillar, realizándose estudio inmunohistoquímico, demostrando conservación de la expresión de p63 en células mioepiteliales y negatividad para CK7 en las células sospechosas, sin evidencia de malignidad. Se estableció el diagnóstico de mastitis lobulocéntrica idiopática e inició prednisona con reducción progresiva,

obteniendo remisión sostenida durante un año.

CONCLUSIÓN: La mastitis lobulocéntrica idiopática debe considerarse ante inflamación mamaria persistente sin respuesta antimicrobiana. La biopsia y, ante sospecha de malignidad, la inmunohistoquímica son fundamentales para establecer el diagnóstico y excluir procesos infecciosos y neoplásicos. El tratamiento con corticosteroides permitió una evolución favorable sin recurrencia.

Teratoma fetiforme ovárico que simula embarazo

SUÁREZ HIDALGO ANA GABRIELA, NAVARRO MÉNDEZ CLAUDIA ÁNGELA, BARRERA TENREIRO RODRIGO, FERNÁNDEZ LUNA MITZI, RODRÍGUEZ MILLÁN PAMELA

ANTECEDENTES: Los teratomas quísticos maduros representan gran parte de los tumores de células germinales ováricas. El teratoma fetiforme es una variante de baja incidencia, compuesta por tejidos maduros organizados con apariencia fetal, cuyo diagnóstico diferencial incluye embarazo ectópico, heterotópico y feto en feto

CASO CLÍNICO: Paciente de 35 años, con antecedente de un embarazo, sin otros antecedentes relevantes, con prueba de embarazo positiva y β -hCG de 3500 MUI/mL. El ultrastrasonido endovaginal mostró saco gestacional intrauterino de 7 semanas con aborto diferido y una masa anexial derecha con estructura de apariencia fetal, sospechándose embarazo heterotópico. Después de la evacuación uterina mediante aspiración manual endouterina, se realizó laparoscopia con ooforectomía derecha por sospecha de embarazo ectópico. El estudio histopatológico reportó una lesión de $4.0 \times 3.0 \times 2.5$ cm con pelo, tejido adiposo y estructuras tubulares, compatible con teratoma maduro fetiforme, sin componente inmaduro ni transformación maligna.

El teratoma fetiforme es un padecimiento infrecuente que puede simular embarazo ectópico o heterotópico, particularmente ante una masa

anexial y β -hcg elevada. Su diferenciación respecto al feto en feto se basa principalmente en características genéticas y anatómicas. El diagnóstico definitivo es histopatológico.

CONCLUSIÓN: Aun cuando excepcional, debe considerarse en el diagnóstico diferencial de una masa anexial con apariencia fetal durante el embarazo. Su reconocimiento permite evitar diagnósticos erróneos y orientar adecuadamente el tratamiento quirúrgico y patológico.

Inversión uterina secundaria a adenomioma

MARÍANA ALEJANDRA DE ZORZI JASPE, EMILIO MODESTO TREVIÑO SALINAS, FRANCISCO JESÚS SOSA BRAVO, ABEL GUZMÁN LÓPEZ, CÉSAR ALEJANDRO RIVERA ZAMBRANO

ANTECEDENTES: La inversión uterina no puerperal es un padecimiento infrecuente, asociado con tumores intracavitarios. El estudio histopatológico es fundamental para determinar la etiología y descartar malignidad. La asociación entre adenomiomas e inversión uterina es excepcional;

CASO CLÍNICO: Paciente de 26 años con antecedente de sangrado uterino anormal secundario a miomatosis. Acudió por hemorragia transvaginal abundante y dolor hipogástrico intenso. La hemoglobina inicial fue de 9.7 g/dL. La tomografía reportó masa uterina heterogénea de $14.1 \times 8.9 \times 9.5$ cm, probable leiomioma. Se decide tratamiento quirúrgico. Se evidenció inversión uterina completa y una tumoración intracavitaria prolapsada, realizándose una histerectomía total con salpingectomía bilateral, sin complicaciones. La evolución posoperatoria fue favorable. El estudio histopatológico identificó un adenomioma submucoso polipoide de 10 cm. La mayoría de los casos se describen en mujeres mayores de 45 años, la presentación en edad reproductiva y la diferencia entre el diagnóstico presuntivo de leiomioma y el hallazgo definitivo hacen relevante este caso. La confirmación histopatológica fue fundamental para establecer el diagnóstico etiológico y descartar malignidad.



CONCLUSIÓN: La inversión uterina no puerperal secundaria a un adenomioma submucoso constituye una presentación poco frecuente que debe considerarse ante la presencia de sangrado uterino abundante, dolor y una tumoración uterina, incluso en pacientes jóvenes. El tratamiento debe individualizarse de acuerdo con las características clínicas, anatómicas y reproductivas de cada paciente.

Sangrado uterino anormal y anticoagulación en May-Thurner

FRANCIS SARAHÍ SUAREZ ÁVILA, FERNANDO AYALA AGUILERA, MARÍA ELIZABETH FRAUSTRO ÁVILA

ANTECEDENTES: El síndrome de May-Thurner es un padecimiento infrecuente en adolescentes que puede requerir tratamiento endovascular y terapia antitrombótica. Los anticoagulantes orales de acción directa, particularmente rivaroxabán, se asocian con mayor frecuencia de sangrado menstrual abundante. Su tratamiento representa un reto clínico, porque la interrupción no programada de la anticoagulación puede incrementar el riesgo tromboembólico. El DIU liberador de levonorgestrel constituye una alternativa para el control del sangrado menstrual abundante.

CASO CLÍNICO: Paciente adolescente de 15 años con síndrome de May-Thurner, stent en vena ílfaca común izquierda y anticoagulación con rivaroxabán, quien tuvo sangrado uterino anormal abundante y anemia ferropénica. Se realizó evaluación ginecológica y hematológica, ultrastrasonido pélvico, histeroscopia con polipectomía, biopsia endometrial y colocación de DIU liberador de levonorgestrel. El ultrastrasonido identificó endometrio heterogéneo de 12 mm con lesión focal compatible con pólipo. La histeroscopia, polipectomía, biopsia endometrial y colocación de DIU-LNG se realizaron sin eventualidades. El estudio histopatológico reportó endometrio proliferativo sin hiperplasia ni malignidad. A los 8 meses se documentó

adecuada posición del DIU-LNG y ausencia de sangrado uterino significativo, con reinicio y continuidad de la anticoagulación indicada por cirugía vascular.

CONCLUSIÓN: El tratamiento multidisciplinario permitió controlar el sangrado uterino sin comprometer la continuidad de la anticoagulación. El tratamiento histeroscópico de la lesión intracavitaria y el DIU-LNG constituyeron una estrategia terapéutica adecuada en esta adolescente, en quien la prevención del riesgo tromboembólico y el control del sangrado debían abordarse simultáneamente. El ultrasonido identificó un endometrio heterogéneo de 12 mm con una lesión focal compatible con pólipo. La histeroscopia, la polipectomía, la biopsia endometrial y la colocación del DIU-LNG se realizaron sin eventualidades. El estudio histopatológico reportó endometrio proliferativo sin hiperplasia ni malignidad. A los ocho meses se documentaron la posición adecuada del DIU-LNG y la ausencia de sangrado uterino significativo, con reinicio y continuidad de la anticoagulación indicada por cirugía vascular.

Embarazo ectópico tubario con dx histopatológico

EMMANUEL BAUTISTA PEREA, GABRIEL ENRIQUE CASTILLO MARTÍN DEL CAMPO, PAULO CÉSAR GÓMEZ HERNÁNDEZ, OBED ACOSTA ÁLVAREZ, ANTONIO JESÚS BRISEÑO SAINZ

ANTECEDENTES: El embarazo ectópico molar es una presentación infrecuente de la enfermedad trofoblástica gestacional. Su diagnóstico preoperatorio es complejo debido a que las manifestaciones clínicas, bioquímicas y ultrasonográficas pueden ser indistinguibles de las de un embarazo ectópico no molar.

CASO CLÍNICO: tres pacientes de 18, 22 y 29 años atendidas por embarazo ectópico tubario roto. Los casos de 18 y 22 años fueron izquierdos y se acompañaron de choque hipovolémico; el tercero fue derecho. Las concentraciones disponibles de β -hCG fueron 4,855.49 y 15,713.64

MUI/mL. Las tres pacientes requirieron laparotomía y salpingectomía. En la paciente de 22 años se documentaron aproximadamente 2,000 mL de hemoperitoneo y transfusión de dos concentrados eritrocitarios. El estudio anatomopatológico reportó mola hidatiforme parcial en dos casos y mola incompleta ectópica y rota con hematosalpinx en el tercero. En uno de los casos de mola parcial se realizó inmunohistoquímica: p57 positivo 3+, ki-67 positivo y p53 negativo. En los tres casos el diagnóstico molar se estableció posteriormente al tratamiento quirúrgico.

CONCLUSIÓN: El embarazo ectópico molar puede ser clínicamente indistinguible del embarazo ectópico tubario convencional y manifestarse inicialmente por ruptura y afectación hemodinámica. El estudio anatomopatológico del espécimen quirúrgico es fundamental para establecer el diagnóstico y orientar la evaluación complementaria y el seguimiento posterior.

Miomatosis uterina invasión a la vena cava y aurícula

JUÁREZ CABRERA MARIA CRISTINA, GONZÁLEZ RODRÍGUEZ ILIANA ALEJANDRA, FLORES CORTÉS MILDRED IBETH, HERRERA ESTRELLA HEIDI

ANTECEDENTES: La leiomiomatosis intravascular es un padecimiento infrecuente caracterizada por proliferación de músculo liso uterino dentro del sistema venoso. Su extensión hacia la vena cava inferior y aurícula derecha es excepcional y puede ocasionar complicaciones cardiovasculares potencialmente letales.

CASO CLÍNICO: Paciente de 51 años con antecedente de resección de tumoración en aurícula derecha en 2023. Presentó dolor abdominal, edema bilateral de miembros pélvicos y pérdida ponderal. La tomografía identificó lesión hipervascular dependiente del fondo uterino, con extensión por vena gonadal derecha, vena cava inferior y aurícula derecha. Se realizó atención multidisciplinaria mediante esternotomía, laparotomía exploradora, histerectomía total,

ooforectomía bilateral y resección del tumor intravascular. Se identificó miomatosis intraligamentaria de 9 x 6 cm y tumor intravascular de consistencia blanda, parcialmente adherido al endotelio, de aproximadamente 35 x 5 cm, con extensión desde la pelvis hasta la aurícula derecha. El estudio histopatológico confirmó leiomioma intravascular con trombosis antigua y reciente. La inmunohistoquímica mostró positividad intensa para actina de músculo liso.

CONCLUSIÓN: La leiomiomatosis intravascular con extensión intracardiaca es una presentación excepcional que requiere alta sospecha diagnóstica y planificación multidisciplinaria. La resección quirúrgica integral y la confirmación histopatológica son fundamentales para establecer el diagnóstico definitivo y disminuir el riesgo de complicaciones graves.

Cistoadenoma seroso paratubárico

JOSÉ MIGUEL RAMOS INFANTE, DANITZA JAMILETHE MACÍAS MORALES, CAROLINA MARTÍNEZ MARTÍNEZ, FRANCISCO VEGA RUIZ, ADELA RASCÓN ALCÁNTAR

ANTECEDENTES: Los tumores anexiales constituyen un motivo frecuente de evaluación ginecológica y comprenden lesiones ováricas, tubáricas y paratubáricas, predominantemente benignas. Los cistoadenomas serosos paratubáricos son neoplasias epiteliales benignas de localización extraovárica, generalmente asintomáticas y de crecimiento lento. Las lesiones de gran tamaño pueden producir dolor, distensión abdominal, síntomas por efecto de masa y complicaciones como torsión anexial. Su identificación mediante ultrasonografía permite caracterizar sus dimensiones y morfología, mientras que el diagnóstico definitivo se establece mediante estudio histopatológico.

CASO CLÍNICO: Paciente de 45 años, nuligesta, con hipertensión arterial crónica, referida por dolor abdominal de una semana de evolución con exacerbación durante los últimos dos días. Se realizó valoración clínica, ultrasonografía pélvica



y tomografía abdominal contrastada, identificándose masas anexiales quísticas bilaterales de gran tamaño. Se efectuó laparotomía exploradora, encontrándose torsión del anexo derecho y masas quísticas paratubáricas bilaterales. Se realizó salpingooforectomía derecha y liberación del anexo izquierdo, con posterior confirmación histopatológica. La ultrasonografía evidenció lesiones quísticas avasculares, sin septos ni proyecciones papilares, de aproximadamente 12 cm en el lado derecho y 18 cm en el izquierdo. La tomografía confirmó masas anexiales bilaterales, con volúmenes aproximados de 551 y 3488 cc, respectivamente. Durante la laparotomía se identificó torsión del anexo derecho, con masa quística de 12 x 10 cm, realizándose salpingooforectomía derecha. En el anexo izquierdo se observaron masas quísticas de 25 x 20 cm y 7 x 5 cm. El estudio histopatológico confirmó cistoadenomas serosos simples paratubáricos.

CONCLUSIÓN: Los cistoadenomas serosos paratubáricos pueden alcanzar dimensiones gigantes y presentarse con complicaciones como torsión anexial. La evaluación clínica e imagenológica permite orientar el diagnóstico y planificar el Ante masas anexiales de gran tamaño, debe considerarse su origen paratubárico y realizar un tratamiento individualizado, procurando preservar estructuras anexiales viables.

Angiomixoma profundo parauretral

LYZBETH IZAMARA GARCÍA LÓPEZ, JOSE INÉS GONZÁLEZ TAPIA, GERARDO EDU CASTILLO LÓPEZ, FRANCISCO OCTAVIO MACÍAS BELMAN, KARLA ANDREA CARRILLO SÁNCHEZ

ANTECEDENTES: El angiomixoma profundo o agresivo es un tumor mesenquimatoso mixoide raro y benigno que se presenta como una masa en la pelvis o el perineo. Este informe describe el caso de una paciente con tumor parauretral que, histológicamente, se identificó como angiomixoma profundo.

CASO CLÍNICO: Paciente de 45 años diagnos-

ticada y tratada en el servicio de ginecología. Se recabó la historia clínica, antecedentes ginecoobstétricos y hallazgos del examen físico. Se realizó resección quirúrgica transvaginal de la tumoración parauretral. La pieza obtenida fue enviada a estudio anatomopatológico para evaluación macroscópica y microscópica con el objetivo de confirmar el diagnóstico. Se dio seguimiento posquirúrgico ambulatorio. Se extirpó una lesión ovoide de 5.0 x 4.0 x 3.3 cm. El análisis histopatológico reportó angiomixoma profundo, identificando una neoplasia mesenquimatosa hipocelular en estroma mixoide con abundantes vasos sanguíneos hialinizados y sin atipia citológica. La evolución posquirúrgica fue favorable, logrando la resolución total de los síntomas urinarios y de masa. La paciente se dio de alta asintomática con indicación de seguimiento estrecho por ginecología para vigilar posibles recurrencias

CONCLUSIÓN: El angiomixoma parauretral constituye un padecimiento poco frecuente que debe considerarse parte del diagnóstico diferencial de las tumoraciones parauretrales. El estudio anatomopatológico permite establecer un correcto diagnóstico para ofrecer un tratamiento adecuado y detectar posibles recidivas.

Preservación de fertilidad vs quiste anexial

JESÚS PÉREZ MORALES, MANYU MUÑIZ SEVILLA

ANTECEDENTES: Las masas anexiales representan un reto diagnóstico y terapéutico. En mujeres con un único ovario funcional, la decisión quirúrgica adquiere especial relevancia por sus implicaciones endocrinas y reproductivas. La estratificación preoperatoria mediante modelos ecográficos y marcadores tumorales permite individualizar el tratamiento.

CASO CLÍNICO: Paciente de 30 años, g1a1, con único ovario funcional izquierdo luego de la salpingooforectomía derecha y salpingectomía izquierda. Ultrastrasonido: masa anexial de 10.8 x 8 cm, predominantemente quística, pared del-

gada, septo de 2 mm, sin papilas, componente sólido, vascularidad ni ascitis. Marcadores tumorales normales. Estratificación: iota adnex menor del 5%, simple rules compatible con benignidad, O-RADS US 3 y RMI 7.5. Ante el bajo riesgo de malignidad, se realizó quistectomía laparoscópica con preservación ovárica e histopatología negativa para malignidad. Histopatología negativa para malignidad. Evolución posoperatoria satisfactoria, sin complicaciones.

CONCLUSIÓN: La estratificación preoperatoria del riesgo de malignidad permitió fundamentar una estrategia quirúrgica conservadora, preservando anatómicamente el único ovario funcional, con posterior confirmación histopatológica de benignidad.

Adenocarcinoma endometriode concomitante

YAMILE MICHAEL MALDONADO SERRANO, ANA ROSA MARRERO LUJÁN, YAZMÍN ALEJANDRA BEJARANO TRUJILLO

ANTECEDENTES: La hiperplasia endometrial atípica/neoplasia intraepitelial endometrial (HEA/EIN) es una lesión precursora del adenocarcinoma endometriode y puede coexistir con carcinoma no identificado en el muestreo inicial. El sangrado postmenopáusico persistente y el engrosamiento endometrial requieren evaluación histológica oportuna.

CASO CLÍNICO: Paciente posmenopáusica de 69 años con sangrado uterino persistente y engrosamiento endometrial de 62 mm. Se revisaron expediente clínico, estudios de laboratorio, ultrasonido pélvico, resultado de biopsia endometrial, hallazgos quirúrgicos e histopatología definitiva de la pieza de histerectomía. La biopsia endometrial reportó hiperplasia adenomatosa atípica compleja, correspondiente al espectro hea/ein. Se realizó histerectomía total abdominal con salpingooforectomía bilateral. El estudio histopatológico definitivo demostró adenocarcinoma endometriode con componente papilar, metaplasia escamosa madura, invasión miometrial menor del 50% y permeación vas-

cular; ovarios atróficos, parametrios y márgenes quirúrgicos libres.

CONCLUSIÓN: El sangrado postmenopáusico persistente con engrosamiento endometrial marcado requiere evaluación histológica oportuna. Una biopsia con hea/ein no excluye carcinoma concomitante; la histerectomía permite el diagnóstico definitivo, valorar la invasión miometrial y orientar la atención oncológica.

Una masa ovárica ORADS 4 en paciente joven

CAROLINA ISABEL COLLADO PEREGRINO, SAMANDA GUADALUPE VILLASANA TOSCA, JOSÉ GUADALUPE SOBERANO ALMEIDA

ANTECEDENTES: Las masas anexiales constituyen un motivo frecuente de valoración ginecológica y su diagnóstico diferencial incluye lesiones funcionales, procesos inflamatorios, tumores benignos, lesiones fronterizas y neoplasias malignas. La ultrastrasonografía es el principal método de imagen para evaluar las lesiones anexiales y el sistema O-RADS permite estandarizar su descripción y estimar el riesgo de malignidad a partir de características morfológicas y de vascularidad.

CASO CLÍNICO: Paciente de 19 años quien inicia con dolor abdominal difuso de 3 meses de evolución, refiere tumoración palpable en abdomen, motivo de la consulta. Ultrastrasonido pélvico reporta ovario izquierdo de 6.49 x 7.5 x 6.6 volumen 168 cc ocupado por masa sólida, muy vascularizada de 3.7x 4.4 x 5.2 compatible con orads 4. marcadores tumorales ca 125 27.7 uU/mL, calcio 9.1 mg/dL, afp AFT 1.02 ng/mL, CAE 0.60 ng/mL, DHL 136 Uu/L GCH-b 0.2 MUI/mL. Se hicieron: laparotomía exploradora con estudio transoperatorio y de parafina reportando quiste seroso con proceso inflamatorio crónico intenso y áreas de necrosis isquémica. **CONCLUSIÓN:** La clasificación O-RADS 4 no establece por sí misma el diagnóstico de malignidad. En este caso, la imagen ecográfica tuvo características que justificaron una clasificación



de riesgo intermedio; sin embargo, el resultado transoperatorio fue compatible con un proceso benigno de tipo quístico-seroso asociado a inflamación crónica y necrosis isquémica.

Actinomicosis uterina y pélvica

JENNIFER AMALIA TOYOS RODRÍGUEZ, DIONISIO PÉREZ CANAL, JUAN DOMINGO CASTILLO ALDACO, ALEJANDRA GUADALUPE VELARDE MOLINA, CAROLINA MARTÍNEZ MARTÍNEZ

ANTECEDENTES: La actinomicosis es una infección granulomatosa crónica de evolución lenta causada por bacterias gram positivas del género *actinomyces*. La localización pélvica es infrecuente y su presentación clínica inespecífica puede simular enfermedades ginecológicas de mayor prevalencia. El diagnóstico se establece mediante identificación del microorganismo en cultivo o estudio histopatológico, siendo característicos los gránulos de azufre. El tratamiento antimicrobiano constituye la base terapéutica; sin embargo, el tratamiento quirúrgico puede ser necesario ante enfermedad localizada, complicaciones o ausencia de respuesta al tratamiento.

CASO CLÍNICO: Paciente de 35 años, g3c2e1, con dolor pélvico crónico de dos años de evolución, localizado predominantemente en fosa iliaca derecha, de tipo cólico y progresivo. El ultrasonido pélvico evidenció engrosamiento endometrial de 22 mm, posteriormente de 39 mm, además de hallazgos sugestivos de adenomiosis. Se tomó una biopsia de endometrio cuyo estudio histopatológico reportó endometritis crónica, por lo que recibió tratamiento con doxiciclina. Debido a persistencia de la sintomatología y requerimiento continuo de analgésicos, se decidió tratamiento quirúrgico. El diagnóstico definitivo se estableció mediante estudio histopatológico posterior a la histerectomía, identificándose con tinción de hematoxilina-eosina colonias de *actinomyces* con presencia de “gránulos de azufre”, característicos de esta infección. Estos corresponden a agregados de bacterias filamen-

tosas rodeados por una respuesta inflamatoria supurativa y granulomatosa, pudiendo asociarse a fibrosis y alteración de la arquitectura del tejido afectado. La presentación inespecífica y la dificultad para establecer el diagnóstico preoperatorio hacen que la actinomicosis pélvica pueda ser reconocida de manera incidental en el estudio histopatológico. Por ello, debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial en pacientes con dolor pélvico crónico y procesos inflamatorios pélvicos persistentes, particularmente cuando los hallazgos clínicos y de imagen no permiten establecer una etiología específica.

CONCLUSIÓN: La actinomicosis debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial de dolor pélvico crónico y endometritis persistente, especialmente ante evolución prolongada o respuesta terapéutica insuficiente. El reconocimiento oportuno puede favorecer un tratamiento dirigido y evitar intervenciones innecesarias.

Tumoración ovárica que simuló malignidad, papel del ORAD

CAROLINA ISABEL COLLADO PEREGRINO, SAMANDA GUADALUPE VILLASANA TOSCA, JOSÉ GUADALUPE SOBERANO ALMEIDA

ANTECEDENTES: Las masas anexiales constituyen un motivo frecuente de valoración ginecológica y su diagnóstico diferencial incluye lesiones funcionales, procesos inflamatorios, tumores benignos, lesiones borderline y neoplasias malignas. La ultrastrasonografía es el principal método de imagen para evaluar las lesiones anexiales y el sistema O-RADS permite estandarizar su descripción y estimar el riesgo de malignidad a partir de características morfológicas y de vascularidad.

CASO CLÍNICO: Paciente de 19 años, con dolor abdominal difuso de 3 meses de evolución, refiere tumoración palpable en abdomen, motivo de la consulta. Ultrastrasnido pélvico reporta ovario izquierdo de 6.49 x 7.5 x 6.6 volumen 168 cc ocupado por masa sólida, muy vasculari-

zada de 3.7 x 4.4 x 5.2 compatible con ORADS 4, marcadores tumorales CA 125 27.7 uU/mL, calcio 9.1 mg/dL, AFP 1.02 ng/mL, CAE 0.60 ng/mL, DHL 136 uU/L; GCH-B 0.2 MUI/mL. Se hicieron: laparotomía exploradora con estudio transoperatorio y de parafina reportando quiste seroso con proceso inflamatorio crónico intenso y áreas de necrosis isquémica.

CONCLUSIÓN: La clasificación O-RADS 4 no establece por sí misma el diagnóstico de malignidad. En este caso, la imagen ecográfica tuvo características que justificaron una clasificación de riesgo intermedio; sin embargo, el resultado transoperatorio fue compatible con un proceso benigno de tipo quístico-seroso asociado a inflamación crónica y necrosis isquémica.

Anomalía Mülleriana como causa de dismenorrea

CYNTHIA DEL ROCIO MUÑOZ HERNÁNDEZ, LUISA ITZEL VILLANUEVA ARELLANO, ANDRÉS GARCÍA LAGUNA, ALEJANDRO ANOEL AVECILLA HERNÁNDEZ

ANTECEDENTES: Las malformaciones müllerianas comprenden alteraciones congénitas del desarrollo de los conductos de Müller. El útero unicorne puede asociarse a un remanente uterino rudimentario con cavidad endometrial funcional; cuando existe obstrucción de su drenaje, puede producirse acumulación de sangre menstrual y hematometra, manifestándose como dismenorrea aguda. La asociación con agenesia renal ipsilateral es frecuente, por lo que su identificación requiere una evaluación anatómica integral.

CASO CLÍNICO: Paciente adolescente con útero unicorne, remanente uterino rudimentario con hematometra. Los estudios de imagen permitieron confirmar un remanente uterino rudimentario derecho no comunicante, asociado a hematometra, en contexto de útero unicorne izquierdo y agenesia renal derecha. Se realizó exéresis quirúrgica del remanente uterino sin complicaciones. La evolución posoperatoria

fue satisfactoria, con resolución de la sintomatología. En seguimiento, la paciente tuvo más de tres ciclos menstruales sin recurrencia de la dismenorrea.

CONCLUSIÓN: Las anomalías müllerianas obstructivas deben considerarse en adolescentes con dismenorrea severa. El diagnóstico por imagen permite definir la anatomía y planificar el tratamiento. La exéresis del remanente uterino resolvió la hematometra y la sintomatología, con evolución favorable y ausencia de dolor posterior.

Cistoadenomas ováricos: correlación entre hallazgo

ZEUS ANTONIO DE LA CRUZ VÁZQUEZ, GABRIELA ITZEL MAGDALENO MUÑOZ, JAIRO SAUL BAUTISTA HERNÁNDEZ

Hospital General de Tulancingo, Hidalgo.

ANTECEDENTES: Los cistoadenomas serosos y mucinosos son tumores ováricos benignos que pueden presentarse como masas anexiales quísticas. Su evaluación requiere integrar las características ecográficas y los marcadores tumorales con el contexto clínico. La elevación del CA-125 puede observarse en condiciones benignas y, por sí sola, no establece malignidad. El estudio histopatológico permite definir el diagnóstico definitivo.

SERIE DE CASOS: De pacientes con masas anexiales compatibles con cistoadenoma ovarico. Los tres casos tuvieron diagnóstico histopatológico benigno: un cistoadenoma seroso y dos mucinosos. Los diámetros máximos por ultrasonido se reportaron entre 8.3 y 17.3 cm. El CA-125 superó 35 U/mL en los casos 2 y 3; en el caso 3 también se registró cea de 11.28 ng/mL. Estas elevaciones coexistieron con histología benigna.

CONCLUSIÓN: Los tres casos fueron cistoadenomas benignos pese a la variabilidad ecográfica y bioquímica. La correlación entre clínica, ecografía, marcadores tumorales e histopatología permite interpretar estos hallazgos de forma



integral. Por su tamaño y carácter descriptivo, esta serie no permite establecer sensibilidad, especificidad ni asociaciones estadísticas.

Endometriosis profunda vesical y adenomiosis

CLAUDIA YESENIA GUEL MARTÍNEZ

ANTECEDENTES: La endometriosis profunda infiltra más de 5 mm bajo el peritoneo y suele coexistir con adenomiosis. Ambas comparten inflamación y dependencia estrogénica, con peor pronóstico reproductivo cuando se asocian. La cirugía se reserva para el dolor refractario al tratamiento médico. La resonancia magnética (rmn) permite mapear la enfermedad, pero puede subestimar la afectación vesical, lo que influye en la planificación quirúrgica y en el riesgo de lesión urinaria.

CASO CLÍNICO: Paciente de 36 años, nuligesta, atendida en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital general de saltillo. Se revisaron el expediente, la rmn, el ultrasonido, el reporte quirúrgico, la histopatología y el seguimiento hasta el 04/08/2026. La enfermedad se clasificó con #enzian. Se cuenta con consentimiento informado y los datos se anonimizaron.

Con dolor pélvico refractario de 9/10, la rmn mostró adenomiosis, un endometrioma derecho de 7.4 cm y focos pararectales, sin lesión vesical. Se realizó laparoscopia con resección de un nódulo vesical de 3 x 3 cm, perforación vesical reparada, quistectomía bilateral, adenomiomectomía y resección de focos pararectales. La patología confirmó endometriosis, sin evidencia de malignidad. El cistograma no evidenció fuga; hubo infección urinaria por e. Coli blee. Clasificación #enzian: fa, fb, o3. Quedó asintomática.

CONCLUSIÓN: La ausencia de hallazgos vesicales en la rmn no excluye la afectación vesical; la planificación quirúrgica debe considerar una posible lesión urinaria. Después de la cirugía puede considerarse el tratamiento hormonal con seguimiento clínico.

Amenorrea primaria como manifestación de agenesia

ROGELIO CASTILLO LUNA, ARELY CRUZ CARDEÑO, FATIMA DAGMAR LEÓN HERRERA, SERGIO DANIEL DIAZ RAMOS

ANTECEDENTES: Pacientes con amenorrea primaria proceso diagnóstico integral de trastornos del desarrollo

CASO CLÍNICO: Paciente de 17 años de edad con amenorrea primaria en inicio reciente de vida sexual, quien ingresa por desgarro vaginal con sangrado de 2 días de evolución, a la exploración física con caracteres sexuales secundarios poco desarrollados (Tanner II), en estudios de imagen no se identifican gónadas (ultrasonido y resonancia magnética), resultado de cariotipo XY.

La agenesia o disgenesia gonadal es un reto diagnóstico de primera intención, donde surge una sospecha de alteración genética, en este caso a partir de una lesión vaginal, acompañada de datos imagenológicos y el resultado de un cariotipo XY

CONCLUSIÓN: La amenorrea primaria es un signo centinela de trastornos del desarrollo sexual, la ausencia de gónadas en imagen requiere estudios complementarios avanzados, el cariotipo constituye el gold standard diagnóstico y finalmente el retraso diagnóstico impacta negativamente en la salud ósea, endocrina y reproductiva.

Cistoadenoma seroso gigante de ovario

MÓNICA LIZETH VERA FLORES, NÉSTOR JESÚS HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ

ANTECEDENTES: Los cistoadenomas serosos son neoplasias epiteliales benignas del ovario. Las presentaciones gigantes son infrecuentes y su prevalencia no está bien establecida. En una serie de 687 casos, la mediana del diámetro máximo fue de 6.8 cm (rango 1.4–32 cm).

CASO CLÍNICO: Paciente de 51 años con tu-

moración pélvica gigante. Se realizó evaluación clínica, tomografía computarizada, ultrasonido ginecológico con clasificación o-rads 4 y determinación de ca-125. Se efectuó laparotomía exploradora con resección quirúrgica de la tumoración y posterior análisis histopatológico de los especímenes obtenidos. Se identificó tumoración multilobulada dependiente del ovario izquierdo, con componentes de aproximadamente 30 x 30 y 25 x 25 cm, múltiples adherencias a estructuras abdominopélvicas y drenaje inadvertido de 2,100 mL de líquido cetrino. El ultrasonido fue clasificado o-rads 4, sin componentes sólidos ni vascularidad doppler. El estudio histopatológico mostró espacio quístico revestido por epitelio cúbico simple y estroma fibroso, estableciendo el diagnóstico definitivo de cistoadenoma seroso benigno.

CONCLUSIÓN: Los cistoadenomas serosos pueden alcanzar dimensiones excepcionales y ocasionar importante efecto de masa y complejidad quirúrgica. Este caso demuestra que el tamaño y la complejidad anatómica no determinan la naturaleza de la lesión, siendo fundamental la correlación clínica, imagenológica, quirúrgica e histopatológica para establecer el diagnóstico definitivo.

Síndrome de Fitz-Hugh-Curtis

ROMARIO JORGE MALDONADO TOVAR, MARIO ALBERTO OJEDA ARRONA, ROBERTO CARLOS ORNELAS CHÁVEZ, VÍCTOR HUGO ROMERO MEJÍA

ANTECEDENTES: El síndrome de Fitz-Hugh-Curtis es una perihepatitis asociada con enfermedad pélvica inflamatoria, caracterizada por inflamación de la cápsula hepática y peritoneo adyacente, sin afectación del parénquima. Se relaciona principalmente con *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*. Produce dolor pleurítico en hipocondrio derecho, con posible irradiación al hombro, y enzimas hepáticas normales o discretamente elevadas. Puede generar adherencias características en "cuerdas de violín". La infección alcanza el hígado por

diseminación pélvica, linfática o hematógena y puede involucrar mecanismos inmunitarios.

CASO CLÍNICO: Paciente de 47 años que acudió a urgencias por dolor epigástrico con irradiación generalizada y leucorrea abundante y fétida. Ultrasonido y tomografía evidenciaron líquido libre abdominal y pélvico. Se ingresa con diagnóstico de enfermedad pélvica inflamatoria; laboratorios: hemoglobina 12 g/dL, hematocrito 35.2%, leucocitos $4.8 \times 10^3/\mu\text{L}$, plaquetas $68 \times 10^3/\mu\text{L}$, TP 12.4 s, INR 0.99, TTPa 23.7 s, glucosa 108 mg/dL, urea 81 mg/dL, creatinina 1.1 mg/dL; AST 56 U/L, ALT 46 U/L. Se inició antibioticoterapia; ante evolución desfavorable. Se realizó histerectomía total abdominal con salpingooforectomía bilateral. Se identificó absceso pélvico e interasas, epiplón empastado, múltiples adherencias de la cápsula hepática al peritoneo y 1,200 mL de material purulento. Posteriormente ingresó a terapia intensiva. Nueva tomografía mostró colecciones periesplénicas de 300 mL, realizándose laparotomía exploratoria, con absceso perihepático, colección pélvica y múltiples adherencias. Continuó antibioticoterapia y cuidados intensivos, con evolución clínica favorable y resolución progresiva del proceso infeccioso sin nuevas complicaciones.

CONCLUSIÓN: El síndrome de Fitz-Hugh-Curtis es una complicación infrecuente de la enfermedad pélvica inflamatoria que puede evolucionar a infección pélvica y perihepática grave. La identificación quirúrgica de adherencias capsulares hepáticas, absceso perihepático y exudado purulento permitió establecer el diagnóstico, resaltando la importancia de reconocerlo oportunamente ante evolución clínica desfavorable.

Carcinoma ductal infiltrante de mama

GARCÍA PÉREZ ELIZABETH, GUTIÉRREZ CASTAÑEDA MAURICIO RAÚL, GARCÍA MANDUJANO MARIANA LINETE, OSORIO ORTIZ EDGAR URIEL

ANTECEDENTES: El cáncer de mama en mujeres menores de 30 años es poco frecuente y suele



asociarse con subtipos biológicos más agresivos. La coexistencia con lupus eritematoso sistémico incrementa la complejidad diagnóstica y terapéutica por la inmunosupresión crónica y la polifarmacia. Se presenta el caso de una paciente de 28 años con LES y carcinoma ductal invasor de mama, inicialmente enmascarado como absceso mamario y con rápida progresión clínica.

CASO CLÍNICO: Paciente de 28 años con antecedente de LES en tratamiento inmunosupresor. Se revisaron antecedentes clínicos, evolución, ultrasonido mamario, biopsia trucut y tomografía toracoabdominopélvica. El ultrasonido identificó un nódulo complejo birads 4b; la biopsia confirmó carcinoma ductal invasor sin patrón especial, grado histológico III. La tomografía mostró lesión principal de 50x61 mm y lesión satélite de 28x26 mm, clasificándose inicialmente como etapa clínica IIB. La paciente inició tratamiento neoadyuvante por seis ciclos. Durante la evolución tuvo progresión local clínica, con aumento del volumen tumoral y mala relación mama-tumor. Debido a la progresión y al comportamiento biológico agresivo asociado al grado histológico III, se decidió tratamiento quirúrgico mediante mastectomía radical modificada. El caso evidenció una dificultad diagnóstica inicial al simular un proceso infeccioso mamario y una rápida progresión pese al tratamiento neoadyuvante.

CONCLUSIÓN: La coexistencia de LES y cáncer de mama en pacientes jóvenes representa un reto diagnóstico y terapéutico. El enmascaramiento inicial como proceso infeccioso puede retrasar el diagnóstico. La identificación oportuna de la progresión tumoral y la coordinación multidisciplinaria son fundamentales para establecer una estrategia oncológica integral.

Carcinoma cervical poco diferenciado en paciente C

DANIELA PASTOR BIERA, ROGELIO CASTILLO LUNA

ANTECEDENTES: El cáncer cervicouterino constituye un importante problema de salud pública y

es una de las neoplasias malignas ginecológicas que pueden diagnosticarse durante el embarazo. Su presentación durante la gestación es poco frecuente, pero representa un escenario clínico complejo debido a la necesidad de establecer el diagnóstico y planificar el tratamiento considerando simultáneamente las condiciones maternas y fetales.

OBJETIVO: Presentar un caso documentado de cáncer cervicouterino diagnosticado durante el tercer trimestre de embarazo en paciente de 40 años.

CASO CLÍNICO: Se hicieron: seguimiento de paciente mediante revisión de expediente clínico, entrevistas y fotografía clínica así como estudios histopatológicos. Se cuenta con consentimiento informado.

Paciente con resultado histopatológico de carcinoma poco diferenciado de patrón sólido, con células en anillo y necrosis focal presente. Invasión linfovascular no identificada. Como limitación la paciente se envía a tercer nivel para tratamiento, por lo no se cuenta con seguimiento.

CONCLUSIÓN: El carcinoma cervical en el embarazo exige alta sospecha ante síntomas persistentes como sangrado o dolor. La especuloscopia y biopsia permiten el diagnóstico histopatológico temprano. Es vital la referencia oportuna a centros especializados para tratamiento multidisciplinario, aunque la falta de seguimiento limita evaluar el desenlace definitivo materno-fetal.

Perfil inmunohistoquímico en cáncer endometrial

GABRIELA PRIEGO SUÁREZ, JOSE GUADALUPE SOBERANO ALMEIDA

ANTECEDENTES: El cáncer de endometrio es una de las neoplasias ginecológicas más frecuentes. La incorporación de la inmunohistoquímica permite una mejor caracterización molecular, estratificación pronóstica e individualización terapéutica

OBJETIVO: Evaluar la importancia de la inmunohistoquímica preterapéutica en la estratificación pronóstica y selección del tratamiento del cáncer de endometrio.

CASO CLÍNICO: Paciente de 62 años, con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, menopausia a los 40 años y sangrado transvaginal intermitente de un año de evolución, multitratada sin respuesta. El ultrasonido pélvico mostró endometrio de 27.8 mm. La biopsia endometrial reportó adenocarcinoma endometriode. La inmunohistoquímica evidenció pérdida de expresión de mLh1 y pms2, con conservación de msh2 y msh6, compatible con fenotipo dmmr; p53 mostró expresión de tipo silvestre.

La resonancia magnética identificó invasión miometrial mayor del 50%, sin extensión cervical ni alteraciones ováricas; la radiografía de tórax no evidenció metástasis. Se realizó laparotomía exploradora, histerectomía total abdominal, salpingooforectomía bilateral, linfadenectomía pélvica y paraaórtica, omentectomía y biopsias peritoneales. El estudio definitivo confirmó adenocarcinoma endometriode moderadamente diferenciado con invasión miometrial profunda, sin invasión linfovascular ni cervical; anexos y 19 ganglios linfáticos fueron negativos.

CONCLUSIÓN: La inmunohistoquímica permitió identificar un fenotipo dmmr mediante pérdida de mLh1 y pms2, aportando información pronóstica relevante y complementaria para la estratificación e individualización del tratamiento del cáncer de endometrio.

Hipotiroidismo primario grave

AYLIN VICTORIA GUILLÉN DE LA O, MIGUEL ÁNGEL RAMÍREZ MACÍAS, VÍCTOR DANIEL GARCÍA GARCÍA, JUANA YAMIL AVILÉS GÓMEZ

ANTECEDENTES: El sangrado uterino anormal abarca cualquier desviación del ciclo menstrual normal en términos de frecuencia, regularidad, duración o volumen del sangrado. La anormalidad de este es principalmente un trastorno del

eje hipotálamo-hipófisis-ovárico, ya sea por efecto directo o indirecto por su efecto en los órganos diana.

OBJETIVO: Describir la asociación entre el hipotiroidismo primario severo y el sangrado uterino anormal, el cual puede conllevar a un choque hemorrágico, como manifestación inicial de una disfunción tiroidea.

CASO CLÍNICO: Estudio descriptivo realizado en el mes de septiembre de 2026. Reporte del caso de una paciente núbil, sin antecedentes patológicos conocidos, ingresada al servicio de ginecología con un sangrado uterino anormal, el cual se complicó con choque hipovolémico de tipo hemorrágico, con alteración en pruebas de funcionamiento tiroideo. Mostró evolución clínica y bioquímica favorable después del tratamiento simultáneo del sangrado uterino anormal y del hipotiroidismo primario severo.

CONCLUSIÓN: El hipotiroidismo primario severo se debe considerar dentro del diagnóstico diferencial de la menorragia grave, porque puede manifestarse inicialmente con sangrado uterino anormal e incluso choque hemorrágico. En este caso la identificación y tratamiento de la disfunción tiroidea con levotiroxina, en conjunto con el tratamiento hemostático, hormonal, transfusional.

Cistoadenoma ovárico gigante

KATYA MELINA LEÓN PÉREZ, NDRES BUENAZO MENA, MARTÍNEZ VELAZQUILLO CECILIA

ANTECEDENTES: Los tumores ováricos gigantes son infrecuentes en estos días. Las neoplasias epiteliales benignas, como los cistoadenomas, pueden crecer silenciosamente hasta alcanzar dimensiones masivas, dificultando la distinción entre benignidad y malignidad preoperatoria.

CASO CLÍNICO: Femenino, 53 años, postmenopáusica (g3 c3). En el hospital rural de amanalco del instituto mexicano del seguro social en el estado de México. Como antecedentes la paciente



es diabética tipo ii y obesidad grado i. El cuadro clínico se evidencia con aumento progresivo del perímetro abdominal de un año de evolución. En los estudios de imagen se evidencia un tumor multilobulado (9.2 litros aproximadamente) dependiente de ovario izquierdo.

Marcadores tumorales ca 125: 60.9 u/mL; ca 19.9:1160.92

Manejo y hallazgos

se realizó una laparotomía exploradora con adherenciólisis y oo forectomía izquierda.

Dimensiones del tumor de 45 x 30 x 35 cm con cápsula íntegra, contenido sólido quístico. Sangrado de 200mL; sin complicaciones.

La evolución de la paciente cursó con estabilidad hemodinámica postoperatoria con egreso hospitalario exitoso a las 48 horas de vigilancia.

CONCLUSIÓN: El tratamiento quirúrgico completo sin ruptura, junto a una valoración perioperatoria integral, asegura resultados favorables incluso en paciente con riesgo metabólico.

Tumores uterinos de músculo liso de potencial maligno incierto

FERNANDO JOSUÉ INTERIÁN ÁLVAREZ, FLORENCIO CASTILLO HERNÁNDEZ, DIANA LAURA MENDOZA ARCIQUE, BRAYAN JESÚS ORTIZ VILLANUEVA, MARISELA MONTSERRAT LÓPEZ HERNÁNDEZ

ISSSTE

ANTECEDENTES: Los tumores uterinos de músculo liso de potencial maligno incierto (STUMP) constituyen una categoría diagnóstica intermedia entre el leiomioma y el leiomiosarcoma. Su diagnóstico es histopatológico y su comportamiento biológico es impredecible, con posibilidad de recurrencia local o a distancia.

CASO CLÍNICO: Paciente de 79 años con antecedente de resección de stump, quien cinco años después tuvo una nueva tumoración pélvica; el estudio definitivo reportó leiomiosarcoma fusocelular pt1b, FIGO IB. El caso 2

paciente de 44 años con sangrado uterino, dolor pélvico y crecimiento tumoral de dos años de evolución; después histerectomía se confirmó STUMP de 4 cm. El caso 3 paciente de 39 años con leiomiomatosis, sangrado uterino anormal y dismenorrea; la histología mostró STUMP fusocelular.

CONCLUSIÓN: Los STUMP son neoplasias poco frecuentes, de evolución heterogénea y diagnóstico histopatológico. La revisión experta y el seguimiento prolongado e individualizado son fundamentales para detectar recurrencias y optimizar el tratamiento. Esta serie evidencia la necesidad de vigilancia incluso años después del diagnóstico inicial, debido al riesgo de recurrencia tardía.

Mastitis granulomatosa idiopática de progresión

MARIO JAVIER MARTÍNEZ PEREZ, CÁMARA-DOMÍNGUEZ AGUSTÍN, RUEDA-SANTILLAN ELIZABETH, NAVARRETE-JAIMES JUAN CARLOS, PATRICIO JOSÉ CORREA-CÁMARA

Clínica de Mérida

ANTECEDENTES: La mastitis granulomatosa idiopática es una enfermedad inflamatoria benigna infrecuente (incidencia estimada de 2.4 casos por 100,000 mujeres) que puede simular al carcinoma mamario, constituye un diagnóstico de exclusión y carece de guías terapéuticas estandarizadas.

CASO CLÍNICO: Paciente de 34 años que consulta por dolor en mama izquierda sin tumor, progresión rápida a tumoración de 10 cm. BIRADS 0, biopsia compatible con mastitis crónica granulomatosa. Pronto tratamiento médico con antiinflamatorio esteroideo, y antibiótico, valoración preparatoria por cirugía plástica. Se resecta tumoración de 10 cm sin complicaciones se complementa con mastopexia bilateral. Adecuado resultado estético. 12 meses sin reactivación de la enfermedad

CONCLUSIÓN: La histopatología estableció el diagnóstico ante imagen no concluyente. El

tratamiento médico se acompañó de estabilización clínica, y la resección con reconstrucción inmediata resolvió la enfermedad extensa con buen resultado estético. La recurrencia reportada (15-25%) obliga a seguimiento prolongado.

Frecuencia de factores de riesgo en displasia cervical

STEPHANIE VALLE RODRÍGUEZ, HILDA S. HERNÁNDEZ VALADEZ

Antiguo Hospital Civil de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco

ANTECEDENTES: La displasia cervical o NIC es la principal lesión precursora del cáncer cervicouterino, asociada principalmente a infección persistente por VPH de alto riesgo. En México constituye un problema prioritario, con aproximadamente 9,000–10,000 casos nuevos y más de 4,000 defunciones anuales. En Jalisco, la mortalidad alcanza 9.4 defunciones por 100,000 mujeres, afectando principalmente a poblaciones con acceso limitado a programas de tamizaje oportuno.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo en pacientes menores de 35 años con diagnóstico de NIC entre enero de 2025 y enero de 2026, confirmado mediante citología, colposcopia y/o histopatología. Se analizaron edad, inicio de vida sexual, número de parejas, paridad, tabaquismo, infección por VPH y anticoncepción hormonal. Se empleó estadística descriptiva mediante medidas de tendencia central, dispersión, frecuencias y porcentajes. Los datos fueron procesados en Microsoft Excel, garantizando confidencialidad y anonimización.

RESULTADOS: Se incluyeron 100 pacientes con displasia cervical, con edad media de 27.3 ± 5.6 años e IMC de 26.7 ± 6.2 kg/m². Predominaron las lesiones de bajo grado (84%). Los principales factores de riesgo fueron antecedente obstétrico (65%), inicio de vida sexual

antes de los 18 años (58%) y múltiples parejas sexuales (55%), seguidos de tabaquismo (30%), ectropión cervical (23%) y anticonceptivos hormonales (19%). La PCR para VPH se realizó únicamente en 8%.

CONCLUSIÓN: La displasia cervical se asoció principalmente con factores de riesgo modificables, especialmente conductuales, con predominio de lesiones de bajo grado. La baja realización de pruebas de VPH evidencia una brecha en el tamizaje, resaltando la importancia de fortalecer las estrategias de prevención y detección oportuna para modificar la evolución de la enfermedad cervical.

Factores asociados con MGI en HENM 2020 a 2024

GALA GARCÍA ECHEVERRÍA, GENARO VEGA MALAGÓN

HENM Queretaro

ANTECEDENTES: La MGI es una patología que aunque infrecuente puede simular cáncer de mama por lo que caracterizar su presentación, tratamiento y recurrencia resulta esencial para optimizar la atención hospitalaria especializada en mujeres jóvenes mexicanas.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo, transversal y observacional, mediante revisión de 51 expedientes de pacientes atendidas entre enero 2020 y diciembre 2024 que contaran con reporte histopatológico de MGI. Se incluyeron variables sociodemográficas, antropométricas y ginecoobstétricas, así como clínicas. Las variables cualitativas se describieron con frecuencias y porcentajes; las cuantitativas con mediana y percentiles por distribución no normal.

RESULTADOS: Se analizaron 51 pacientes con MGI confirmada histopatológicamente. La edad mediana fue 34 años y la mediana de embarazos, 2. Presentaron lactancia previa 90.20%, obesidad 43.14%, sobrepeso 37.25% y absceso inicial 31.37%. El ultrasonido se registró en 74.51%; entre 47 estudios válidos, 74.47% correspondió a BI-



RADS 4–5. La categoría bi-rads 4a retuvo 36.17% de los registros radiológicos válidos. El diagnóstico ocurrió antes de seis meses en 76.47%. Recibieron tratamiento conservador 68.63%, antibióticos 52.94% y tuvieron recurrencia 54.90%.

CONCLUSIÓN: La investigación identificó las principales características de la mastitis granulomatosa idiopática en la población estudiada, resaltando el antecedente de lactancia materna, obesidad, su presentación inflamatoria, elevada recurrencia y heterogeneidad en el tratamiento. Los resultados permiten establecer una base para mejorar el procedimiento diagnóstico y terapéutico.

Recalibración de un modelo arterial mediante medic

LUIS GABRIEL COSTA FIGUEROA, JOSE ALBERTO CARRANCO MARTÍNEZ, CITLALLI RODRÍGUEZ GALICIA, EUGENIA CORVERA POIRÉ, AIMEE M. TORRES ROJAS,

Hospital General de México Dr. Ciudad de México.

ANTECEDENTES: Los modelos de referencia del árbol arterial sistémico se han desarrollado principalmente a partir de parámetros anatómicos y hemodinámicos obtenidos en poblaciones europeas, lo que puede limitar su aplicabilidad en otros grupos. En Latinoamérica existe escasa información sobre valores vasculares de referencia específicos por población. Dado que las características arteriales y las condiciones de flujo pueden variar entre cohortes, incorporar mediciones clínicas propias permitiría ajustar los modelos existentes y mejorar su capacidad para representar poblaciones específicas.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional prospectivo en mujeres mexicanas sanas de 21-33 años. Mediante ultrasonografía doppler se obtuvieron mediciones del diámetro y curvas de velocidad de flujo de la aorta ascendente y la arteria ilíaca interna derecha. Los parámetros geométricos se utilizaron para reescalar un modelo unidimensional de la red

arterial y la curva aórtica promedio como condición de entrada. El modelo recalibrado se validó comparando la velocidad predicha en la ilíaca interna derecha con las mediciones clínicas de la cohorte.

RESULTADOS: El modelo recalibrado reprodujo adecuadamente la morfología de la curva de velocidad de la arteria ilíaca interna derecha, incluyendo el flujo anterógrado inicial, su inversión y el componente anterógrado de baja amplitud. La velocidad máxima observada fue de 57.6 cm/s, frente a 48.9 cm/s estimados por el modelo recalibrado. En contraste, el modelo basal predijo 125.1 cm/s y no reprodujo la inversión del flujo. Persistieron diferencias entre las duraciones relativas de los componentes de la onda.

CONCLUSIÓN: La recalibración geométrica basada en mediciones clínicas permitió adaptar el modelo arterial a la cohorte estudiada y reproducir adecuadamente la morfología y amplitud de la onda de velocidad en la arteria ilíaca interna. Este enfoque ofrece una estrategia aplicable para desarrollar modelos arteriales específicos de distintas poblaciones utilizando un número limitado de mediciones clínicas.

Incidencia de quistes de ovario en pacientes porta

ISABEL CRISTINA AGUILAR MORAILA, MARÍA FERNANDA PALOMERA GARCÍA, AISLYNN GUADALUPE GARCÍA SOTO, MARÍA LUISA RIVAS LOAIZA, YETZALI GARCÍA SOTO, MANUEL CARDENAS DE LA VEGA

ANTECEDENTES: El DIU de levonorgestrel (DIU-LNG) es un método anticonceptivo de alta eficacia cuyo mecanismo de acción es principalmente local, permitiendo la actividad folicular en la mayoría de las usuarias. Existen diversos estudios a nivel mundial sobre la incidencia de quistes de ovario en pacientes usuarias de dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel, en los cuales reportan resultados donde el uso de lng-iu en el tratamiento de la menorragia estaba

asociado con el desarrollo de quistes ováricos, los cuales no requirieron intervención quirúrgica y mostraron reducción gradual del tamaño y desaparición del mismo, en la mayoría de estos estudios el propósito es analizar la aparición y la historia natural de los quistes ováricos durante el tratamiento con DIU-LNG concluyendo que dichos quistes no requieren intervención médica debido a su regresión espontánea.

MATERIALES Y MÉTODOS: El protocolo consistió en un seguimiento longitudinal de 12 meses con 53 pacientes. El proceso se estructuró en tres fases críticas:

1) tamizaje basal mediante ultrasonido transvaginal previo a la inserción, basado en criterios de inclusión y exclusión; 2) evaluaciones clínicas programadas para monitorear efectos secundarios; 3) mapeo ultrasonográfico de control a los 3 y 6 meses post-colocación para documentar el comportamiento, tamaño y persistencia de cualquier formación quística detectada.

RESULTADOS: Los hallazgos revelaron una incidencia inicial de quistes ováricos del 21% a los 3 meses de seguimiento, cifra que disminuyó significativamente al 11% al cumplirse los 6 meses, demostrando una alta tasa de resolución espontánea. La mayoría de estas formaciones fueron asintomáticas, menores de 3 cm y correspondieron a folículos persistentes, confirmando que, aun cuando el sangrado impredecible inicial es una queja común, los quistes son un efecto secundario transitorio en la mayoría de los casos.

CONCLUSIÓN: Los quistes de ovario asociados al uso de diu-Lng poseen una naturaleza benigna y funcional, con una marcada tendencia a la regresión espontánea sin requerir tratamiento quirúrgico. Es fundamental que el personal de salud fortalezca la consejería previa sobre este fenómeno y los cambios en el patrón de sangrado, promoviendo una conducta de vigilancia ultrasonográfica que evite tratamientos invasivos injustificados y garantice la seguridad de la paciente.

Prevalencia y vigilancia de lesiones escamosas intraepiteliales

ISABEL CRISTINA AGUILAR MORAILA, JAVIER ÁLVAREZ PAYAN, MARÍA FERNANDA PALOMERA GARCÍA, AISLYNN GUADALUPE GARCÍA SOTO, YETZALI GARCÍA SOTO, MANUEL CARDENAS DE LA VEGA

ANTECEDENTES: El cáncer cervicouterino sigue siendo un problema de salud pública a nivel mundial, con aproximadamente 604,127 casos nuevos y 341,831 muertes, ocupando el cuarto lugar en incidencia y mortalidad en mujeres. La infección persistente por el virus del papiloma humano es el principal factor etiológico para el desarrollo de lesiones intraepiteliales y cáncer cervical. Se estima que alrededor del 70% de las lesiones intraepiteliales de bajo grado presentan regresión espontánea, mientras que un menor porcentaje puede persistir o progresar. Diversos estudios han identificado factores asociados como inicio temprano de vida sexual, múltiples parejas sexuales, tabaquismo y condiciones sociodemográficas, los cuales incrementan el riesgo de desarrollar lesiones precursoras.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo, longitudinal y retrospectivo, mediante revisión de expedientes clínicos. Se incluyeron 170 pacientes con diagnóstico de *liebg* atendidas de enero de 2020 a enero de 2025. Recolección de datos se realizó mediante revisión directa de expedientes clínicos institucionales, registrando la información en una base de datos estructurada. Análisis estadístico se efectuó análisis descriptivo mediante frecuencias, porcentajes, tablas y gráficas. Se aplicó prueba de chi-cuadrada para evaluar la asociación entre el tipo de tratamiento y la evolución de las lesiones.

RESULTADOS: La mayoría de las pacientes se concentró en edades reproductivas, con predominio de factores de riesgo como inicio temprano de vida sexual activa y multiparidad. En cuanto al tratamiento, predominó la conducta expectante, acorde a las recomendaciones para *Liebg*. Se observó una alta tasa de regresión



(91.7%), con baja persistencia (6.5%) y mínima progresión (1.9%), sin asociación significativa con el tipo de tratamiento. Sin embargo, solo el 63.5% de las pacientes completó el seguimiento, evidenciando bajo apego al control.

CONCLUSIÓN: Las LIEBG tienen alta tasa de regresión, lo que respalda el tratamiento conservador; sin embargo, el bajo apego al seguimiento limita su adecuada vigilancia, por lo que se requieren estrategias que mejoren el control y detección oportuna de progresión.

Correlación de niveles de vitamina D sérica

DIANA LAURA ACEVES CABRERA, MARÍANA KAPIOLANI LANDEROS PRINTZEN, AMÉRICA AIMÉ CORONA GUTIÉRREZ, EVA ELIZABETH CAMARENA PULIDO
Hospital Civil de Guadalajara Juan I Menchaca, Guadalajara, Jalisco.

ANTECEDENTES: La vitamina D es una hormona esencial para el metabolismo óseo y la función neuromuscular, así como homeostasis del calcio y fósforo. Se ha encontrado relación entre la vitamina D sérica y la adiposidad en las mujeres con climaterio, porque en esta etapa de la mujer, tiende a aumentar el porcentaje de grasa corporal, y a su vez, disminuyen los valores séricos de esta vitamina, repercutiendo en la salud ósea y la predisposición al síndrome metabólico.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio transversal correlacional en mujeres en climaterio, seleccionadas mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Se evaluaron peso, talla, IMC, porcentaje de grasa corporal, características de la menopausia, comorbilidades y vitamina D sérica. Para el análisis se utilizaron t de student o u de Mann-Whitney, c^2 o prueba exacta de Fisher, y correlación de Pearson y regresión lineal para evaluar asociaciones entre variables numéricas.

RESULTADOS: Se analizaron 70 pacientes: 16 tuvieron niveles adecuados de vitamina D, 42 insuficientes y 12 deficientes. El IMC y porcentaje de grasa corporal fueron mayores en mujeres con deficiencia, sin diferencias significativas. Se obser-

vó correlación inversa significativa entre vitamina D e IMC ($p=0.0088$) y peso ($p=0.0206$). El porcentaje de grasa corporal mostró tendencia inversa sin alcanzar significación ($p=0.055$). Después del ajuste multivariado, ninguna variable mantuvo asociación estadísticamente significativa.

CONCLUSIÓN: La vitamina D mostró una relación inversa con el IMC y el peso en el análisis univariado; sin embargo, estas asociaciones perdieron significación después del ajuste multivariado. Se requieren estudios con mayor tamaño muestral para confirmar estos hallazgos.

PCR vs citología en lesiones de alto grado

NORMA LIZETTE ZEA VÁZQUEZ, CASTRO GUTIÉRREZ NATALI
IMSS HGR2 El Marqués, Querétaro.

ANTECEDENTES: El cáncer cervicouterino (CaCu) es una de las principales causas de muerte por cáncer en mujeres a nivel mundial, pero es prevenible. El tamizaje oportuno permite detectar lesiones precursoras y cáncer en etapas tempranas que mejoran el pronóstico y la supervivencia. La citología (Papanicolaou) ha sido el método tradicional; sin embargo, la detección de ADN del VPH mediante PCR ha demostrado mayor sensibilidad, especialmente para lesiones de alto grado.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, observacional efectuado en mujeres de 25 a 65 años que acudieron a tamizaje cervical en nuestro hospital. Métodos de tamizaje: citología (Papanicolaou) y prueba de PCR para VPH (tipos de alto riesgo). Referencia estándar: biopsia cervical (patrón de referencia). Análisis: cálculo de sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN).

RESULTADOS: La PCR para VPH muestra mayor sensibilidad para la detección de lesiones de alto grado, lo que permite identificar a más mujeres en riesgo. Su alto valor predictivo negativo ofrece mayor seguridad para descartar enfermedad. La citología mantiene una alta especificidad, por

lo que puede ser útil en contextos de recursos limitados o como prueba complementaria. La combinación de ambas pruebas podría ser la estrategia más efectiva, especialmente en mujeres mayores de 30 años.

CONCLUSIÓN: El tamizaje con pcr para VPH es más sensible que la citología para la detección de lesiones de alto grado y cáncer cervicouterino. La implementación de PCR en programas de tamizaje puede mejorar la detección temprana y disminuir la mortalidad por CaCu la estrategia optima podría ser la combinación de ambas pruebas, adaptada a cada población y recursos disponibles.

Frecuencia del tratamiento quirúrgico en pacientes con

KAREN MARLEN PONCE QUIRARTE, ANA CAROLINA CERDA CHÁVEZ, NICOLE MACÍAS LOZANO, PAOLA CRISTINA RAYGOZA MURILLO, RUTH CAROLINA ESTRADA HURTADO

Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco.

ANTECEDENTES: La enfermedad pélvica inflamatoria (es una causa importante de morbilidad ginecológica en mujeres en edad reproductiva. Comprende infecciones ascendentes del tracto genital superior que afectan endometrio, trompas, ovarios y estructuras adyacentes. Su etiología suele ser polimicrobiana, incluyendo microorganismos de transmisión sexual, anaerobios y microbiota vaginal. Aunque generalmente responde a antibióticos, puede complicarse con absceso tuboovárico, peritonitis o sepsis, requiriendo control quirúrgico del foco infeccioso. Las técnicas mínimamente invasivas han modificado su tratamiento, pero algunas pacientes todavía requieren una laparotomía.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo, basado en la revisión de una base de datos que incluyó 37 pacientes con diagnóstico de enfermedad pélvica inflamatoria atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Civil de Guadalajara

Fray Antonio Alcalde, durante periodo de enero 2025 a diciembre 2025.

RESULTADOS: Se describieron 35 pacientes con diagnóstico de epi, excluyendo los extremos de la vida (16 y 83 años). la media de la edad fue de 35.7 años, 15 mujeres (40.5%) recibieron tratamiento médico con antibiótico y 22 mujeres (59.4%) tratamiento quirúrgico. De las 22 pacientes que requirieron tratamiento quirúrgico mediante laparotomía, se realizó salpingectomía uni o bilateral en 14 (63.6%); en 7 (31.8%) se realizó ooforectomía unilateral o bilateral y en las 4 restantes (18.1%) hubo necesidad de histerectomía total.

CONCLUSIÓN: La enfermedad pélvica inflamatoria es una patología de gran impacto quirúrgico y reproductivo. El diagnóstico temprano y la atención oportuna disminuye la necesidad de procedimientos quirúrgicos y sus consecuencias a largo plazo.

Recalibración de un modelo arterial mediante medic

LUIS GABRIEL COSTA FIGUEROA, JOSÉ ALBERTO CARRANCO MARTÍNEZ, CITLALLI RODRÍGUEZ GALICIA, EUGENIA CORVERA POIRÉ, AIMEE M. TORRES ROJAS

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

ANTECEDENTES: Los modelos de referencia del árbol arterial sistémico se han desarrollado principalmente a partir de parámetros anatómicos y hemodinámicos obtenidos en poblaciones europeas, lo que puede limitar su aplicabilidad en otros grupos. En latinoamérica existe escasa información sobre valores vasculares de referencia específicos por población. Dado que las características arteriales y las condiciones de flujo pueden variar entre cohortes, incorporar mediciones clínicas propias permitiría ajustar los modelos existentes y mejorar su capacidad para representar poblaciones específicas.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacio-



nal prospectivo en mujeres mexicanas sanas de 21-33 años. Mediante ultrasonografía doppler se obtuvieron mediciones del diámetro y curvas de velocidad de flujo de la aorta ascendente y la arteria ilíaca interna derecha. Los parámetros geométricos se utilizaron para reescalar un modelo unidimensional de la red arterial y la curva aórtica promedio como condición de entrada. El modelo recalibrado se validó comparando la velocidad predicha en la ilíaca interna derecha con las mediciones clínicas de la cohorte.

RESULTADOS: El modelo recalibrado reprodujo adecuadamente la morfología de la curva de velocidad de la arteria ilíaca interna derecha, incluyendo el flujo anterógrado inicial, su inversión y el componente anterógrado de baja amplitud. La velocidad máxima observada fue de 57.6 cm/s, frente a 48.9 cm/s estimados por el modelo recalibrado. En contraste, el modelo basal predijo 125.1 cm/s y no reprodujo la inversión del flujo. Persistieron diferencias entre las duraciones relativas de los componentes de la onda.

CONCLUSIÓN: La recalibración geométrica basada en mediciones clínicas permitió adaptar el modelo arterial a la cohorte estudiada y reproducir adecuadamente la morfología y amplitud de la onda de velocidad en la arteria ilíaca interna. Este enfoque ofrece una estrategia aplicable para desarrollar modelos arteriales específicos de distintas poblaciones utilizando un número limitado de mediciones clínicas.

Incidencia de quistes de ovario en pacientes con DIU-LNG

ISABEL CRISTINA AGUILAR MORAILA, MARÍA FERNANDA PALOMERA GARCÍA, AISLYNN GUADALUPE GARCÍA SOTO, MARÍA LUISA RIVAS LOAIZA, YETZALI GARCÍA SOTO

ANTECEDENTES: El DIU de levonorgestrel (DIU-LNG) es un método anticonceptivo de alta eficacia cuyo mecanismo de acción es principalmente local, permitiendo la actividad folicular en la mayoría de las usuarias. Existen diversos

estudios a nivel mundial sobre la incidencia de quistes de ovario en pacientes usuarias de dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel, en los cuales reportan resultados donde el uso de LNG-IU en el tratamiento de la menorragia estaba asociado con el desarrollo de quistes ováricos, los cuales no requirieron intervención quirúrgica y mostraron reducción gradual del tamaño y desaparición del mismo. En la mayoría de estos estudios el propósito es analizar la aparición y la historia natural de los quistes ováricos durante el tratamiento con DIU-LNG concluyendo que dichos quistes no requieren intervención médica debido a su regresión espontánea.

MATERIALES Y MÉTODOS: El protocolo consistió en un seguimiento longitudinal de 12 meses con 53 pacientes. El proceso se estructuró en tres fases críticas:

1) tamizaje basal mediante ultrasonido transvaginal previo a la inserción, basado en criterios de inclusión y exclusión; 2) evaluaciones clínicas programadas para monitorear efectos secundarios; 3) mapeo ultrasonográfico de control a los 3 y 6 meses post-colocación para documentar el comportamiento, tamaño y persistencia de cualquier formación quística detectada.

RESULTADOS: Los hallazgos revelaron una incidencia inicial de quistes ováricos del 21% a los 3 meses de seguimiento, cifra que disminuyó significativamente al 11% al cumplirse los 6 meses, demostrando una alta tasa de resolución espontánea. La mayoría de estas formaciones fueron asintomáticas, menores de 3 cm y correspondieron a folículos persistentes, confirmando que, aunque el sangrado impredecible inicial es una queja común, los quistes son un efecto secundario transitorio en la mayoría de los casos.

CONCLUSIÓN: Se concluye que los quistes de ovario asociados al uso de DIU-LNG poseen una naturaleza benigna y funcional, con una marcada tendencia a la regresión espontánea sin requerir tratamiento quirúrgico. Es fundamental que el personal de salud fortalezca la consejería previa sobre este fenómeno y los cambios en el patrón de sangrado, promoviendo una conducta

de vigilancia ultrasonográfica que evite tratamientos invasivos injustificados y garantice la seguridad de la paciente.

Prevalencia y vigilancia de lesiones escamosas int

ISABEL CRISTINA AGUILAR MORAILA, JAVIER ÁLVAREZ PAYAN, MARÍA FERNANDA PALOMERA GARCÍA, AISLYNN GUADALUPE GARCÍA SOTO, YETZALI GARCÍA SOTO

Hospital Dr. Manuel Cárdenas de la Vega ISSSTE.

ANTECEDENTES: El cáncer cervicouterino continúa siendo un problema de salud pública a nivel mundial, con aproximadamente 604,127 casos nuevos y 341,831 muertes, ocupando el cuarto lugar en incidencia y mortalidad en mujeres. La infección persistente por el virus del papiloma humano es el principal factor etiológico para el desarrollo de lesiones intraepiteliales y cáncer cervical. Se estima que alrededor del 70% de las lesiones intraepiteliales de bajo grado presentan regresión espontánea, mientras que un menor porcentaje puede persistir o progresar. Diversos estudios han identificado factores asociados como inicio temprano de vida sexual, múltiples parejas sexuales, tabaquismo y condiciones sociodemográficas, los cuales incrementan el riesgo de desarrollar lesiones precursoras.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo, longitudinal y retrospectivo, mediante revisión de expedientes clínicos. Se incluyeron 170 pacientes con diagnóstico de liebg atendidas de enero de 2020 a enero de 2025. Recolección de datos se realizó mediante revisión directa de expedientes clínicos institucionales, registrando la información en una base de datos estructurada. Análisis estadístico se efectuó análisis descriptivo mediante frecuencias, porcentajes, tablas y gráficas. Se aplicó prueba de chi-cuadrada para evaluar la asociación entre el tipo de tratamiento y la evolución de las lesiones.

RESULTADOS: La mayoría de las pacientes

se concentró en edades reproductivas, con predominio de factores de riesgo como inicio temprano de vida sexual activa y multiparidad. En cuanto al tratamiento, predominó la conducta expectante, acorde a las recomendaciones para LIEBG. Se observó una alta tasa de regresión (91.7%), con baja persistencia (6.5%) y mínima progresión (1.9%), sin asociación significativa con el tipo de tratamiento. Sin embargo, solo el 63.5% de las pacientes completó el seguimiento, evidenciando bajo apego al control.

CONCLUSIÓN: Las LIEBG presentan alta tasa de regresión, lo que respalda el tratamiento conservador; sin embargo, el bajo apego al seguimiento limita su adecuada vigilancia, por lo que se requieren estrategias que mejoren el control y detección oportuna de progresión.

Correlación de concentraciones de vitamina D sérica

DIANA LAURA ACEVES CABRERA, MARÍANA KAPIOLANI LANDEROS PRINTZEN, AMÉRICA AIMÉ CORONA GUTIÉRREZ, EVA ELIZABETH CAMARENA PULIDO

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

ANTECEDENTES: La vitamina D es una hormona esencial para el metabolismo óseo y la función neuromuscular, así como homeostasis del calcio y fósforo. Se ha encontrado relación entre la vitamina D sérica y la adiposidad en las mujeres con climaterio, porque en esta etapa de la mujer, tiende a aumentar el porcentaje de grasa corporal, y a su vez, disminuyen los valores séricos de esta vitamina, repercutiendo en la salud ósea y la predisposición al síndrome metabólico.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio transversal correlacional en mujeres en climaterio, seleccionadas mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Se evaluaron peso, talla, IMC, porcentaje de grasa corporal, características de la menopausia, comorbilidades y vitamina D sérica. Para el análisis se utilizaron t de Student o U



de Mann-Whitney, c^2 o prueba exacta de Fisher, y correlación de Pearson y regresión lineal para evaluar asociaciones entre variables numéricas.

RESULTADOS: Se analizaron 70 pacientes: 16 tuvieron niveles adecuados de vitamina D, 42 insuficientes y 12 deficientes. El IMC y porcentaje de grasa corporal fueron mayores en mujeres con deficiencia, sin diferencias significativas. Se observó correlación inversa significativa entre vitamina D e IMC ($p = 0.0088$) y peso ($p = 0.0206$). El porcentaje de grasa corporal mostró tendencia inversa sin alcanzar significación ($p = 0.055$). Después del ajuste multivariado, ninguna variable mantuvo asociación estadísticamente significativa.

CONCLUSIÓN: La vitamina D mostró una relación inversa con el IMC y el peso en el análisis univariado; sin embargo, estas asociaciones perdieron significación después del ajuste multivariado. Se requieren estudios con mayor tamaño muestral para confirmar estos hallazgos.

Frecuencia del tratamiento quirúrgico en pacientes con enfermedad pélvica inflamatoria

KAREN MARLEN PONCE QUIRARTE, ANA CAROLINA CERDA CHÁVEZ, NICOLE MACÍAS LOZANO, PAOLA CRISTINA RAYGOZA MURILLO, RUTH CAROLINA ESTRADA HURTADO

Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco.

ANTECEDENTES: La enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) es una causa importante de morbilidad ginecológica en mujeres en edad reproductiva. Comprende infecciones ascendentes del tracto genital superior que afectan endometrio, trompas, ovarios y estructuras adyacentes. Su etiología suele ser polimicrobiana, incluyendo microorganismos de transmisión sexual, anaerobios y microbiota vaginal. Aunque generalmente responde a antibióticos, puede complicarse con absceso tuboovárico, peritonitis o sepsis, requiriendo control quirúrgico del foco infeccioso. Las técnicas mínimamente invasivas

han modificado su tratamiento, pero algunas pacientes todavía requieren una laparotomía.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo, basado en la revisión de una base de datos que incluyó 37 pacientes con diagnóstico de enfermedad pélvica inflamatoria atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, durante periodo de enero 2025 a diciembre 2025. Las variables analizadas son tratamiento antibiótico, quirúrgico, tipo de procedimiento quirúrgico.

RESULTADOS: Se describieron 35 pacientes con diagnóstico de EPI, excluyendo los extremos de la vida (16 y 83 años). La media de la edad fue de 35.7 años, 15 mujeres (40.5%) recibieron tratamiento médico con antibiótico y 22 mujeres (59.4%) tratamiento quirúrgico. De las 22 pacientes que requirieron tratamiento quirúrgico mediante laparotomía, se realizó salpingectomía uni o bilateral en 14 (63.6%); en 7 (31.8%) se realizó ooforectomía unilateral o bilateral y en las 4 restantes (18.1%) hubo necesidad de histerectomía total.

CONCLUSIÓN: La enfermedad pélvica inflamatoria es una patología de gran impacto quirúrgico y reproductivo. El diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno disminuye la necesidad de procedimientos quirúrgicos y sus consecuencias a largo plazo.



Aparato genital inferior

Enfermedad de Paget extramamaria vulvar

ALEJANDRA GUTIÉRREZ RAMOS

ANTECEDENTES: La enfermedad de Paget extramamaria vulvar es una neoplasia infrecuente cuyo aspecto clínico puede confundirse con dermatosis, infecciones o procesos inflamatorios benignos, favoreciendo tratamientos empíricos y retrasdespués diagnóstico. La persistencia de una lesión vulvar refractaria debe considerarse un signo de alarma.

CASO CLÍNICO: Paciente de 69 años con lesión vulvar crónica, integrando antecedentes, evolución clínica, exploración física, estudios microbiológicos, imagen y hallazgos histopatológicos. Desde noviembre de 2025 tuvo prurito, ardor, sequedad vaginal y lesiones vulvares inicialmente consideradas de origen infeccioso. Recibió antibióticos, aciclovir, hidrocortisona, óxido de zinc y estrógeno tópico, sin mejoría. La exploración mostró placas eritematosas de bordes irregulares, superficie eccematosas, descamación, erosiones, áreas blanquecinas e hiperpigmentación, con predominio en labios menores y extensión a labios mayores. El cultivo vulvar reportó *Enterococcus faecalis*, sin explicar la persistencia de las lesiones. La biopsia realizada el 21 de mayo de 2026 mostró células epiteloides atípicas distribuidas en la epidermis, compatibles con enfermedad de Paget extramamaria vulvar. La mastografía fue BI-RADS 2. No fue posible realizar inmunohistoquímica, por lo que el origen primario o secundario permanece por caracterizar.

CONCLUSIÓN: La enfermedad de Paget extramamaria vulvar debe considerarse ante lesiones vulvares crónicas, eccematosas o refractarias al tratamiento convencional. La persistencia y falta de respuesta terapéutica deben impulsar la reevaluación diagnóstica y la realización oportuna de biopsia.

Célula madre basal embrionaria residual y HPV16 en

ELISA ADRIANA MUCIÑO LUGO, TONATZIN NATALIA CORTÉS MIJANGOS, ALFREDO ALANIZ SÁNCHEZ

IMSS Hospital de Ginecopediatría 3A

ANTECEDENTES: El cáncer de cuello uterino (CaCu) ocupa el cuarto lugar en morbilidad en el mundo, en México ocupa el segundo lugar. Se espera aumento del 81% para 2050. Se han postulado múltiples teorías para el origen del CaCu, pero ninguna ha sido totalmente aceptada. HPV16 es el agente causal necesario para desarrollar todos los tipos de cáncer cervical, por sí solo lo causa en 60% del CaCu en el mundo, pero requiere de otros factores intra y extracelulares para originarlo.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó una búsqueda en línea en Google, PubMed y Google Scholar. Se identificaron 38 artículos sobre células madre embrionarias, 278 sobre células madre y su potencial, 238 sobre células madre del cáncer y 20 sobre células madre del cáncer de cuello uterino. Los artículos sobre células madre embrionarias se subdividieron por periodo:



cinco correspondieron al primer trimestre de la gestación, siete al segundo y cuatro al tercero; además, cinco correspondieron a la etapa premenopáusica y uno a la posmenopáusica.

RESULTADOS: Estas células son de origen mesodérmico, observándolas a las 5-9 semanas de gestación y a las 20-24 semanas de gestación subcolumnarmente, siempre en el canal endocervical. Son multipotentes, escasas, aisladas y quiescentes, con capacidad de autorrenovarse y diferenciarse en cualquier línea celular por metaplasia. Realizan división simétrica (ciclo lento), si son infectadas por HPV16 causarán infección persistente y cáncer cervical a largo plazo. En la asimétrica (ciclo rápido: células cat) si son las infectadas, causarán infección transitoria y son eliminadas por descamación.

CONCLUSIÓN: Todos los tipos histológicos del cáncer de cuello uterino se originan por una o pocas células madre basales embrionarias residuales transformada por HPV16, permitiéndoles conservar sus propiedades, controlar su destino final y establecer un reservorio viral.

¿por qué HPV16 tiene afinidad por estas células? Se desconoce. Se requieren mayores investigaciones.

Reporte histopatológico de LIEBG por citología

ERICKA HAZZEL CONTRERAS FLORES, FABIAN HILARIO MENDOZA PEDRAZA, LEÓN SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, GUSTAVO CHÁVEZ GÓMEZ, HUGO ALBERTO CHÁVEZ VEGA

Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer

ANTECEDENTES: Resultado histopatológico en pacientes referidas con citología en base líquida liebg (2023–2025).

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, descriptivo. Población: universo $n = 429$; muestra aleatoria $n = 71$ pacientes con liebg. Análisis: spss v26, estadística descriptiva y concordancia mediante kappa de cohen (kappa) con ic 95%.

RESULTADOS: Edad promedio: 38.3 años .inicio

de vida sexual activa (ivsa): 17.6 años | parejas sexuales: 2.9.comorbilidades: presentes en el 26.8% (dm2: 19.7%, has: 4.2%, asma: 2.8%, vih: 1.4% concordancia cito-histopatológica Índice kappa de cohen:kappa = 0.38 (ic 95%: 0.24 – 0.52) concordancia leve a moderada.

CONCLUSIÓN: Existe una alta subestimación diagnosticada: el 32.4% de las pacientes con citología liebg tuvo en realidad una lesión de alto grado (nic 2: 26.8%, nic 3: 5.6%), lo que valida la histopatología definitiva. El impacto del genotipo viral 16 y 18 se asoció fuertemente con la presencia de nic 2+ (81.8%) frente a otros genotipos de alto riesgo (23.5%) y es indispensable para la estratificación del riesgo y el seguimiento estrecho. Se propone incorporar marcadores epigenéticos, como dianas de tratamiento a corto plazo.

Reporte histopatológico de LIEBG por citología

ERICKA HAZZEL CONTRERAS FLORES, FABIAN HILARIO MENDOZA PEDRAZA, LEÓN SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, GUSTAVO CHÁVEZ GÓMEZ, HUGO ALBERTO CHÁVEZ VEGA

Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer

ANTECEDENTES: Resultado histopatológico en pacientes referidas con citología en base líquida liebg (2023–2025)

MATERIALES Y MÉTODOS: Diseño: retrospectivo, descriptivo. Población: universo $n = 429$; muestra aleatoria $n = 71$ pacientes con liebg. Análisis: spss v26, estadística descriptiva y concordancia mediante kappa de cohen (kappa) con ic 95%.

RESULTADOS: Edad promedio: 38.3 años .inicio de vida sexual activa (ivsa): 17.6 años | parejas sexuales: 2.9.comorbilidades: presentes en el 26.8% (dm2: 19.7%, has: 4.2%, asma: 2.8%, vih: 1.4% concordancia cito-histopatológica Índice kappa de cohen:kappa = 0.38 (IC95%: 0.24 -0.52) concordancia leve a moderada.

CONCLUSIÓN: Existe una alta subestimación diagnosticada: el 32.4% de las pacientes con

citología liebg tuvo en realidad una lesión de alto grado (nic 2: 26.8%, nic 3: 5.6%), lo que valida la histopatología definitiva. El impacto del genotipo viral 16 y 18 se asoció fuertemente con la presencia de nic 2+ (81.8%) frente a otros ge-

notipos de alto riesgo (23.5%) y es indispensable para la estratificación del riesgo y el seguimiento estrecho. Se propone incorporar marcadores epigenéticos, como dianas de tratamiento a corto plazo.



Endoscopia

Factores predictores de hemorragia HTL

LEONCIO EDUARDO JIMÉNEZ ALFONSO, ERICK ANTONIO CHE CORREA, TOMÁS ALEJANDRO QUE PATIÑO, VÍCTOR HUGO CARMONA ORNELAS

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

ANTECEDENTES: A pesar de sus múltiples ventajas, la histerectomía laparoscópica no está exenta de riesgos; uno de ellos es la hemorragia intraoperatoria. Factores como el gran tamaño uterino, las cirugías abdominales previas, el tiempo quirúrgico y la experiencia del cirujano pueden influir en esta complicación o predecirla. Por lo anterior, identificar estos factores permitirá mejorar el planteamiento quirúrgico previo e influir positivamente en los resultados perioperatorios.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, longitudinal, analítico y comparativo. Se incluyeron 268 pacientes entre septiembre de 2024 y enero de 2026. La variable dependiente (hemorragia transoperatoria) se dicotomizó < 100 mL o > 100 mL. Para determinar el valor predictivo se utilizó un modelo de regresión logística binaria.

RESULTADOS: En nuestro estudio, la hemorragia tuvo un promedio de 146.9 mL y una mediana de 100 mL. El análisis mostró significación estadística para la experiencia del cirujano, con un valor de $p < 0.001$. El resto de las variables no fue estadísticamente significativo.

CONCLUSIÓN: Después de 6 meses de en-

trenamiento, se desarrolla cierta experiencia quirúrgica que influye en presentar un menor riesgo de hemorragia transoperatoria, lo que se traduce en mejores resultados perioperatorios en la pacientes del área de ginecología del Hospital General de México.

Histerectomía total laparoscópica en útero

HILDA ANDREA LÓPEZ RAMÍREZ, JOSÉ RAMON RIVERA RUIZ, BRENDA GUADALUPE CASTILLO TREJO

Practica privada.

ANTECEDENTES: Los leiomiomas son la causa estructural más frecuente de sangrado uterino anormal (categoría I de la clasificación palm-coein de figo). En pacientes sin deseo reproductivo, la histerectomía es el tratamiento definitivo. Cuando es factible, se recomienda la vía vaginal o laparoscópica sobre la abdominal por su menor morbilidad y recuperación más rápida. Sin embargo, el útero de gran volumen (1 kg o más) se ha considerado tradicionalmente una indicación de laparotomía.

MATERIALES Y MÉTODOS: Reporte de caso. Se revisaron el expediente clínico, la nota quirúrgica y el reporte histopatológico. Además, se hizo una revisión de la bibliografía en journal of minimally invasive gynecology, obstetrics & gynecology, new england journal of medicine, international journal of gynecology & obstetrics y cochrane database of systematic reviews.

RESULTADOS: Paciente de 49 años con sangrado uterino anormal secundario a útero miomatoso

de grandes elementos. En medio privado se realizó histerectomía total laparoscópica con salpingooforectomía derecha, conservando el ovario izquierdo. Se utilizaron solo tres puertos: uno de 10 mm para la cámara y dos accesorios de 5 mm. La pieza se fragmentó con morcelador dentro de bolsa de contención y se extrajo por vía vaginal. El tiempo quirúrgico fue de 180 minutos, con sangrado mínimo y sin complicaciones. La paciente se dio de alta a las 24 horas con evolución favorable. La pieza pesó 2,501 g y midió 30.4 x 18.0 cm. La histopatología reportó leiomiomas múltiples de tipo convencional con degeneración hialina, endometrio atrófico, cervicitis crónica leve, quistes de naboth y ovario con cuerpos blancos, todo negativo para malignidad.

CONCLUSIÓN: El tamaño del útero por sí solo no contraindica la cirugía de mínima invasión. En manos experimentadas, la histerectomía total laparoscópica con solo tres puertos es una opción factible y segura aun en úteros de más de 2 kg, siempre con evaluación preoperatoria del riesgo de malignidad y una técnica de extracción planificada.

Sangrado posmenopáusico histeroscopia/histología

VÍCTORIA MARTÍNEZ GAYTÁN, MARÍA VANESSA SÁNCHEZ MARTÍNEZ, EMMANUEL EDÉN DE LOS REYES SALINAS, MARISELA CASTAÑEDA DÍAZ, LUIS OSWALDO DE LA O PÉREZ

Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco Obstetricia 23.

ANTECEDENTES: El sangrado posmenopáusico se define como cualquier sangrado vaginal en una mujer posmenopáusica que no recibe terapia de reemplazo hormonal, o como un sangrado no programado durante dicha terapia. La histeroscopia es un procedimiento de mínima invasión que permite observar el interior del útero y tomar biopsias.

MATERIALES Y MÉTODOS: Observacional, transversal, analítico y retrospectivo con pacien-

tes del servicio de biología de la reproducción que llevaron protocolo de estudio por sangrado posmenopáusico y que recibieron tratamiento mediante histeroscopia y las muestrastras enviadas a patología para su reporte histopatológico.

RESULTADOS: Las lesiones benignas se reportaron en un 88% en pacientes con sangrado posmenopáusico, encontrando con mayor frecuencia pólipos endometriales y atrofia.

Las lesiones malignas se reportaron en el 10.8%; la hiperplasia endometrial con atipia fue la de mayor prevalencia.

CONCLUSIÓN: La histeroscopia presentó un alto rendimiento diagnóstico 96.4% sensibilidad 67%, especificidad 100 vpp de 100.0%, y vpn de 96.1% la histeroscopia es superior a otros estudios por su precisión ofrece una tasa de acierto muy superior a las biopsias ciegas o los estudios de ultrasonido cuando estos últimos no son concluyentes.

Pancreatitis e hiperemesis en embarazo gemelar

MARÍANA NUÑEZ VELÁZQUEZ, MELANIE GUILLÉN MARTÍNEZ, MARIO ONUMA OKAMOTO

ANTECEDENTES: La hiperémesis gravídica afecta del 0.3 al 3% de los embarazos y la gestación múltiple es un factor de riesgo establecido. La pancreatitis aguda es una complicación infrecuente del embarazo; el lodo biliar y la litiasis son sus causas más frecuentes. El embarazo disminuye la motilidad vesicular y hace la bilis más litogénica, y el ayuno prolongado con nutrición parenteral añade estasis y formación de lodo. Su asociación con hiperémesis de evolución prolongada está escasamente documentada.

CASO CLÍNICO: Primigesta de 31 años con embarazo gemelar bicorial-biamniótico por fertilización in vitro, ingresada a las 9 semanas 6 días por hiperémesis refractaria, con pérdida de 12% del peso pregestacional, intolerancia completa a la vía oral y puque de hasta 15 puntos. Se realizó vigilancia clínica diaria, determinaciones seriadas de lipasa, amilasa, pruebas de función



hepática y electrolitos, y ultrasonidos abdominales de control. El diagnóstico se estableció según los criterios de Atlanta revisados.

Al sexto día se inició nutrición parenteral. Al noveno la lipasa fue de 1,119 u(L, sin dolor abdominal, y el ultrasonido mostró páncreas de bordes irregulares con cambios inflamatorios leves y vesícula con abundante lodo biliar. Con triglicéridos normales se integró pancreatitis aguda leve y tratamiento conservador. La lipasa alcanzó 1,982 u(L y se mantuvo más de tres veces por arriba del límite superior siete semanas, con ultrasonidos normales, hasta descender a 469 u(L junto con la mejoría clínica.

CONCLUSIÓN: El ayuno prolongado y la nutrición parenteral favorecen la estasis vesicular y el lodo biliar, mecanismo capaz de desencadenar pancreatitis aguda en la hiperémesis prolongada. La elevación marcada de lipasa no basta para el diagnóstico; la imagen seriada resulta determinante.

Embarazo ectópico en cicatriz de cesárea previa

ROSALBA TRUJILLO MARTÍNEZ, LUIS OSWALDO DE LA O PÉREZ, MARISELA CASTAÑEDA DÍAZ, HÉCTOR RENÉ ZAMORA ANDRADE

ANTECEDENTES: El embarazo en cicatriz de cesárea es una implantación ectópica en el defecto miometrial de una cesárea previa asociada con riesgo de hemorragia masiva y ruptura uterina. El tratamiento debe individualizarse según los hallazgos y el deseo reproductivo.

CASO CLÍNICO: Paciente de 36 años con dos cesáreas previas y deseo reproductivo no satisfecho. Ingresó asintomática con retraso menstrual. El ultrasonido transvaginal doppler identificó saco gestacional a nivel de cara anterior de istmo uterino, grosor miometrial 2 mm, embrión 51 mm para 8.6 semanas de gestación, fcf 150 lpm. Se realizó por histerolaparoscopia disección vesicouterina, infiltración miometrial con vasopresina, incisión transversa sobre el defecto, extracción de tejido trofoblástico y embrión, re-

sección de istmocele, evaluación histeroscópica, aspiración manual endouterina complementaria e histerorrafia en dos planos. Se encontró útero 12x8 cm, con aumento volumen y vascularización ístmica, saco gestacional con embrión sin latido cardíaco.

CONCLUSIÓN: El diagnóstico oportuno de embarazo ectópico en cicatriz de cesárea permite planificar un tratamiento individualizado. El procedimiento laparoscópico facilita la resección del tejido trofoblástico, el control de la hemostasia y reparación del defecto miometrial bajo visión directa, constituyendo una opción para conservar el útero en pacientes con deseo reproductivo.

Cerclaje Benson: una técnica, otra perspectiva

ALEJANDRO ROBERTO PLIEGO PÉREZ, SYLVIA YESSICA ROCHA GARCÍA, MARÍANA VALENCIA CASARRUBIAS, CARLOS QUESNEL, RAFAEL BRICEÑO HERNÁNDEZ

Hospital Ángeles Lomas, Huixquilucan, Estado de México.

ANTECEDENTES: Las indicaciones de cerclaje se clasifican: por antecedente, con pérdidas en el segundo trimestre, realizándose entre las semanas 12 y 14; por ecografía, con antecedente de parto pretérmino y longitud cervical menor a 25 mm; y por exploración, ante dilatación asintomática. Las técnicas quirúrgicas incluyen el tratamiento cervical y el abdominal tipo Benson, indicado en insuficiencia de cerclaje cervical o limitaciones anatómicas.

CASO CLÍNICO: Paciente

RESULTADOS: Se trata de femenino de 29 años, con embarazo de 11.6 semanas y diagnóstico de insuficiencia cervical por antecedente. Gesta 7, partos 3, cesárea 1, abortos 2. De antecedentes de importancia, sus gestas en donde destaca dos abortos del segundo trimestre, y un parto pretérmino en la semana 30. Se realizó cerclaje abdominal tipo Benson mediante cirugía de mínima invasión sin complicaciones, co-

robórandose adecuada colocación mediante ultrastrasonido.

CONCLUSIÓN: El cerclaje abdominal es una alternativa clave cuando fracasa el cerclaje vaginal o existen limitaciones anatómicas. Reduce significativamente el riesgo de parto pretérmino y mejora los resultados neonatales. Puede realizarse antes de la concepción o al inicio del embarazo. Requiere experiencia quirúrgica especializada y una evaluación individualizada de cada paciente.

Hemihisterectomía izquierda laparoscópica

BRENDA SÁNCHEZ RAMÍREZ, SILVIA GABRIELA LICEA CONTRERAS

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

ANTECEDENTES: La asociación Murcs es un espectro complejo del desarrollo mülleriano caracterizado por anomalías uterinas, renales y esqueléticas cervicotorácicas. El tratamiento interdisciplinario es fundamental para proporcionar un enfoque integral, coordinado y con mejores resultados. El tratamiento mínimamente invasivo es de elección en casos obstructivos, al permitir la resolución del dolor pélvico incapacitante, preservar el potencial reproductivo, disminuir la morbilidad y formación de adherencias posquirúrgicas.

CASO CLÍNICO: Paciente de 16 años, nuligesta, con antecedente apendicectomía y cistectomía izquierda por endometrioma. Con dismenorrea severa e incapacitante desde la menarca. A la exploración física destaca talla baja y escoliosis toracolumbar de convexidad derecha. La resonancia magnética pélvica reveló riñón ectópico pélvico izquierdo, hemiútero derecho comunicante y hemiútero izquierdo cavitado no comunicante con hematometra.

RESULTADOS: Se realizó hemihisterectomía izquierda laparoscópica, adherenciólisis, histeroscopia con colocación de dispositivo

intrauterino medicado y cistoscopia con colocación y retiro transoperatorio de catéteres luminosos bilaterales debido a la distorsión anatómica por el riñón ectópico.

El tiempo quirúrgico fue de 4 horas 30 minutos, con sangrado estimado de 50 mL y egreso a domicilio a las 48 horas. A los seis meses de seguimiento, la paciente continúa asintomática. El resultado de patología reporta músculo liso y tejido fibroconectivo con tejido endometrial.

CONCLUSIÓN: El tratamiento laparoscópico es el estándar para la resección de remanentes müllerianos funcionantes no comunicantes. En presencia de malformaciones urológicas complejas como riñones ectópicos, la delimitación precisa de planos retroperitoneales y la profilaxis con cateterismo ureteral luminoso resultan fundamentales para garantizar la seguridad intraoperatoria y preservar el remanente uterino fértil.

Ovario autoamputado por torsión crónica

CASTAÑEDA DÍAZ MARISELA, LEDESMA CASTRO SOFÍA, DE LA O PÉREZ LUIS OSWALDO, ZAMORA ANDRADE HÉCTOR RENÉ

IMSS Unidad Médica de Alta Especialidad 23, Hospital de Ginecoobstetricia.

ANTECEDENTES: La autoamputación ovárica es una entidad infrecuente, generalmente secundaria a torsión anexial prolongada, que provoca isquemia, necrosis y separación parcial o completa del pedículo vascular. El tejido desprendido puede reabsorberse, permanecer libre en la cavidad abdominal o reimplantarse en estructuras adyacentes. Su incidencia exacta es desconocida; se ha descrito ausencia unilateral de ovario y/o trompa de falopio en aproximadamente 1 de cada 11,000 mujeres. El avance de la imagenología y la laparoscopia ha favorecido su identificación.

CASO CLÍNICO: Paciente de 30 años, sin antecedentes personales patológicos, antecedentes



ginecoobstétricos: menarca a los 11 años y ciclos menstruales irregulares, gesta 1 parto 1. Acude a valoración por dolor pélvico crónico. La ultrasonografía reporta un tumor anexial derecho complejo de 7x5x5 cm, sugestivo de teratoma, con ausencia de visualización del anexo izquierdo. Marcadores tumorales negativos. Se programa para quistectomía por laparoscopia.

RESULTADOS: Se realizó salpingooforectomía izquierda y quistectomía derecha por laparoscopia, sin complicaciones y con preservación del tejido ovárico. Se encontró útero normal de 6x5 cm, ausencia de ovario izquierdo, segmento proximal de salpínge de 5 cm con hidrosalpinx y ausencia de fimbria. Se identificó tumor pélvico de 6x5 cm, adherido a epiplón y pared abdominal, compatible con ovario autoamputado, con contenido sebáceo y pelo. El ovario derecho medía 6x5 cm. Histopatología: teratoma quístico maduro bilateral, necrosis isquémica izquierda e hidrosalpinx asociado.

CONCLUSIÓN: La autoamputación ovárica es una entidad infrecuente, asociada principalmente con torsión anexial prolongada y teratomas quísticos maduros. Su diagnóstico prequirúrgico es complejo por la inespecificidad clínica y ultrasonográfica. La laparoscopia permite confirmar el diagnóstico y brindar tratamiento mínimamente invasivo, especialmente en mujeres jóvenes con deseo reproductivo, favoreciendo la preservación de la función ovárica.

Cistectomía laparoscópica por puerto único

ANDREA OLGUIN ORTEGA, DIEGO ARTURO GONZÁLEZ VÁZQUEZ, MARTHA LIDIA BENAVIDES REYES, LUIS JOSÉ GRULLÓN, BRANDON ITURBE ESQUIVEL

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

ANTECEDENTES: La cirugía laparoscópica de puerto único representa una evolución de la mínima invasión en ginecología, al permitir realizar procedimientos mediante un único

acceso transumbilical. En cirugía ovárica, su aplicación busca disminuir el número de incisiones sin modificar los principios fundamentales de una técnica conservadora. La identificación adecuada del plano de clivaje, el predominio de la disección fría, la tracción y contratracción controladas y la hemostasia selectiva constituyen estrategias orientadas a minimizar el daño térmico y preservar el parénquima ovárico sano.

CASO CLÍNICO: Paciente de 26 años, nuligesta, con tumoración ovárica izquierda o-rads 2 de aproximadamente 4 cm. Se realizó acceso transumbilical mediante técnica abierta, colocación de plataforma de puerto único y neumoperitoneo. La cistectomía incluyó hidrodissección, incisión cortical alejada del hilio, disección predominantemente fría, tracción-contratracción y enucleación completa. Se efectuó hemostasia bipolar selectiva y extracción protegida de la pieza mediante endobolsa, con posterior evaluación histopatológica definitiva.

RESULTADOS: La cistectomía ovárica por puerto único se completó satisfactoriamente, con enucleación íntegra de la lesión y preservación macroscópica del parénquima ovárico. El tiempo quirúrgico fue de 40 minutos, con sangrado estimado de 30 mL y sin complicaciones transoperatorias. Se obtuvo adecuada hemostasia mediante coagulación bipolar selectiva y la pieza fue extraída protegida en endobolsa, sin derrame intracavitario. La exploración final mostró adecuada restitución anatómica. El estudio histopatológico definitivo confirmó un teratoma quístico maduro, compatible con quiste dermoide

CONCLUSIÓN: La cistectomía laparoscópica por puerto único permitió el tratamiento conservador de una tumoración ovárica benigna mediante un único acceso transumbilical, sin complicaciones. La disección precisa, el predominio del corte frío y la hemostasia selectiva constituyeron elementos orientados a preservar el parénquima ovárico sano. La adecuada selección de la paciente y una técnica quirúrgica cuidadosa son fundamentales para mantener

la seguridad y los principios de cirugía ovárica conservadora.

Reparación de Istmocele mediante I: Laparoscopia e histeroscopia

ALEJANDRO BARUCH UGALDE-MEZA, MIREILLE SOBERANES-CONTRERAS, SONIA VORHAUER-RAMÍREZ, RADAMÉS RIVAS LÓPEZ

Hospital Angeles Pedregal, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: El defecto de cicatriz de cesárea, también denominado istmocele o nicho uterino, corresponde a una alteración de la cicatrización del segmento uterino inferior después de una cesárea. Puede asociarse con sangrado posmenstrual, dolor pélvico, dismenorrea e infertilidad secundaria. Su tratamiento depende de los síntomas, el deseo reproductivo y el grosor miometrial residual. Existen tratamientos histeroscópicos, laparoscópicos, vaginales y combinados; sin embargo, persisten retos para delimitar el defecto, reseca fibrosis y preservar miometrio sano durante la reconstrucción anatómica del segmento uterino afectado.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se describe una técnica quirúrgica combinada laparoscópica e histeroscópica para reparación de istmocele. Bajo anestesia general y posición de litotomía, se identifica el defecto simultáneamente por ambas vías. Se realizó movilización vesical, liberación de pilares fibróticos, desbridamiento intracavitario y externo, y resección selectiva guiada por transiluminación. Posteriormente, se efectúa reconstrucción miometrial laparoscópica en dos planos, evaluación histeroscópica inmediata, prueba hidrostática a 100 mmHg y control histeroscópico a las ocho semanas para valorar la adecuada cicatrización.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se describe una técnica quirúrgica combinada laparoscópica e histeroscópica para reparación de istmocele. Bajo anestesia general y posición de litotomía, se identifica el defecto simultáneamente por

ambas vías. Se realizó movilización vesical, liberación de pilares fibróticos, desbridamiento intracavitario y externo, y resección selectiva guiada por transiluminación. Posteriormente, se efectúa reconstrucción miometrial laparoscópica en dos planos, evaluación histeroscópica inmediata, prueba hidrostática a 100 mmHg y control histeroscópico a las ocho semanas para valorar la adecuada cicatrización.

RESULTADOS: La aplicación de la técnica permitió identificar y delimitar el defecto mediante visualización simultánea histeroscópica y laparoscópica, liberar los márgenes fibróticos y realizar desbridamiento selectivo preservando miometrio viable. Posteriormente se efectuó reconstrucción miometrial en dos planos. La evaluación final confirmó restauración anatómica del segmento uterino inferior, adecuada hemostasia y ausencia de exposición intracavitaria de la sutura. La prueba hidrostática a 100 mmHg no mostró fuga transmimetrial, permitiendo verificar de forma inmediata la integridad del cierre quirúrgico obtenido durante el procedimiento.

CONCLUSIÓN: Nuestra técnica laparoscópica e histeroscópica permite una reparación bidireccional, activa y controlada del defecto de cicatriz de cesárea. La visualización simultánea facilita delimitar el istmocele, preservar miometrio sano, reconstruir anatómicamente el segmento uterino inferior y verificar inmediatamente la integridad del cierre, favoreciendo estandarización, reproducibilidad y seguridad quirúrgica potencialmente.

Diseción de espacios pélvicos y neuropreservación

ERIKA ALINA TAPIA MEDINA, OLIVER PAUL CRUZ OROZCO, SARA QUEVEDO GARCIA

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

ANTECEDENTES: La endometriosis produce inflamación, fibrosis y distorsión de los planos



anatómicos pélvicos, lo que puede aumentar el riesgo de lesión ureteral, vascular y nerviosa durante la cirugía. El conocimiento de los espacios avasculares permite reconocer estructuras fundamentales y establecer rutas seguras de disección. La identificación de los nervios hipogástricos y del plexo hipogástrico inferior adquiere especial importancia, debido a su participación en la función vesical, rectal y sexual, cuya preservación constituye uno de los objetivos actuales de la cirugía laparoscópica.

MÉTODO: Video quirúrgico de histerectomía laparoscópica en una paciente con endometriosis. Se realizó apertura del peritoneo a nivel del ligamento infundibulopélvico, identificación temprana del uréter y disección neumática con dióxido de carbono. Se desarrollaron los espacios pararectales de okabayashi y latzko, además de los espacios paravesicales. Durante el procedimiento se identificaron el nervio genitofemoral, nervio hipogástrico, plexo hipogástrico inferior, vasos ilíacos, nervio obturador, arteria umbilical, arteria uterina, ligamento de cooper y corona mortis y su relación anatómica correspondiente.

RESULTADOS: La disección sistematizada permitió exponer adecuadamente los espacios pélvicos y reconocer sus principales límites anatómicos. En el espacio de okabayashi se identificó el nervio hipogástrico y se siguió su trayecto caudal hacia el plexo hipogástrico inferior, conservándolo durante el procedimiento. El desarrollo del espacio de latzko permitió visualizar los vasos ilíacos y el nervio obturador. La disección paravesical mostró la arteria umbilical, el uraco, el ligamento de cooper y la corona mortis. La arteria uterina fue controlada en su origen.

CONCLUSIÓN: La disección ordenada de los espacios pélvicos facilita la identificación del uréter, los vasos ilíacos y las estructuras nerviosas. El reconocimiento del nervio hipogástrico y del plexo hipogástrico inferior permite realizar una cirugía más segura. La neopreservación puede contribuir a mantener la función vesical, rectal y sexual de las pacientes.

Tratamiento laparoscópico del embarazo en cicatriz de cesárea

GAMALIEL RODRÍGUEZ REYES, REGINA ALCÁNTARA HERNÁNDEZ, MARCOS GABRIEL JASSAN

Hospital Ángeles Lomas, Huixquilucan, Estado de México.

CASO CLÍNICO: Paciente de 32 años, segunda gesta, con una cesárea previa, sin antecedentes personales patológicos de relevancia. Antecedente de cesárea segmentaria transversa realizada cinco años antes. Cursa embarazo de nueve semanas por fecha de última menstruación. Acude por dolor abdominal localizado en región de cicatriz de cesárea previa. Se realizó prueba inmunológica de embarazo positiva. Ultrastrasonido transvaginal con saco gestacional de implantación baja a nivel de la cicatriz uterina y embrión vivo de aproximadamente 20 mm con actividad cardíaca presente. Se realizó tratamiento laparoscópico mediante una técnica sistematizada en ocho pasos: identificación del sitio de implantación, disección bilateral de espacios de latzko, oclusión vascular temporal de arterias uterinas y vasos infundibulopélvicos, infiltración de vasopresina, resección del embarazo ectópico, reconstrucción miometrial en dos planos con poliglactina 910, extracción de productos de la concepción y retiro de clips con verificación final de hemostasia. Tiempo quirúrgico de 90 minutos, con sangrado transoperatorio estimado de 100 mL y sin complicaciones. Se corroboró adecuada hemostasia al finalizar el procedimiento. La paciente tuvo evolución posoperatoria favorable y egresó de alta a las 24 horas. Cuatro meses después logró un embarazo espontáneo, resuelto vía cesárea a las 35 semanas por ruptura prematura de membranas en mayo de 2026.

CONCLUSIÓN: El tratamiento laparoscópico con control vascular temporal y reconstrucción miometrial permitió una resección segura, con mínima pérdida sanguínea y preservación uteri-

na. El embarazo espontáneo posterior demuestra el potencial de esta estrategia para conservar la fertilidad en pacientes seleccionadas con embarazo ectópico en cicatriz de cesárea.

Distrofia vascular endometrial

LUIS FERNANDO ESCOBAR PONCE, ANDREA ALICIA OLGUÍN ORTEGA, LUIS DANIEL DÍAZ DE LEÓN NAVA

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

ANTECEDENTES: La distrofia vascular endometrial es un patrón histeroscópico infrecuente, descrito por hamou en 1984 como estructuras rojizas, dilatadas y serpiginosas. Hasta 2023 se habían publicado alrededor de doce casos. Su sustrato anatómico sigue en discusión: bullón sopelana (2019) lo atribuyó a glándulas con eritrocitos intraluminales y eiran (2022) calificó el término como un nombre equivocado, mientras Zhou (2025) favoreció una interpretación vascular.

CASO CLÍNICO: Reporte de caso. Mujer de 50 años, g1 p1, con sangrado uterino anormal de aproximadamente 15 años de evolución; el ultrasonido mostró útero globoso, miomatosis figo 2–5 y endometrio de 9.9 mm, con función ovárica conservada. Se realizó histeroscopia de consultorio con técnica bettocchi y solución salina, con registro en video de la cavidad antes de cualquier instrumentación, biopsia dirigida con tijera y pinza de agarre, y estudio histopatológico. Sobre un endometrio pálido y edematoso se observaron trazos rojizos, lineales y serpiginosos, y áreas puntiformes pardas, registrados antes de la instrumentación. Después de la biopsia, el lecho tuvo sangrado activo. La histología identificó endometrio secretor con glándulas tortuosas y dilatadas que contenían eritrocitos intraluminales, sin hiperplasia, malignidad ni canales vasculares anómalos identificables. Diagnóstico: endometrio abullonado en fase secretora con contenido luminal hemorrágico, negativo para hiperplasia y malignidad.

CONCLUSIÓN: La correlación histeroscópica e histológica demostró eritrocitos dentro de glándulas secretoras dilatadas, no en canales vasculares. Reconocer este patrón como un fenómeno glandular puede evitar sobrediagnóstico y tratamientos innecesarios, y respalda revisar la denominación de distrofia vascular endometrial.

Cerclaje abdominal laparoscópico en útero grávido

MARÍANA GUERRA GARZA, MARCELA SOLÍS MONTOYA, JORGE A. SOLÍS S.

Hospital General Saltillo ISSSTE

El cerclaje transabdominal (tac, por sus siglas en inglés) fue desarrollado como una alternativa para pacientes en quienes el acceso transvaginal no es factible o ha resultado insuficiente. A diferencia del cerclaje transvaginal, la sutura se coloca a nivel cervicoístmico, proporcionando soporte al segmento uterino inferior y permitiendo su utilización en pacientes con tejido cervical insuficiente para la colocación de un cerclaje vaginal convencional. La introducción de la técnica laparoscópica ha permitido realizar el procedimiento mediante un acceso mínimamente invasivo, con potenciales beneficios relacionados con menor trauma quirúrgico, menor estancia hospitalaria y recuperación más rápida.

CASO CLÍNICO: Adecuado posicionamiento de cerclaje así como corroboración de vitalidad fetal

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 del cirujano y habilidad (4). En comparación con la cirugía abdominal abierta, la cirugía laparoscópica se asocia con menores tasas de reingreso, hospitalizaciones más cortas, menor pérdida de sangre y costo gestacional, corioamnionitis.



Preparación cervical para histeroscopia

ZÁRATE RODRÍGUEZ JENNYFER RUBÍ, NAVARRETE MORENO VIRIDIANA ISABEL, MONTENEGRO HARO JORGE ALBERTO, DORIAN FERNANDO DIEGO PÉREZ, BRAVO RODRÍGUEZ LUZ MARÍA

ISSSTE Adolfo López Mateos, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: La histeroscopia es el estándar de oro para la patología intrauterina, pero el dolor y la estenosis cervical son las principales barreras para su éxito. El misoprostol (análogo de pge1) actúa como madurador cervical, facilitando una entrada uterina y reduciendo significativamente el tiempo del procedimiento. Sin embargo, el consenso actual de organismos como acog y aagl indica que no existe evidencia suficiente para recomendar su uso rutinario, favoreciendo en cambio un enfoque selectivo.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo, comparativo y analítico realizado entre enero de 2025 y mayo de 2026. Se incluyeron 77 pacientes sometidas a histeroscopia de consultorio. La preparación cervical consistió en misoprostol 400 µg por vía sublingual, 12 horas previas al procedimiento cuando existía al menos un criterio institucional de riesgo: ≤ 1 parto, postmenopausia, cuello puntiforme o estenosado en la exploración física o antecedente de cirugía cervical.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo, comparativo y analítico realizado entre enero de 2025 y mayo de 2026. Se incluyeron 77 pacientes sometidas a histeroscopia de consultorio. La preparación cervical consistió en misoprostol 400 µg por vía sublingual, 12 horas previas al procedimiento cuando existía al menos un criterio institucional de riesgo: ≤ 1 parto, postmenopausia, cuello puntiforme o estenosado en la exploración física o antecedente de cirugía cervical.

RESULTADOS: Se analizaron 77 pacientes, de las cuales 51 (66.2%) no recibieron preparación cervical y 26 (33.8%) fueron preparadas con

misoprostol. Las pacientes que recibieron misoprostol tuvieron con mayor frecuencia factores clínicos asociados con acceso cervical difícil, incluyendo mayor edad, nuliparidad, posmenopausia y cuello estenosado.

El éxito global del acceso cervical fue del 66.2% (51/77). En el grupo sin misoprostol el éxito fue de 39/51 (76.5%), mientras después que en el grupo con misoprostol fue de 12/26 (46.2%).

CONCLUSIÓN: La preparación cervical selectiva basada en factores clínicos parece ser una estrategia racional. El estudio apoya la individualización del uso de misoprostol en lugar de su administración rutinaria.

Preparación cervical para histeroscopia

ZÁRATE RODRÍGUEZ JENNYFER RUBÍ, NAVARRETE MORENO VIRIDIANA ISABEL, MONTENEGRO HARO JORGE ALBERTO, DORIAN FERNANDO DIEGO PEREZ, BRAVO RODRÍGUEZ LUZ MARÍA

ISSSTE Adolfo López Mateos, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: La histeroscopia es el estándar de oro para la patología intrauterina, pero el dolor y la estenosis cervical son las principales barreras para su éxito. El misoprostol (análogo de pge1) actúa como madurador cervical, facilitando una entrada uterina y reduciendo significativamente el tiempo del procedimiento. Sin embargo, el consenso actual de organismos como acog y aagl indica que no existe evidencia suficiente para recomendar su uso rutinario, favoreciendo en cambio un enfoque selectivo.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo, comparativo y analítico realizado entre enero de 2025 y mayo de 2026. Se incluyeron 77 pacientes sometidas a histeroscopia de consultorio. La preparación cervical consistió en misoprostol 400 µg por vía sublingual, 12 horas previas al procedimiento cuando existía al menos un criterio institucional de riesgo: ≤ 1 parto, postmeno-

pausia, cuello puntiforme o estenosado en la exploración física o antecedente de cirugía cervical.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo, comparativo y analítico realizado entre enero de 2025 y mayo de 2026. Se incluyeron 77 pacientes sometidas a histeroscopia de consultorio. La preparación cervical consistió en misoprostol 400 µg por vía sublingual, 12 horas previas al procedimiento cuando existía al menos un criterio institucional de riesgo: ≤ 1 parto, posmenopausia, cuello puntiforme o estenosado en la exploración física o antecedente de cirugía cervical.

RESULTADOS: Se analizaron 77 pacientes, de las cuales 51 (66.2%) no recibieron preparación cervical y 26 (33.8%) fueron preparadas con misoprostol. Las pacientes que recibieron misoprostol tuvieron con mayor frecuencia factores clínicos asociados con acceso cervical difícil, incluyendo mayor edad, nuliparidad, posmenopausia y cuello estenosado.

El éxito global del acceso cervical fue del 66.2% (51/77). En el grupo sin misoprostol el éxito fue de 39/51 (76.5%), mientras después que en el grupo con misoprostol fue de 12/26 (46.2%).

CONCLUSIÓN: La preparación cervical selectiva basada en factores clínicos parece ser una estrategia racional. El estudio apoya la individualización del uso de misoprostol en lugar de su administración rutinaria.

Apego a criterios ERAS en cirugía laparoscópica

JAIME MANUEL ZEBADÚA AGUIRRE, MARÍANA NÚÑEZ VELÁZQUEZ, MARIO ONUMA OKAMOTO
HRM ISSSTE Elvia Carrillo

ANTECEDENTES: La cirugía de mínima invasión ofrece menor dolor posoperatorio, una respuesta inmunoinflamatoria atenuada y una reincorporación más rápida a la vida cotidiana. Las guías eras proponen un tratamiento perioperatorio multimodal para optimizar la recuperación. En

nuestra unidad se ha reportado un aumento en la tendencia de cirugías laparoscópicas realizadas en el periodo estudiado, lo que justifica describir el apego a los criterios eras evaluables.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo, tipo cohorte retrospectiva. Se incluyó el censo total de pacientes intervenidas por vía laparoscópica ($n = 48$), con expediente clínico completo. Se analizaron edad, indicación quirúrgica, procedimiento, técnica anestésica, tiempo quirúrgico, sangrado intraoperatorio, complicaciones, retiro de sonda urinaria y estancia posquirúrgica, mediante estadística descriptiva con frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS: Predominaron mujeres de 46 a 55 años (35.4%); la miomatosis uterina fue la indicación más frecuente (41.7%) y la histerectomía total laparoscópica con salpingooforectomía el procedimiento más realizado (64.5%). No hubo conversiones a laparotomía ni reintervenciones. El 87.5% recibió anestesia general, el 100% tuvo retiro de sonda urinaria en las primeras 6 horas y el 70.4% ($n = 27$) egresóse dio de alta dentro de las primeras 24 horas.

CONCLUSIÓN: El apego a los criterios eras evaluables fue alto y consistente, lo que respalda la creación de un protocolo interno eras-ginecología que estandarice el ayuno abreviado y el tratamiento perioperatorio, consolidando la calidad asistencial de la unidad.



Endocrinología

Discordancia fenotipo-genotipo en paciente 46,XY

JAIMES VARGAS ELIA ALONDRA, GUILLERMO GOITIA LANDEROS

ANTECEDENTES: Los trasdespuéstornos de la diferenciación sexual 46,XY representan un reto diagnóstico en pacientes con fenotipo femenino y amenorrea primaria. Ante la ausencia uterina, es fundamental diferenciar entre síndrome de insensibilidad completa a los andrógenos y deficiencia de 5 α -reductasa tipo 2, considerando los hallazgos clínicos, hormonales, cromosómicos y de imagen.

OBJETIVO: Reportar un caso de amenorrea primaria con discordancia entre fenotipo, cariotipo y estudios de imagen, destacando el proceso diagnóstico diferencial.

CASO CLÍNICO: paciente de 20 años, fenotipo femenino, con amenorrea primaria, mamas Tanner iii, escaso vello púbico y antecedente de hernioplastia inguinal izquierda en la infancia. La evaluación inicial mostró ausencia de útero y estructuras descritas como ovarios con patrón folicular. El cariotipo fue 46,XY. Se documentaron hormona foliculoestimulante de 4.8 mui/mL, hormona luteinizante de 50.7 mui/mL, estradiol de 25.97 pg/mL y testosterona total de 714.8 ng/dL. La resonancia magnética identificó dos estructuras gonadales intrapélvicas o intraabdominales, sin folículos, compatibles con testículos, además de ausencia de útero y anexos ováricos identificables. los hallazgos orientaron principalmente hacia síndrome de insensibilidad completa a los

andrógenos, manteniéndose como diagnóstico diferencial la deficiencia de 5 α -reductasa tipo 2. Se encuentra en protocolo diagnóstico con determinación de estudios complementarios, previo a laparoscopia programada.

CONCLUSIÓN: La discordancia inicial entre los hallazgos de imagen y el perfil cromosómico y hormonal obligó a ampliar el proceso diagnóstico. La integración clínica, hormonal, cromosómica y radiológica orientó hacia un despuéstorno de la acción androgénica. La determinación de dihidrotestosterona y los estudios moleculares serán determinantes para establecer el diagnóstico definitivo.

Disgenesia gonadal 46,XX en amenorrea primaria

CEBALLOS SOLIS PALMIRA MAYANIN, LEON CABRERA JAIME, PIÑA AGUILAR RAUL E

ANTECEDENTES: La disgenesia gonadal 46,XX es una entidad infrecuente cuya incidencia poblacional no está bien establecida. Se caracteriza por alteración del desarrollo o función ovárica, amenorrea primaria, desarrollo puberal insuficiente e hipogonadismo hipergonadotrópico. Su etiología es heterogénea y una proporción importante permanece sin diagnóstico molecular [1–3].

CASO CLÍNICO: Paciente de 20 años con amenorrea primaria y Tanner i. Presentó FSH 106, LH 57.7, estradiol 11.5 y hormona antimülleriana 2.31 ng/mL. La resonancia magnética evidenció útero infantil (32x9x17 mm) y gónadas

rudimentarias tubulares con microquistes. El cariotipo fue 46,XX [50]; el exoma en trío no identificó etiología molecular. Se inició estradiol transdérmico 0.06 mg/día y progesterona 10 mg, posteriormente en esquema cíclico, con sangrado menstrual. En el seguimiento, el útero alcanzó 4.5x4 cm, con endometrio de 3 mm y estructuras foliculares bilaterales.

CONCLUSIÓN: La disgenesia gonadal 46,XX debe considerarse ante amenorrea primaria asociada con desarrollo puberal insuficiente e hipogonadismo hipergonadotrópico. El diag-

nóstico oportuno trasciende en la inducción puberal: permite tratar el hipoestrogenismo, favorecer el desarrollo uterino, proteger la salud ósea y orientar tempranamente el potencial reproductivo [2,4]. La respuesta uterina observada respalda la relevancia del reemplazo hormonal individualizado. La hormona antimülleriana detectable y las estructuras foliculares residuales constituyen hallazgos de interés reproductivo; sin embargo, no demuestran función ovulatoria conservada y justifican seguimiento endocrino-reproductivo y asesoramiento genético.



Reproducción

Síndrome de hiperestimulación ovárica grave

ANDRÉS BACA HERNÁNDEZ, KARINA CÁZAREZ PÉREZ, HUGO ALBERTO CHÁVEZ VEGA, GUSTAVO CHÁVEZ GÓMEZ

ANTECEDENTES: El síndrome de hiperestimulación ovárica (sho) es una complicación potencialmente grave de la estimulación ovárica, caracterizada por aumento de la permeabilidad vascular mediado principalmente por vegf. La identificación de pacientes de alto riesgo y estrategias preventivas como agonistas dopaminérgicos, disparo con agonista de gnrrh y freeze-all disminuyen su incidencia; sin embargo, no eliminan el riesgo de sho temprano asociado a la administración de hCG.

CASO CLÍNICO: Paciente de 34 años, g1c1, con IMC de 34 kg/m² y AMH >3.4 ng/mL, sometida a estimulación ovárica con fsh recombinante 50 ui/día y antagonista de gnrrh (Cetrorelix). Se recuperaron 19 ovocitos posterior al disparo con 250 µg de hCG recombinante. Se realizó estrategia freeze-all y administración de cabergolina. Se describieron evolución clínica, hallazgos ultrasonográficos, parámetros bioquímicos y tratamiento multidisciplinario. Seis días posteriores al disparo tuvo dolor abdominal intenso, náusea, vómito y disnea. El ultrasonido mostró ovarios aumentados de tamaño y ascitis masiva, estableciéndose diagnóstico de sho grave temprano. Ingresó a UCI con hemoconcentración (hb 19.3 g/dL; hto 54.8%), lesión renal aguda (CR 2.24 mg/dL; TFG 22 mL/min), hipoalbuminemia y oliguria. Recibió restricción hídrica, albúmina,

diurético y tromboprofilaxis con enoxaparina, con recuperación de la función renal desde el cuarto día y dada de alta al noveno día.

CONCLUSIÓN: A pesar de freeze-all y cabergolina, una respuesta ovárica elevada y el disparo con hCG pueden desencadenar sho grave temprano. La identificación oportuna de factores de riesgo, prevención y vigilancia estrecha permiten iniciar el tratamiento multidisciplinario precoz y disminuir la morbimortalidad.

Prevalencia de hallazgos histeroscópicos de endometritis clínica en pérdida repetida de implantación

ADALBERTO ROCHIN BENOIT, ERNESTO PEREZ LUNA, EFRAÍN PÉREZ PEÑA

ANTECEDENTES: La pérdida repetida de implantación es un desafío clínico en reproducción asistida por su carácter multifactorial, así como el impacto directo sobre los resultados en la transferencias embrionarias fallidas. A pesar de los avances en medicina reproductiva, la rif es por hoy una de las condiciones más complejas a las que se enfrenta el médico en reproducción, por esa razón es indispensable como parte del tratamiento de las pacientes con este diagnóstico reconocer los factores uterinos y endometriales que puedan estar implicados.

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de los patrones histeroscópicos de endometritis crónica (EC) a las que se le realizó una histeroscopia por pérdida repetida de implantación.

METODOLOGÍA: Estudio observacional, retros-

pectivo, transversal, descriptivo y analítico. En el que se realizó base de datos con información del expediente clínico y ya con todos los datos registrados se realizó un análisis mediante estadística descriptiva. Durante el periodo comprendido entre junio de 2023 y junio de 2026 se hicieron: 98 histeroscopias en el Instituto Vida Guadalajara siendo la RIF la principal indicación, con 63 casos (64.3%). La prevalencia de pacientes que tuvieron al menos un hallazgo histeroscópico de rif, 46 (73.0%). Entre estas pacientes, el patrón más frecuente fue la hiperemia difusa, identificada en 26 casos (56.5%), seguida de micropólipos en 17 (37.0%), aspecto en fresa en 6 (13.0%), e hiperemia focal y edema estromal en 4 casos cada uno (8.7%).

CONCLUSIÓN: Los hallazgos sugerentes de endometritis crónica fueron identificados con mayor frecuencia en las pacientes con rif con respecto a lo identificado en las pacientes sin esta condición. Estos resultados nos permiten identificar y tratar a las pacientes de manera empírica, sin embargo, la ausencia de estudio confirmatorio hace que los resultados daban ser interpretados con cautela y no como diagnóstico definitivo.

Fertilidad y embarazo ectópico intersticial

JAZIBETH BAÑUELOS MAYORAL, OLIVIA SÁNCHEZ RODRÍGUEZ

ANTECEDENTES: El embarazo ectópico intersticial representa una forma poco frecuente de gestación ectópica, localizada en la porción intramiometrial de la trompa de falopio, el diagnóstico puede ser complejo y el tratamiento aún más por el riesgo de hemorragia que aumenta conforme avanza la gestación, por lo tanto el tratamiento depende de la estabilidad hemodinámica, características ecográficas, niveles de β -hCG, actividad cardíaca embrionaria, en pacientes con deseo reproductivo, el tratamiento conservador permite preservar la cavidad uterina, para tener la posibilidad de un embarazo futuro.

CASO CLÍNICO: Estudio descriptivo de un caso clínico de embarazo ectópico intersticial, se revisó el expediente clínico para recopilar antecedentes, manifestaciones clínicas, hallazgos ultrasonográficos, determinaciones seriadas de β -hCG, tratamientos empleados y evolución posterior, se analizaron las diferentes estrategias terapéuticas utilizadas durante el seguimiento, incluyendo tratamiento médico y tratamiento quirúrgico, así como la respuesta obtenida con cada intervención. Además se realizó una revisión de la bibliografía para contextualizar las características diagnósticas y las alternativas de tratamiento del embarazo ectópico intersticial. Se identificó embarazo ectópico intersticial con actividad cardíaca embrionaria, la β -hCG inicial fue de 14,000 mUI/mL, con incremento a 35,512 mUI/mL y posteriormente a 37,458 mUI/mL, a pesar del tratamiento médico con mifepristona y metotrexato sistémico e intrasacular, persistió la actividad embrionaria y no se observó respuesta terapéutica favorable, por lo que ante la persistencia del embarazo, se realizó tratamiento quirúrgico mediante cornuostomía, logrando la resolución del embarazo ectópico y evolución clínica favorable posterior al procedimiento.

CONCLUSIÓN: El embarazo ectópico intersticial nos recuerda que, en medicina, el éxito del tratamiento no siempre depende de elegir la primera estrategia, sino de reconocer oportunamente cuándo debe modificarse, la persistencia de actividad embrionaria y la falta de respuesta al tratamiento médico deben considerarse señales para replantear la conducta, el diagnóstico temprano, seguimiento estrecho y toma de decisiones individualizada pueden transformar un escenario de alto riesgo en una resolución satisfactoria, logrando el equilibrio entre la seguridad materna y la conservación del potencial reproductivo.

Tratamiento conservador de un embarazo ectópico cornual

GISELL MARINA LUTZ ORTEGA, CIRENIA IVETH RUIZ BALDERRAMA



ANTECEDENTES: El embarazo ectópico intersticial o cornual representa una proporción pequeña de los embarazos ectópicos, pero se asocia con mayor riesgo de hemorragia y morbilidad materna. El diagnóstico temprano permite considerar estrategias conservadoras en pacientes seleccionadas.

CASO CLÍNICO: Paciente de 33 años, con antecedente de endometriosis y quiste endometrioso hace 11 años, embarazos 4, cesárea 1 y abortos 2, en la cual se sospecha embarazo ectópico de localización cornual, paciente con deseo de fertilidad futura por lo que se hicieron: tratamiento conservador con mifepristona y misoprostol. El seguimiento bioquímico mostró una elevación inicial de la β -hCG: 78.9 mUI/mL el 26 de marzo de 2026; 171.17 mUI/mL el 28 de marzo; 1923.0 mUI/mL el 8 de abril; 2455.4 mUI/mL el 10 de abril; 3011 mUI/mL el 12 de abril; y un máximo de 5411.3 mUI/mL el 20 de abril. Posteriormente se documentó descenso a 2634.3 mUI/mL el 22 de abril presentando expulsión del saco gestacional, β -hCG de 526.76 mUI/mL el 24 de abril y 3.99 mUI/mL el 8 de mayo de 2026.

CONCLUSIÓN: El caso sugiere que un tratamiento conservador puede lograr resolución bioquímica y clínica en pacientes seleccionadas. No existe bibliografía que reporte el uso exclusivo de los fármacos utilizados sin tratamiento quirúrgico.

Hallazgos histeroscópicos con ultrasonido normal

BIANCA FERNÁNDEZ CARO, ARIANA ARLEN RAMÍREZ MACÍAS, ANTONIO MARTÍN GUTIÉRREZ GUTIÉRREZ

ANTECEDENTES: El ultrasonido transvaginal es el método inicial para evaluar la cavidad endometrial; sin embargo, algunas alteraciones pueden identificarse mediante histeroscopia aun con hallazgos ultrasonográficos normales.

OBJETIVO: Determinar la frecuencia y distribución de hallazgos histeroscópicos en pacientes

con cavidad endometrial normal por ultrasonido previo a transferencia embrionaria.

CASO CLÍNICO: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo. Se incluyeron pacientes con ultrasonido transvaginal normal sometidas a histeroscopia previo a transferencia embrionaria. Se analizaron la frecuencia y los tipos de alteraciones intracavitarias identificadas mediante histeroscopia.

Se incluyeron 1,460 pacientes. La histeroscopia fue normal en el 60.96% (n=890) y detectó hallazgos anormales en el 39.04% (n=570). Se identificó endometritis en el 47.54% (n=271), pólipos en el 23.16% (n=132), sinequias en el 18.25% (n=104), malformaciones müllerianas en el 5.09% (n=29), miomas submucosos en el 4.04% (n=23), e hiperplasia endometrial en el 1.93% (n=11).

CONCLUSIÓN: La histeroscopia identificó una proporción relevante de alteraciones no evidenciadas por ultrasonido, principalmente endometritis, pólipos y sinequias, destacando su papel complementario en la evaluación endometrial previa a transferencia embrionaria.

Síndrome de OHVIRA: diagnóstico fortuito

LEDESMA CASTRO SOFÍA, RODRÍGUEZ GÁMIZ SELENE, DE LA O PÉREZ LUIS OSWALDO, CASTAÑEDA DÍAZ MARISELA, ZAMORA ANDRADE HÉCTOR RENÉ

ANTECEDENTES: El síndrome de OHVIRA se caracteriza por hemivagina obstruida asociada con anomalía renal ipsilateral, incluyendo diversas anomalías uterinas además del útero didelfo, presentes hasta en 22% de los casos. Generalmente se diagnostica posterior a la menarquia, debido a dismenorrea y dolor pélvico recurrente secundarios al incremento del hematocolpos. Su reconocimiento oportuno permite la resección quirúrgica del septo vaginal obstructivo, logrando alivio sintomático rápido y previniendo complicaciones clínicas potencialmente graves como endometriosis, adherencias pélvicas y colecciones infecciosas pélvicas de evolución prolongada.

CASO CLÍNICO: Paciente de 25 años, g1a1, con antecedente de leucorrea y fiebre de 39 °C, ingresa por aborto séptico. El ultrasonido reporta útero aparentemente septado y hemato-colpos izquierdo de 9 x 7 cm. La tac evidencia útero bicornue con cuernos divergentes, cada uno con cuello uterino propio, tabique vaginal longitudinal y cavidad izquierda distendida por contenido hemático de 7.1 x 6.1 cm, que comprime el canal vaginal derecho, asociado a agenesia renal izquierda

Laparoscopia: útero de 7x6 cm, ausencia quirúrgica de anexo izquierdo y anexo derecho conservado, con ovario de 3x2 cm y salpinge de 6 cm. Útero único, fondo ancho, apariencia arcuata; resto sin alteraciones. Histeroscopia: tabique vaginal con piocolpos, drenándose 100 cc. Se reseca tabique con resectoscopio. Se identifican dos cuello uterino comunicantes con cavidades uterinas aparentemente separadas por septo transversal completo. Se efectúa ameu de cavidad derecha. Sangrado: 250 cc. Diagnóstico: útero septado bicolis, hemivagina ciega izquierda y agenesia renal izquierda

CONCLUSIÓN: El síndrome de ohvira es poco frecuente; su diagnóstico y tratamiento tardíos pueden causar complicaciones ginecológicas y reproductivas. La obstrucción de la hemivagina favorece acumulación hemática, sangrado retrógrado, endometriosis, adherencias e infecciones pélvicas ascendentes. Estas complicaciones pueden ocasionar dolor pélvico crónico, infertilidad y eventos obstétricos adversos. El reconocimiento oportuno permite prevenirlas y preservar el potencial reproductivo.

Modelo predictivo de IA y dinámica folicular en IC

AMBROSIO ÁVILA MARIEL JESÚS, PERAZA BRIONES MARÍA DEL CARMEN, CORTÉS VÁZQUEZ ALFREDO, ISAIAS PRECADO ABRIL DEL CARMEN, MORENO GARCÍA JESÚS DANIEL

ANTECEDENTES: Las técnicas de reproducción asistida y la ICSI son fundamentales

en la infertilidad. Tradicionalmente, los modelos estadísticos convencionales muestran limitaciones para integrar múltiples variables clínicas, endocrinas y andrológicas de forma simultánea. En este contexto, la incorporación de inteligencia artificial y aprendizaje automático representa un avance paradigmático en la medicina de precisión reproductiva, permitiendo superar barreras pronósticas clásicas y optimizar la toma de decisiones clínicas en pacientes de alta complejidad.

OBJETIVO: Desarrollar y validar un modelo predictivo mediante inteligencia artificial para estimar el rendimiento de ovocitos mii y la tasa de blastulación en ciclos ICSI, optimizando la precisión pronóstica y la toma de decisiones clínicas institucionales.

CASO CLÍNICO: Estudio retrospectivo y analítico de 274 pacientes en protocolo de ICSI en el cmn 20 de noviembre. Se evaluaron 16 variables clínicas, ecográficas, endocrinas y andrológicas estructuradas en matriz de datos. El procesamiento estadístico se realizó en spss v25. Para el modelo predictivo se empleó el algoritmo de aprendizaje automático random forest regressor, dividiendo la cohorte en 80% para entrenamiento y 20% para validación ciega, con un nivel de significación de $p < 0.05$.

Menor edad materna se asoció a un mayor rendimiento de blastocistos ($h = 64.2$, $p < 0.001$), y la ham se correlacionó positivamente con los ovocitos mii ($f = 68.4$, $p < 0.0001$). El recuento folicular antral ($OR = 2.40$) y la ham ($OR = 2.75$) fueron los principales predictores clínicos de éxito ($p < 0.001$). El modelo de random forest superó a la estadística tradicional al identificar al recuento folicular antral como el predictor principal (importancia de 0.27, IC95%:0.22-0.32).

CONCLUSIÓN: El modelo predictivo basado en inteligencia artificial validado institucionalmente constituye una herramienta de alta precisión clínica para anticipar el rendimiento de ovocitos mii y blastocistos en ciclos ICSI, optimizando la toma de decisiones médicas y elevando los estándares de calidad asistencial en medicina reproductiva.



Desenlace obstétrico favorable postcerclaje

FRANKLIN GADDIEL RAMIREZ ESCALANTE, MELANIE JULIETH AGUILAR GRANADOS CARLOS ALBERTO GAXIOLA SOTO, ZAMIRA ALEXEY BUSTOS CONTRERAS

ANTECEDENTES: La insuficiencia cervical se caracteriza por la incapacidad del cuello uterino para mantener la gestación durante el segundo trimestre, generalmente en ausencia de actividad uterina significativa. Su fisiopatología involucra una remodelación cervical prematura, con modificaciones de la matriz extracelular y del colágeno que condicionan pérdida progresiva de la resistencia biomecánica cervical.

La cervicometría transvaginal constituye una herramienta fundamental para identificar pacientes con riesgo de parto pretérmino. En casos avanzados, la dilatación cervical indolora puede acompañarse de exposición o protrusión de membranas. En pacientes cuidadosamente seleccionadas, sin evidencia de trabajo de parto activo o infección intraamniótica manifiesta, el cerclaje cervical de emergencia constituye una alternativa para prolongar la gestación.

CASO CLÍNICO: Paciente con insuficiencia cervical avanzada, con antecedente de parto pretérmino a las 26 semanas, longitud cervical mínima de 4.2 mm, *funneling*, dilatación de 1 cm y protrusión de membranas. En pacientes seleccionadas, el cerclaje de urgencia puede asociarse con prolongación de la gestación y mejores desenlaces perinatales. Luego de los metanálisis reportan prolongaciones promedio de aproximadamente 37-47 días, en este caso se alcanzó una latencia de 124 días, culminando a las 37.2 semanas. Destaca además la persistencia de una longitud cervical menor de 15 mm durante el seguimiento, sin desarrollo de parto pretérmino, lo que sugiere que la cervicometría posterior al cerclaje debe interpretarse dentro del contexto clínico integral y no como un marcador aislado de fracaso terapéutico.

CONCLUSIÓN: El cerclaje cervical de emergencia representa una alternativa terapéutica en

pacientes cuidadosamente seleccionadas con insuficiencia cervical avanzada. En este caso, a pesar de presentar longitud cervical mínima de 4.2 mm, *funneling*, dilatación y protrusión de membranas, se logró una prolongación gestacional de 124 días, alcanzando el término con desenlace neonatal favorable. La persistencia de una longitud cervical marcadamente reducida posterior al cerclaje no necesariamente implica fracaso terapéutico, resaltando la importancia de la selección individualizada y tratamiento multidisciplinario.

Resultados maternos y complicaciones obstétricas

JACOBO DABBAH, KRISTELL MENDEZ

INOVAVITA

ANTECEDENTES: Resultados perinatales en programa de gestación sustituta posterior a tratamiento de reproducción asistida FIV-TE.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional descriptivo, retrospectivo y unicéntrico. Se analizaron 200 gestaciones por sustitución que culminaron en nacimiento entre 2021-2026. Centro privado de reproducción asistida.

RESULTADOS: Se analizaron 200 gestaciones. La resolución del embarazo fue mediante cesárea en 152 casos, (76%) y parto vaginal en 48 casos (24%), 16 gestaciones fueron gemelares (8%) se tuvieron 11 nacimientos pretérmino (5.5%): 2 antes de las 30 semanas (1%), 3 entre 31-33 (1.5%), 4 a las 34 semanas (2%), 2 a las 35 semanas (1%) 11 pacientes tuvieron diabetes gestacional (5.5%), 16 desarrollaron trastornos hipertensivos (8%), 6 pacientes tuvieron de manera concomitante DG y EHIE (3%). Se documentó 1 caso con trombosis venosa profunda. 5 pacientes requirieron de histerectomía obstétrica, 2 posparto y 3 post cesárea. 6 pacientes requirieron ingreso a UCI de adultos. 9 recién nacidos requirieron de ingreso a UCIN.

CONCLUSIÓN: En esta cohorte de 200 ges-

taciones, pos sustitución mediante técnicas de reproducción asistida con transferencia embrionaria. Se observó una frecuencia relevante de complicaciones maternas a pesar de la edad joven de las gestantes. Los trastornos hipertensivos del embarazo constituyeron una de las complicaciones más frecuente, presentes en 8% de los casos, seguidos de diabetes gestacional en 5.5%. Estos hallazgos sugieren que al edad materna joven no necesariamente elimina el riesgo obstétrico asociado con este tipo de gestaciones. La posible influencia de factor relacionados con la reproducción asistida la ovodonación y la discordancia inmunogenética materno- fetal deberá estudiarse mediante diseños analíticos con grupos comparadores y ajuste por factores de confusión.

Reparación de istmocele: técnica quirúrgica combinada laparoscópica e histeroscópica

ALEJANDRO BARUCH UGALDE-MEZA, MIREILLE SOBERANES-CONTRERAS, SONIA VORHAUER-RAMÍREZ, RADAMÉS RIVAS-LÓPEZ

Hospital Angeles Pedregal, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: El defecto de cicatriz de cesárea, también denominado istmocele o nicho uterino, corresponde a una alteración de la cicatrización del segmento uterino inferior después de una cesárea. Puede asociarse con sangrado posmenstrual, dolor pélvico, dismenorrea e infertilidad secundaria. Su tratamiento depende de los síntomas, el deseo reproductivo y el grosor miometrial residual. Existen opciones de tratamiento histeroscópicos, laparoscópicos, vaginales y combinados; sin embargo, persisten retos para delimitar el defecto, reseca fibrosis y preservar miometrio sano durante la reconstrucción anatómica del segmento uterino afectado.

MÉTODO: Descripción de una técnica quirúrgica combinada laparoscópica e histeroscópica para reparación de istmocele. Con anestesia general y posición de litotomía, se identifica el defecto simultáneamente por ambas vías. Se

hicieron: movilización vesical, liberación de pilares fibróticos, desbridamiento intracavitario y externo, y resección selectiva guiada por transiluminación. Posteriormente, se efectúa reconstrucción miometrial laparoscópica en dos planos, evaluación histeroscópica inmediata, prueba hidrostática a 100 mmHg y control histeroscópico a las ocho semanas para valorar la adecuada cicatrización.

RESULTADOS: La aplicación de la técnica permitió identificar y delimitar el defecto mediante visualización simultánea histeroscópica y laparoscópica, liberar los márgenes fibróticos e hicieron desbridamiento selectivo preservando miometrio viable. Posteriormente se efectuó reconstrucción miometrial en dos planos. La evaluación final confirmó restauración anatómica del segmento uterino inferior, adecuada hemostasia y ausencia de exposición intracavitaria de la sutura. La prueba hidrostática a 100 mmHg no mostró fuga transmiometrial, permitiendo verificar de forma inmediata la integridad del cierre quirúrgico obtenido durante el procedimiento.

CONCLUSIÓN: La técnica laparoscópica e histeroscópica permite una reparación bidireccional, activa y controlada del defecto de cicatriz de cesárea. La visualización simultánea facilita delimitar el istmocele, preservar miometrio sano, reconstruir anatómicamente el segmento uterino inferior y verificar inmediatamente la integridad del cierre, favoreciendo estandarización, reproducibilidad y seguridad quirúrgica potencialmente.

Técnicas de reproducción asistida como factor de riesgo

MARIANA GUERRA GARZA, MARCELA SOLÍS MONTOYA, JORGE A. SOLÍS SAHAGÚN

ISSSTE Saltillo, Coahuila.

ANTECEDENTES: El embarazo heterotópico se refiere a la presencia simultánea de un embarazo intrauterino y un embarazo ectópico; se trata de



una condición muy poco frecuente, pero que puede poner en peligro la vida. Se estima que la incidencia de embarazo heterotópico en concepciones espontáneas es de aproximadamente 1 de cada 30000 embarazos; mientras que mujeres que han concebido mediante técnicas de reproducción asistida, la incidencia aumenta a 1 de cada 1000. Las técnicas de reproducción asistida implican la manipulación de óvulos, espermatozoides y embriones para lograr la fecundación y la implantación, en personas y parejas con problemas de infertilidad

CONCLUSIÓN: Para llegar al diagnóstico de eh se requiere de una alta sospecha, la cual solo se consigue considerando todos los antecedentes que puedan incrementar el riesgo de presentarlo. Un diagnóstico oportuno, puede llevar a un tratamiento laparoscópico exitoso con resultados fetales y maternos favorables.

Contaminación y función reproductiva masculina

MARIEL JESÚS AMBROSIO ÁVILA, MARÍA DEL CARMEN PERAZA BRIONES, ALFREDO CORTÉS VÁZQUEZ, ABRIL DEL CARMEN ISAIAS PRECIADO, JESÚS DANIEL MORENO GARCÍA

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: La infertilidad afecta a una de cada seis parejas y el factor masculino es responsable en cerca del 50% de los casos. A nivel global, la polución urbana altera la salud reproductiva. Las partículas suspendidas finas actúan como disruptores directos sobre la cromatina masculina, induciendo estrés oxidativo y modificaciones epigenéticas durante la espermatogénesis. En México, los centros urbanos superan los límites de calidad del aire, exacerbando el daño genético y comprometiendo la estabilidad genómica de los gametos.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio de cohorte observacional, analítico y transversal en 217 va-

rones infértiles de un centro médico nacional. Se estimó la exposición acumulada a pm2.5 durante los noventa días previos mediante registros del sinaica, replicando el modelo de yuval et al.. Se evaluaron variables clínicas, parámetros seminales OMS 2021, comorbilidades y fragmentación del ADN mediante halosperm. El análisis estadístico se realizó con spss versión 25 mediante modelos de regresión logística multivariada ($p < 0.05$).

RESULTADOS: La edad paterna media fue de 38.56 años, con un 25% de tabaquismo y 30% de obesidad. El 64.5% de la cohorte superó el umbral patológico de fragmentación de ADN (fdna $\geq 30\%$). El modelo multivariado demostró que la exposición a pm2.5 incrementa directamente el riesgo de daño genético agudo (OR = 3.42, $p < 0.001$), superando a la obesidad (OR = 2.65, $p = 0.034$) y al tabaquismo (OR = 2.10, $p = 0.009$). La tasa de fertilización por ICSI fue del 70.1%

CONCLUSIÓN: La exposición a pm2.5 durante la espermatogénesis es el principal factor de riesgo ambiental que incrementa la fragmentación del ADN espermático. Aunque la micromanipulación por ICSI preserva la tasa de fertilización global, el daño genómico subyacente compromete significativamente la competencia blastocística y el éxito gestacional a largo plazo.

LH sérica previa a progesterona y resultados TEC

ANGIE MIGUELINA SANTANA GÓMEZ, FELA VANESA MORALES HERNÁNDEZ, PAMELA NICOLE MINGUEZ LORENZO

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

ANTECEDENTES: La hormona luteinizante participa en la regulación ovárica y su concentración puede modificarse durante la preparación endometrial. En ciclos artificiales, una elevación aislada de LH previa al inicio de progesterona no está claramente establecido. Algunos estudios han relacionado niveles bajos de LH con menores

tasas de embarazo y nacido vivo, mientras otros no encuentran diferencias ante concentraciones elevadas. Esta evidencia contradictoria mantiene incertidumbre sobre el papel clínico de la LH en la sincronización endometrial y los resultados reproductivos.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo y analítico de 260 ciclos de transferencia de embriones desvitrificados, hicieron: dos entre enero de 2021 y diciembre de 2025. Se evaluó el nivel sérico de LH previo al inicio de progesterona, categorizado en menos de 16 y más de 16 mUI/mL. El desenlace principal fue nacido vivo; como secundarios se evaluaron embarazo clínico y aborto. Las variables se analizaron mediante chi-cuadrado o prueba exacta de Fisher, calculándose Odds Ratio (OR) e intervalos de confianza del 95%, con significación de $p < 0.05$.

RESULTADOS: Se analizaron 260 ciclos: 227 con $LH < 16$ mUI/mL y 33 con $LH \geq 16$ mUI/mL. La edad media fue 35.2 ± 3.9 vs 36.3 ± 3.9 años y el IMC 27.1 ± 3.7 vs 25.6 ± 3.2 kg/m². El embarazo clínico ocurrió en 33.0% vs 27.3% (OR 0.76; IC95% 0.34–1.72; $p = 0.557$), el aborto en 22.7% vs 22.2% ($p = 1.00$) y el nacido vivo en 19.8% vs 21.2% (OR 1.09; IC95% 0.44–2.67; $p = 0.818$), respectivamente.

CONCLUSIÓN: En esta cohorte, una $LH \geq 16$ mUI/mL previa al inicio de progesterona no se asoció con diferencias significativas en los resultados reproductivos. Esto sugiere que la LH elevada de manera aislada podría no alterar la sincronización endometrial, posiblemente porque, en ausencia de elevación concomitante de progesterona o actividad ovárica funcional, no necesariamente representa una luteinización prematura. Por ello, una $LH \geq 16$ mUI/mL podría no justificar por sí sola una intensificación de la supresión hormonal.

Prevalencia del factor autoinmunitaria y trombofilias en pérdida gestacional recurrente

ITZEL ALTAMIRANO MENDOZA, DIANA SULVARAN VICTO-

RIA, CARLOS JOSÉ MOLINA PÉREZ

Hospital de Gineco Obstetricia 4, IMSS.

ANTECEDENTES: La pérdida gestacional recurrente constituye una entidad clínica multifactorial con un impacto psicosocial y reproductivo significativo. A nivel global, la etiología autoinmunitaria y trombofilias se reconoce como un componente patogénico fundamental en un subgrupo considerable de casos. Sin embargo, en la población mexicana, carecemos de datos epidemiológicos específicos para dimensionar el impacto de este factor.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio transversal descriptivo efectuado en la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Ginecoobstetricia 4 Luis Castelazo Ayala del IMSS, Ciudad de México. Se incluyeron mujeres con PGR atendidas en biología de la reproducción. Se revisaron expedientes clínicos electrónicos registrando semanas de embarazo, talla, IMC, número de embarazos, comorbilidades, agentes gonadotóxicos, estudios de gabinete y laboratorio. Los datos se analizaron con SPSS versión 27.0. El protocolo fue aprobado por el comité de ética con número r-2025-3606-126.

RESULTADOS: Se incluyeron 186 mujeres mexicanas con PGR. La prevalencia del factor autoinmunitario fue del 18.3%. Las trombofilias hereditarias tuvieron una prevalencia del 5.4%, con 80% de mutación heterocigota en el gen *methfr*. Se observó alta prevalencia de sobrepeso y obesidad (73.1%) y trastornos endocrino-metabólicos (95.2%), siendo los más frecuentes resistencia a la insulina (68%), prediabetes (24%) e hiperprolactinemia (23%). Los agentes gonadotóxicos se reportaron en 47.8% de las parejas. Estos hallazgos confirman la naturaleza multifactorial de la PGR.

CONCLUSIÓN: El factor autoinmunitario tiene una prevalencia del 18.3% y las trombofilias del 5.4% en mujeres mexicanas con PGR, lo que confirma su relevancia etiológica y justifica incluir el perfil inmunológico y panel de



trombofilias en casos seleccionados dentro del protocolo de estudio de esta condición.

Impacto de GLP-1 en la fertilidad masculina

MARIEL JESÚS AMBROSIO ÁVILA, MARÍA DEL CARMEN PERAZA BRIONES, ALFREDO CORTÉS VÁZQUEZ, ABRIL DEL CARMEN ISAIAS PRECIADO, JESÚS DANIEL MORENO GARCÍA

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: La obesidad y los trastornos metabólicos generan inflamación crónica y estrés oxidativo, alterando negativamente la espermatogénesis y la calidad genética del espermatozoide. La fragmentación del ADN espermático es un biomarcador decisivo cuyo valor elevado disminuye la fertilización y aumenta el riesgo gestacional adverso. Aun cuando los agonistas de GLP-1 han revolucionado el tratamiento de la obesidad y la resistencia a la insulina, su impacto andrológico directo sobre el daño genético espermático sigue siendo un vacío clínico por explorar.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, analítico y retrospectivo de cohorte en 161 varones infértiles con alteración metabólica (40 tratados con agonistas de GLP-1 y 120 controles). Se evaluaron registros clínicos, perfil metabólico, seminograma según la OMS y fragmentación del ADN espermático mediante dispersión de cromatina a los seis meses. El análisis estadístico se realizó empleando el programa SPSS versión 25, utilizando pruebas de t de student, u de mann-whitney, chi cuadrada y regresión logística multivariada.

RESULTADOS: Las cohortes fueron homogéneas (~41.5 años, IMC 32.4). El grupo con agonistas de GLP-1 redujo peso en un -8.6% y optimizó glucosa y testosterona. El fdna disminuyó significativamente de 33.8% a 22.1% en el grupo tratado, cruzando al umbral seguro (menos de 30%), sin cambios en los controles. Asimismo, mejoró la concentración y la motilidad

progresiva. El análisis multivariado confirmó que el tratamiento con GLP-1 es un predictor independiente de éxito para alcanzar un fdna seguro (OR = 3.45).

CONCLUSIÓN: Los agonistas de GLP-1 reducen significativamente la fragmentación del ADN espermático y mejoran los parámetros seminales en varones infértiles con daño metabólico. Este tratamiento se consolida como un innovador paradigma reproductivo al mitigar el daño genético y potenciar la pérdida ponderal, optimizando el pronóstico andrológico y clínico.

Prevalencia del factor autoinmunitaria, trombofi en PGR

ITZEL ALTAMIRANO MENDOZA, DIANA SULVARAN VICTORIA, CARLOS JOSÉ MOLINA PÉREZ

Hospital de Gineco Obstetricia 4, IMSS.

ANTECEDENTES: La pérdida gestacional recurrente (PGR) constituye una entidad clínica multifactorial con un impacto psicosocial y reproductivo significativo. A nivel global, la etiología autoinmunitaria y trombofilias se reconoce como un componente patogénico fundamental en un subgrupo considerable de casos. Sin embargo, en la población mexicana, carecemos de datos epidemiológicos específicos para dimensionar el impacto de este factor.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio transversal descriptivo hicieron:do en la unidad médica de alta especialidad hospital de gineco-obstetricia no. 4 Luis Castelazo Ayala del IMSS, Ciudad de México. Se incluyeron mujeres con PGR atendidas en biología de la reproducción. Se revisaron expedientes clínicos electrónicos registrando semanas de embarazo, talla, IMC, número de embarazos, comorbilidades, agentes gonadotóxicos, estudios de gabinete y laboratorio. Los datos se analizaron con spss versión 27.0. El protocolo fue aprobado por el comité de ética con número r-2025-3606-126.

RESULTADOS: Se incluyeron 186 mujeres mexicanas con PGR. La prevalencia del factor

autoinmunitaria fue del 18.3%. Las trombofilias hereditarias tuvieron una prevalencia del 5.4%, con 80% de mutación heterocigota en el gen *methfr*. Se observó alta prevalencia de sobrepeso y obesidad (73.1%) y trastornos endocrino-metabólicos (95.2%), siendo los más frecuentes resistencia a la insulina (68%), prediabetes (24%) e hiperprolactinemia (23%). Los agentes gonadotóxicos se reportaron en 47.8% de las parejas. Estos hallazgos confirman la naturaleza multifactorial de la PGR.

CONCLUSIÓN: El factor autoinmunitaria tiene una prevalencia del 18.3% y las trombofilias del 5.4% en mujeres mexicanas con PGR, lo que confirma su relevancia etiológica y justifica incluir el perfil inmunológico y panel de trombofilias en casos seleccionados dentro del protocolo de estudio de esta condición.

Desenlaces maternos y complicaciones obstétricas

JACOBO DABBAH, KRISTELL MENDEZ
INOVAVITA

ANTECEDENTES: Resultados perinatales en programa de gestación sustituta posterior a tratamiento de reproducción asistida FIV- TE.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional descriptivo, retrospectivo y unicéntrico. Se analizaron 200 gestaciones por sustitución que culminaron en nacimiento entre 2021-2026. Centro privado de reproducción asistida.

RESULTADOS: Analizaron 200 gestaciones. La resolución del embarazo fue mediante cesárea en 152 casos, (76%) y parto vaginal en 48 casos (24%), 16 gestaciones fueron gemelares (8%) se tuvieron 11 nacimientos pretérmino (5.5%): 2 antes de las 30 semanas (1%), 3 entre 31-33 (1.5%), 4 a las 34 semanas (2%), 2 a las 35 semanas (1%) 11 pacientes tuvieron diabetes gestacional (5.5%), 16 desarrollaron trastornos hipertensivos (8%), 6 pacientes tuvieron de manera concomitante dg y ehie (3%). Se documentó 1 caso con trombosis

venosa profunda. 5 pacientes requirieron de histerectomía obstétrica, 2 post parto y 3 post cesárea. 6 pacientes requirieron ingreso a UCI de adultos. 9 recién nacidos requirieron de ingreso a ucín.

CONCLUSIÓN: En esta cohorte de 200 gestaciones, pos sustitución mediante técnicas de reproducción asistida con transferencia embrionaria. Se observó una frecuencia relevante de complicaciones maternas a pesar de la edad joven de las gestantes. Los trastornos hipertensivos del embarazo constituyeron una de las complicaciones más frecuente, presentes en 8% de los casos, seguidos de diabetes gestacional en 5.5%. Estos hallazgos sugieren que al edad materna joven no necesariamente elimina el riesgo obstétrico asociado con este tipo de gestaciones. La posible influencia de factor relacionados con la reproducción asistida la ovodonación y la discordancia inmunogenética materno- fetal deberá estudiarse mediante diseños analíticos con grupos comparadores y ajuste por factores de confusión

Vitamina D en mujeres con Infertilidad

ENRIQUE REYES MUÑOZ, PATRICIA AGUAYO GONZÁLEZ, ROLANDO DEL CASTILLO ROMERO, VANESA MORALES HERNÁNDEZ, JORGE SÁNCHEZ VARELA
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: La deficiencia e insuficiencia de vitamina D se han asociado con resultados adversos a nivel reproductivo. Pocos estudios han evaluado la prevalencia de deficiencia de vitamina d en mujeres con infertilidad.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, transversal, prospectivo y analítico. Se incluyeron mujeres con infertilidad, entre 18 y 42 años de edad, a quienes se les realizó la medición de 25-hidroxi-vitamina d. Se excluyeron mujeres que tomaron suplementos o multivitamínicos con vitamina d seis meses previos al estudio. La deficiencia fue definida como una



concentración de vitamina D menor de 20 ng/mL, la insuficiencia como 20-29.9 ng/mL, y la suficiencia >30 ng/mL.

RESULTADOS: Se incluyeron 387 participantes. La edad promedio fue 32.9 ± 4.3 años, la concentración promedio de vitamina d fue: 20.5 ± 6.7 ng/mL. Peso normal: 24.7%, sobrepeso: 46.6%, obesidad: 28.6%, el 53% tenía resistencia a la insulina. La prevalencia de deficiencia (IC95%): 51.5% (46.4-56.5%); insuficiencia: 39.5% (34.8-44.9%); y suficiencia: 9% (6.6-

12.3%). Hubo una correlación negativa entre concentración de vitamina D e índice de masa corporal, $r=-0.13$; $p=0.005$, las mujeres con peso normal y sobrepeso, tuvieron un porcentaje significativamente mayor de suficiencia de vitamina d que las mujeres con obesidad.

CONCLUSIÓN: La deficiencia e insuficiencia de vitamina D afectan a 9 de cada 10 mujeres mexicanas con infertilidad. A mayor índice de masa corporal, menor concentración de vitamina D.



Climaterio y Menopausia

Riesgo de fractura de cadera con FRAX

VICTORIA MARTÍNEZ GAYTÁN, VÍCTOR EMILIO ALFARO RODRÍGUEZ, HID FELIZARDO CORDERO FRANCO, FRANCISCO RAFAEL FÉLIX HERNÁNDEZ, MARÍA CRISTINA GUERRERO DE LEÓN

Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Ginecoobstetricia 23.

ANTECEDENTES: El índice FRAX (*fracture risk assessment tool*) es una herramienta para evaluar el riesgo de fracturas osteoporóticas a 10 años en la menopausia implican la caída de las concentraciones de estrógenos, la menopausia quirúrgica suele desencadenar una pérdida ósea más rápida y significativa debido a la abrupta disminución hormonal, lo que puede incrementar el riesgo de fracturas a corto plazo.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, transversal, analítico y prospectivo, hicieron:do en, clínica de menopausia de umae hgo n°23 82 pacientes, dos grupos de 41 pacientes: grupo a mujeres mayores de 40 años con IMC <30 y menopausia quirúrgica posterior a ooforectomía bilateral, y con grupo b mujeres mayores de 40 años con IMC menor de 30 menopausia fisiológica con más de un año de evolución. Riesgo de fractura de cadera con algoritmo fr

RESULTADOS: Índice de de FRAX para fractura de cadera, el grupo a menopausia fisiológica con un riesgo bajo para fractura 41 (100%) comparado grupo b menopausia quirúrgica riesgo bajo de 24 (58%), un riesgo moderado 3(7%) riesgo alto 14 (34%).

CONCLUSIÓN: El riesgo de fractura de cadera con el algoritmo de FRAX. Fue mayor las pacientes con menopausia quirúrgica en un 34% de riesgo alto en comparación a menopausia fisiológica, el 100% de riesgo bajo. La evaluación del riesgo de fractura es dirigida a quienes tienen un alto riesgo de fractura. El uso de t-score de la dmo como único umbral para la intervención es subóptima en nuestro estudio debemos priorizar la atención en pacientes con menopausia quirúrgica .

Síndrome genitourinario e índice de salud vaginal

VICTORIA MARTÍNEZ GAYTÁN, MARÍA VANESSA SÁNCHEZ MARTÍNEZ, HÉCTOR RENÉ ZAMORA ANDRADE, JORGE FRANCISCO ESTRADA VELÁZQUEZ, ADRIANA LOZANO RUBIO

Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco Obstetricia 23.

ANTECEDENTES: El síndrome genitourinario de la menopausia es un conjunto de cambios y síntomas en los órganos genitales y urinarios causados por la disminución de estrógenos. Este síndrome es muy prevalente en torno al 50% al 70% de las mujeres menopáusicas con trastornos sexuales: falta de lubricación y dolor durante las relaciones sexuales, síntomas urinarios de urgencia para orinar, ardor al hacerlo e infecciones urinarias frecuentes.

MATERIALES Y MÉTODOS: Encuesta del índice de salud vaginal en pacientes de consulta de



climaterio el índice de salud vaginal (o índice de Bachmann) es una escala médica que evalúa el grado de atrofia y el estado de la salud en el tracto genitourinario evalúa: elasticidad vaginal, fluidez y consistencia de secreciones, pH vaginal, mucosa epitelial, hidratación vaginal puntuación máxima 25 mínima 5.

RESULTADOS: El índice de salud vaginal aumenta en relación con el apego al tratamiento de 6 meses ($p=0.001$) se relacionó una mayor apego al medicamento con menos síntomas con la escala de síntomas menopáusicos

CONCLUSIÓN: El índice de salud vaginal aumenta en relación con el apego al tratamiento a 6 meses ($p=0.001$) en la evaluación el que mayormente mejoró fue el genitourinario el síndrome genitourinario de la menopausia es un padecimiento altamente prevalente y con frecuencia subdiagnosticado y con importantes repercusiones en la calidad de vida de las mujeres es por eso que en nuestro estudio se evaluó el tratamiento de estrógenos y el síndrome genitourinario donde se vio mejoría a 6 meses.

Nicturia en la menopausia y calidad de vida

ENRIQUE REYES MUÑOZ, ARTURO ARELLANO EGUILUZ, LOURDES MARIELA TORRES-TORRES, GUILLERMO FEDERICO ORTIZ-LUNA, ENRIQUE MARTÍNEZ-VILLAFÁÑA

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

ANTECEDENTES: La nicturia, definida por la international continence society como la nece-

sidad de despertarse una o más veces durante la noche para orinar, afecta la calidad del sueño y el bienestar general. Su efecto sobre la calidad de vida de las mujeres mexicanas en la peri y postmenopausia ha sido poco estudiado.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio transversal en mujeres atendidas en una clínica de peri y postmenopausia en la Ciudad de México. La calidad de vida se evaluó mediante el "international consultation on incontinence questionnaire para nicturia (icq-nqol)". Se incluyeron mujeres de 40 años o más, con menopausia natural, que completaron el icq-nqol. Los criterios de exclusión fueron enuresis, expedientes clínicos incompletos y ooforectomía bilateral.

RESULTADOS: Se incluyeron 262 mujeres; la prevalencia de nicturia fue de 67.2% (ic 95% 61.1-72.6%) de ellas, 33.6% tuvo un episodio y 33.6% tuvo dos o más episodios de nicturia (figura 1). Las medias y desviaciones estándar de las puntuaciones totales del ICIQ-NQOL para mujeres sin nicturia, con uno y dos episodios fueron; 9.2 ± 9.3 , 13.3 ± 8.5 y 23.1 ± 10.9 , respectivamente ($p < 0.001$). Las mujeres con uno, dos o más episodios de nicturia refirieron una calidad de vida de muy mala a muy mala significativamente mayor que las mujeres sin nicturia, $p = 0.001$.

CONCLUSIÓN: La nicturia es altamente prevalente entre mujeres en la peri- y postmenopausia y afecta considerablemente la calidad de vida. Reconocer y tratar la nicturia en las mujeres menopáusicas es fundamental para mejorar su salud física y mental.



Uroginecología

Lesión ureteral-vascular: tratamiento escalonado

SALAZAR MENDOZA FRIDA MICHELLE, GODOY RODRÍGUEZ NANCY, SANDOVAL MARISCAL TREICY ABRIL, BARRAGÁN LOERA LUIS DIEGO, BATRES PADILLA MARCO ANTONIO

ANTECEDENTES: La lesión de vías urinarias ocurre en ~0.33% de la cirugía laparoscópica ginecológica (predominio vesical); la lesión vascular mayor en 0.09%, con mortalidad de 0.001% (1,2). La coexistencia de lesión ureteral completa y vascular ilíaca en el mismo evento es excepcional y no está bien caracterizada en la bibliografía.

CASO CLÍNICO: Paciente de 45 años, con antecedente de tres cesáreas y endometriosis, sometida a exéresis laparoscópica de quiste complejo de ovario izquierdo. Durante el procedimiento se identificó una lesión iatrogénica compleja: sección completa del uréter izquierdo en su segmento yuxtailíaco, lesión de arteria ilíaca interna y externa izquierdas y lesión de vena ilíaca externa izquierda. Se realizó control de daños mediante ligadura vascular, difiriendo la reconstrucción ureteral y presentando durante 10 horas isquemia del miembro pélvico izquierdo. Se realizó reintervención urgente multidisciplinaria (urología ginecológica y cirugía vascular). La reparación vascular consistió en injerto de ptfé 6 mm desde arteria ilíaca común hasta arteria ilíaca externa distal, con ligadura de la vena ilíaca izquierda y permeabilidad confirmada transoperatoriamente. Por pérdida de aproxi-

madamente 5 cm de uréter distal se efectuó reimplante mediante colgajo de boari tubulizado (5x1 cm) con psoas HITCH, anastomosis con monocryl 4-0 y ferulización con catéter doble j 6x24 fr. La cistoscopia transoperatoria confirmó la indemnidad del uréter derecho y la prueba hidrostática resultó negativa para fuga. Después de 10 horas de isquemia, la paciente desarrolló síndrome compartimental de la pierna izquierda, tratado con fasciotomía de los compartimentos posterior profundo, posterior superficial y lateral. A las dos semanas presentaba pulsos distales presentes, extremidad viable, función renal conservada, uresis adecuada e imagen de control sin fuga urinaria. Se programó retiro del catéter doble j a las tres semanas.

CONCLUSIÓN: La lesión ureteral y vascular ilíaca combinada es excepcional pero devastadora. El reconocimiento inmediato, el control de daños y la reconstrucción escalonada con equipo multidisciplinario permiten preservar la función renal y la viabilidad de la extremidad. La vigilancia posoperatoria de la perfusión distal es tan determinante como la reparación misma.

Reconstrucción vulvar en hiperplasia suprarrenal congénita virilizante

DANKELLY RODRIGUEZ VELAZQUEZ GABRIELA GODINEZ SIERRA, FABIAN SANCHEZ SASASTEGUI, SANDRA GABRIELA RULE GOMEZ, VIRIDIANA GORBEA CHAVEZ, JAIME CEVALLOS BUSTILLOS

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



ANTECEDENTES: La hiperplasia suprarrenal congénita virilizante simple es una enfermedad autosómica recesiva caracterizada por alteración en la síntesis de cortisol con niveles normales de aldosterona y exceso de andrógenos. El hiperandrogenismo resultante produce virilización y ambigüedad genital; sin diagnóstico y tratamiento oportunos, estos cambios pueden progresar durante la pubertad y manifestarse como clitoromegalia, representando un reto para el tratamiento reconstructivo.

CASO CLÍNICO: Paciente de 19 años con hiperplasia suprarrenal congénita suprarrenal congénita virilizante simple y crecimiento clitorídeo desde los 15 años. Presentó clítoris de 4 cm, vagina de 6 cm, Ferriman-Gallwey de 13 puntos y seno urogenital bajo estadio III. Se realizó evaluación clínica, hormonal y por imagen. El tratamiento quirúrgico consistió en clitoroplastia con preservación del paquete neurovascular, resección de cuerpos cavernosos, labioplastia e introitoplastia, con seguimiento postquirúrgico a cuatro meses. La evolución postquirúrgica fue satisfactoria. A los cuatro meses de seguimiento se observaron clítoris y labios menores normotróficos, con adecuada conformación anatómica vulvar e introito vaginal sin datos de estenosis. Los hallazgos clínicos demostraron un resultado anatómico favorable posterior a la clitoroplastia con preservación neurovascular, labioplastia e introitoplastia.

CONCLUSIÓN: La clitoroplastia con preservación neurovascular constituye una técnica segura y efectiva para la clitoromegalia secundaria a hiperplasia suprarrenal congénita, permitiendo restaurar la anatomía vulvar. El atención multidisciplinaria y la planificación quirúrgica individualizada son fundamentales para optimizar los resultados funcionales, estéticos y psicosexuales.

Hidradenitis supurativa vulvar

LUNA MARTÍNEZ NATALIA ANDREA, SIERRA PICOS MARÍA FERNANDA, GÓMEZ CASTELLANOS JESSICA MARÍANE

ANTECEDENTES: La hidradenitis supurativa es una enfermedad inflamatoria crónica de la unidad pilosebácea que afecta zonas intertriginosas, caracterizada por nódulos dolorosos recurrentes, abscesos, tractos sinusales y cicatrización, con impacto significativo en la calidad de vida.

CASO CLÍNICO: Paciente de 36 años de edad, nuligesta, con antecedente de parálisis cerebral infantil y síndrome genético en estudio. Con antecedente de dos procedimientos quirúrgicos genitales, sin seguimiento posterior. Inicia con lesiones de evolución crónica presentes en axilas, ingle, mamas y zona genital, caracterizadas por nódulos inflamatorios recurrentes, dolor y episodios de supuración, así como piel con tejido cicatrizal. Debido a importancia en tamaño de lesiones vulvares, estadificación de Hurley III, así como alteración para micción y evacuación, se decide hicieron: r resección quirúrgica (*deroofing*), misma con la que se logra excéresis completa de lesiones. El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico de hidradenitis supurativa. Se inicia tratamiento con rifampicina y clindamicina. En la valoración actual, la paciente se encuentra asintomática, con adecuada evolución, sin presencia de secreción o reaparición de lesiones vulvares. A la exploración se observa adecuada cicatrización, con cambios fibróticos y sin actividad inflamatoria local. Persiste enfermedad activa en región mamaria, con nódulos profundos, indurados, hiperémicos y cicatrices residuales, por lo que se indicó valoración dermatológica y genética con propósito de tratamiento integral y seguimiento multidisciplinario.

CONCLUSIÓN: En casos seleccionados de hidradenitis supurativa con afectación vulvar, el tratamiento quirúrgico puede constituir una estrategia terapéutica efectiva para lograr el control local de la enfermedad, favorecer la recuperación de la calidad de vida y preservar la función urogenital a largo plazo.

Prolapso apical con herniación intestinal

DANKELLY RODRIGUEZ VELAZQUEZ GEORGINA ELIZON-

DO OCHOA, SANDRA RULE GOMEZ, JAIME CEVALLOS BUSTILLOS, LUIS EDUARDO ROMERO NAVA, VIRIDIANA GORBEA CHAVEZ

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

ANTECEDENTES: El prolapso apical posterior a histerectomía puede coexistir con defectos multicompartimentales y herniación del peritoneo. La presencia de un saco de pared delgada, reducible y con peristaltismo debe alertar sobre posible contenido intestinal. Su identificación es fundamental para definir la anatomía, diferenciarlo de o luego de alteraciones de la cúpula vaginal y planificar una reparación quirúrgica segura. Describir la evaluación y el tratamiento vaginal de un prolapso de cúpula estadio iv asociado a un defecto herniario con hallazgos sugestivos de contenido intestinal.

CASO CLÍNICO: Paciente de 48 años, g5 p4 a1 c0, con antecedente de histerectomía vaginal y síntomas de prolapso de seis meses de evolución. La exploración identificó prolapso apical y saco herniario de 4 x 3 x 4 cm, de pared delgada y con peristaltismo visible. Se complementó el procedimiento con resonancia magnética dinámica y se realizó reparación quirúrgica por vía vaginal. Se realizó disección controlada y reducción del contenido del saco herniario, seguida de reparación vaginal del defecto de la cúpula con sutura absorbible y fijación al ligamento sacroespinal izquierdo. El procedimiento permitió reconstruir el defecto fascial y restablecer simultáneamente el soporte apical mediante tejidos propios.

CONCLUSIÓN: El reconocimiento preoperatorio del saco herniario y su posible contenido intestinal permite planificar una disección segura. La reparación integral debe incluir reducción del saco, cierre del defecto fascial y suspensión apical concomitante para disminuir el riesgo de lesión visceral y restablecer la anatomía.

Comparación de la posición incorrecta de la cinta

ITZEL BEATRIZ SALADO MONTIEL, LUIS FERNANDO GONZÁLEZ VENEGAS, GLORIA YOLANDA MARTÍNEZ VILLALOBOS, JESUS ANTONIO SALINAS SALINAS, DAVID MIJEY ESQUIVEL IZAGUIRRE

ANTECEDENTES: La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) es un trastorno frecuente que afecta la calidad de vida. Aunque la cinta suburetral es el tratamiento estándar, existe recurrencia en algunos casos. El ultrasonido transperineal permite evaluar la posición de la cinta y su relación con el éxito quirúrgico, por lo que comparar pacientes con y sin recurrencia es clave para identificar factores asociados a insuficiencia quirúrgica.

OBJETIVO: Comparar la posición incorrecta de la cinta suburetral evaluada por ultrasonido transperineal en mujeres con y sin recurrencia de la IUE.

MÉTODO: Estudio de cohortes retrospectivo, analítico y transversal en mujeres con cirugía antiincontinencia transobturadora. Se compararon pacientes con recurrencia y continentes, analizando características demográficas y hallazgos por ultrasonido transperineal. Se calcularon los Odds Ratio con ic95% para evaluar asociación entre posición incorrecta de la cinta y la recurrencia. Se analizaron 48 pacientes (24 con recurrencia y 24 sin recurrencia), sin observarse diferencias en las características demográficas ni en la evaluación preoperatoria entre ambos grupos. En el postoperatorio, el índice de sandvick y la mejoría subjetiva mostraron diferencias significativas entre los grupos. En la evaluación mediante ultrasonido transperineal, las pacientes con recurrencia tuvieron una mayor distancia cinta-sífnis del pubis ($p < 0.001$), así como un mayor ángulo axial tanto en reposo como en valsalva ($p = 0.004$), además de una menor concordancia en la movilidad uretral ($p = 0.02$) (tabla iv). El tabaquismo, la fibrosis periuretral y la posición incorrecta de la cinta se asociaron de manera significativa con recurrencia.

CONCLUSIÓN: La posición incorrecta de la cinta se asocia con la recurrencia de la IUE.



Análisis urodinámico en la disfunción neurogénica

ITZEL BEATRIZ SALADO MONTIEL, GLORIA YOLANDA VILLALOBOS MARTÍNEZ, LUIS FERNANDO GONZÁLEZ VENEGAS

Unidad Médica de Alta Especialidad 23, Hospital de Ginecoobstetricia.

ANTECEDENTES: La disfunción neurogénica de la vía urinaria inferior del adulto (anlutd) es la función anormal de la vejiga o la uretra, en personas con enfermedad neurológica. La localización y la naturaleza de la lesión influyen en el patrón de los hallazgos urodinámicos.

CASOS CLÍNICO: Se presentan dos casos clínicos relevantes de pacientes con anlutd. Se analizan antecedentes, síntomas urinarios y su correlación en el estudio urodinámico. Las lesiones de neurona motora inferior alteran el arco reflejo y se asocian con detrusor arrefléctico, caracterizado por ausencia de contracción vesical y trastorno de vaciamiento. Las lesiones de neurona motora superior interrumpen el control inhibitorio supra segmentario y preservan el reflejo espinal, lo que favorece la aparición de disinerгия detrusor esfínter.

CONCLUSIÓN: El patrón urodinámico en la anlutd está determinado por el nivel de la lesión neurológica. La correlación clínica, el nivel de la lesión y la urodinamia es fundamental para orientar el diagnóstico y tratamiento.

Fístulas uretrovaginal y rectovaginal

MORALES MEJÍA MICHELL, SÁNCHEZ MARIN DIANA ALEJANDRA

ANTECEDENTES: El traumatismo asociado al parto vaginal puede afectar la vagina, la vulva, el periné y la región periuretral. Aunque las lesiones uretrales son poco frecuentes, pueden acompañarse de incontinencia urinaria o fístula uretrovaginal. De acuerdo con la international

continence society y la international urogynecological association (ICS/IUGA), las fístulas obstétricas pueden originarse por necrosis tisular secundaria a un trabajo de parto prolongado u obstruido, o por lesiones iatrogénicas ocurridas durante procedimientos obstétricos, incluida la episiotomía.

CASO CLÍNICO: Paciente referida a un hospital de tercer nivel de atención. Se analizaron los antecedentes de la atención obstétrica, los hallazgos de la exploración física, la valoración por coloproctología y urología, el informe de la urotomografía con fase de eliminación y el tratamiento indicado.

La valoración clínica y los hallazgos de la urotomografía sustentaron el diagnóstico de fístula uretrovaginal asociada con desgarró de la pared vaginal anterior. Después de la valoración por urología, se indicó mantener la sonda transuretral a derivación continua y se planteó cirugía reconstructiva como tratamiento definitivo. Al momento descrito en este reporte, no se dispone de resultados posteriores a la reconstrucción.

CONCLUSIÓN: El caso destaca la importancia de la exploración sistemática del tracto genitourinario y rectovaginal en el puerperio, así como la atención médica multidisciplinaria para establecer oportunamente la extensión de las lesiones y planificar su tratamiento definitivo.

Reparación abdominal de fístula vesicovaginal

JOSÉ EDUARDO MANJARREZ JUÁREZ, GLORIA YOLANDA MARTÍNEZ VILLALOBOS, LUIS FERNANDO GONZÁLEZ VENEGAS, DAVID MIJEY ESQUIVEL IZAGUIRRE, FRANCISCO YUNIOR CARRILLO MARTÍNEZ

ANTECEDENTES: La fístula vesicovaginal es una comunicación anormal entre vejiga y vagina que causa pérdida urinaria continua, con impacto urogenital, sexual y psicosocial. En países desarrollados su causa principal es quirúrgica, sobre todo la histerectomía. Las fístulas complejas, con fibrosis y cirugías previas, requieren reparación quirúrgica individualizada después de esperar

la maduración de los tejidos. Se presenta un caso secundario a histerectomía obstétrica por percretismo placentario.

CASO CLÍNICO: Paciente de 40 años con histerectomía obstétrica subtotal por percretismo placentario, lesión vesical y 8 cirugías previas por complicaciones. Persistió pérdida urinaria vaginal. El diagnóstico se confirmó con prueba de azul de metileno, uretroscopía y vaginoscopía. Se difirió la reparación hasta la maduración tisular y se realizó fistuloplastia abdominal con ferulización ureteral, cierre en dos planos y prueba de hermeticidad. Se obtuvo consentimiento informado.

La uretroscopía mostró un defecto de aproximadamente 30 mm en cúpula vaginal, por detrás de la barra interureteral, con fibrosis en todo su contorno, a 20 mm del meato derecho y 35 mm del izquierdo. Durante la cirugía se encontraron adherencias y hubo sangrado de 600 cc. La prueba de azul de metileno transoperatoria fue negativa. En el posoperatorio no hubo fuga vaginal ni eventos adversos; tuvo urgencia urinaria por menor capacidad vesical.

CONCLUSIÓN: La reparación abdominal permitió cerrar una fístula vesicovaginal compleja con múltiples cirugías previas, sin fuga vaginal durante la hospitalización. El tejido bien vascularizado, el cierre sin tensión, la distancia a los meatos ureterales y el drenaje vesical prolongado favorecieron el resultado; la función y la recidiva requieren seguimiento.

Resultado de cirugía antiincontinencia en obesidad

MARCO ANTONIO GUTIÉRREZ GONZÁLEZ, GLORIA YOLANDA MARTÍNEZ VILLOBO, LUIS FERNANDO GONZÁLEZ VENEGAS, DAVID MIJEY ESQUIVEL IZAGUIRRE, JESÚS ANTONIO SALINAS SALINAS

ANTECEDENTES: En pacientes con obesidad, el aumento crónico de la presión intraabdominal genera mayor estrés sobre las estructuras del piso pélvico y sobre la cinta suburetral, lo que podría

influir en su eficacia a largo plazo. Estos factores podrían traducirse en una mayor tasa de insuficiencia quirúrgica, así como en un incremento de complicaciones como dolor crónico, erosión de la malla o después de tornos de vaciamiento. No obstante, la evidencia actual es contradictoria, lo que hace necesario generar estudios adicionales, especialmente en poblaciones con alta prevalencia de obesidad.

OBJETIVO: Comparar los resultados funcionales en pacientes con obesidad sometidas a colocación de cinta transobturadora.

MÉTODO: Estudio observacional, analítico, comparativo, retrospectivo y retrolectivo hicieron:do en el servicio de urología ginecológica de la UMAE HGO 23.

No se observaron diferencias en la tasa de éxito quirúrgico entre los diferentes grados de obesidad según la clasificación de la OMS ($p=0.509$). Tampoco se encontraron diferencias al comparar obesidad vs no obesidad (91.6% vs 93.2%, $p=0.776$; or 1.25 ic95% 0.53–2.95). La obesidad mórbida no se asoció con mayor insuficiencia quirúrgica ($p=0.693$). En el análisis multivariado, la obesidad no fue predictor independiente de insuficiencia quirúrgica.

CONCLUSIÓN: El grado de obesidad según la clasificación de la OMS no se asoció con diferencias en la tasa de éxito de la cirugía antiincontinencia. La obesidad, incluyendo la obesidad mórbida, no se identificó como predictor de insuficiencia quirúrgica. Estos resultados sugieren que la cirugía antiincontinencia es igualmente efectiva independientemente del índice de masa corporal y que la obesidad no debe considerarse un factor limitante para el tratamiento quirúrgico.

Retención urinaria en uroginecología

RENÁN FRANCISCO ENCINAS FERNÁNDEZ, LUIS FERNANDO GONZÁLEZ VENEGAS, DAVID MIJEY ESQUIVEL IZAGUIRRE, IRMA ALYTET BALDERAS CERDA, JONATHAN DAVID MELÉNDEZ VÁZQUEZ

ANTECEDENTES: La retención urinaria post-



peratoria es una complicación frecuente de la cirugía uroginecológica, asociada con sondaje prolongado, infección urinaria y retraso del alta. Las pruebas de vaciamiento vesical permiten identificar alteraciones miccionales inmediatas; sin embargo, un vaciamiento satisfactorio al egreso no excluye la aparición posterior de retención urinaria. La identificación de factores asociados podría permitir una vigilancia más estrecha y mejorar el tratamiento postoperatorio.

OBJETIVO: Identificar los factores de riesgo asociados con el desarrollo de retención urinaria tardía en pacientes sometidas a cirugía reconstructiva de piso pélvico y/o cirugía anti-incontinencia que tuvieron una prueba de vaciamiento satisfactoria al egreso.

CASO CLÍNICO: Estudio retrospectivo, analítico, de casos y controles. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años sometidas a cirugía por prolapso de órganos pélvicos o incontinencia urinaria, con vaciamiento $\geq 80\%$ al egreso. Se conformaron dos grupos: casos con retención urinaria tardía, definida como residuo postmiccional mayor de 200 mL, y controles con vaciamiento espontáneo satisfactorio, en proporción 1:2. Se analizaron variables demográficas, clínicas y quirúrgicas mediante pruebas bivariadas y regresión logística, calculando odds ratios e intervalos de confianza.

Se analizaron 45 pacientes: 15 casos y 30 controles. No se encontraron diferencias significativas en edad, IMC, comorbilidades, severidad del prolapso, procedimientos quirúrgicos, sangrado ni eficiencia de vaciamiento postoperatorio. La multiparidad fue significativamente más frecuente en los casos (73% vs. 33%; $p=0.01$), con OR de 5.5 (ic 90%: 1.8–16.5). Después ajuste mediante regresión logística, la multiparidad permaneció asociada con retención urinaria tardía (OR ajustado 6.7; IC90%: 1.9–23.6).

CONCLUSIÓN: La multiparidad, definida como tres o más partos, se asoció con mayor riesgo de retención urinaria tardía pese a una prueba de vaciamiento satisfactoria al egreso. Estos hallazgos sugieren la necesidad de vigilancia

posterior y estudios prospectivos con mayor tamaño muestral.

Divertículo uretral con litiasis múltiple

RENÁN FRANCISCO ENCINAS FERNÁNDEZ, LUIS FERNANDO GONZÁLEZ VENEGAS, DAVID MIJEY ESQUIVEL IZAGUIRRE, DIANA YOTZABEL DEANDA GONZÁLEZ, JESÚS ANTONIO SALINAS SALINAS

ANTECEDENTES: El divertículo uretral femenino es una entidad poco frecuente, con prevalencia de 1 a 6% en mujeres sintomáticas. Se asocia con síntomas urinarios persistentes, infecciones urinarias recurrentes y, clásicamente, la tríada de discomfort, dispareunia y goteo postmiccional. La litiasis intradiverticular constituye una complicación infrecuente relacionada con estasis urinaria y puede contribuir a la persistencia de los síntomas.

CASO CLÍNICO: Paciente de 48 años con síntomas urinarios irritativos crónicos, urgencia urinaria, infecciones urinarias recurrentes y sensación de bulto suburetral. La exploración física mostró tumoración dolorosa en pared vaginal anterior a nivel suburetral. El ultrasonido evidenció un divertículo con múltiples litos. Se realizó diverticulectomía uretral por vía vaginal, con extracción de litos, resección del saco diverticular y cierre completo del soporte periuretral. Se documentó ego patológico y múltiples urocultivos positivos previo al procedimiento. Durante la diverticulectomía se extrajeron más de 30 litos. La paciente tuvo egreso sin complicaciones, permaneció con sonda uretral durante 7 días y posteriormente logró una efectividad de vaciamiento del 100%. Evolucionó con adecuada cicatrización, sin síntomas de vaciado u o después de alteraciones, y urocultivo de control negativo.

CONCLUSIÓN: El divertículo uretral debe considerarse en mujeres con síntomas urinarios persistentes o infecciones urinarias recurrentes. La litiasis intradiverticular es una presentación poco frecuente. La diverticulectomía con resec-

ción completa y reconstrucción uretral puede lograr resultados clínicos favorables.

Colposuspensión de Burch vs o después de técnicas

ERICK ANTONIO CHE CORREA, LEONCIO EDUARDO JIMÉNEZ ALFONSO, GUILLERMO LÓPEZ RODRÍGUEZ, VÍCTOR HUGO CARMONA ORNELAS

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

ANTECEDENTES: La incontinencia urinaria de esfuerzo afecta significativamente la calidad de vida de las mujeres. La colposuspensión de Burch laparoscópica ha resurgido como alternativa libre de material protésico frente a las cintas mediouretrales (TVT y TOT).

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo y comparativo mediante revisión de expedientes de pacientes intervenidas entre enero de 2020 y junio de 2026. Se incluyeron 43 paciente: Burch laparoscópica (n=23), Burch abierta (n=9) y TVT/TOT (n=11). Se evaluaron variables demográficas, resultados perioperatorios y la mejoría clínica mediante el Índice de Sandvik, el cuestionario udi-6 y la percepción subjetiva al mes.

RESULTADOS: La edad media fue de 52.3 ± 10.6 años; el 72.1 % tuvo histerectomía concomitante. La colposuspensión de Burch laparoscópica mostró mejoría significativa en el Índice de Sandvik y UDI-6 ($p < 0.05$). Las cintas mediouretrales tuvieron mayor percepción de mejoría clínica. No se registraron lesiones vesicales, intestinales, vasculares ni conversiones quirúrgicas.

CONCLUSIÓN: La colposuspensión de Burch laparoscópica es una alternativa segura, eficaz y libre de material protésico con resultados comparables frente a la técnica abierta y las cintas mediouretrales. El tamaño de muestra y el seguimiento a un mes limitan determinar la superioridad entre tratamientos, requiriéndose estudios prospectivos a mayor plazo.

Colocación de cinta suburetral TVT retropúbica

BRIANDA IZEL TORRES GRANADOS, JENNIFER ARELI CALDERÓN HERRERA, JOSEFINA NEGRETE RUIZ

Hospital de la Mujer, Morelia, Michoacán.

ANTECEDENTES: La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) constituye una de las principales causas de disfunción del vía urinaria inferior en mujeres. El sling suburetral retropúbico representa una alternativa quirúrgica mínimamente invasiva para su tratamiento. Se presenta la técnica quirúrgica de colocación de una cinta suburetral tvt retropúbica, utilizando malla de polipropileno tipo i, caracterizada por adecuada resistencia mecánica y biocompatibilidad.

MÉTODO: Descripción de la técnica quirúrgica de colocación de un *sling* suburetral retropúbico mediante acceso vaginal, utilizando un sistema de sling retropúbico steema con malla de polipropileno tipo I. El procedimiento incluye disección vaginal, colocación de las guías retropúbicas, exteriorización suprapúbica de la cinta, ajuste libre de tensión y cistoscopia transoperatoria para descartar lesión vesical o uretral.

RESULTADOS: Se realizó la colocación de cinta suburetral mediante acceso retropúbico, con adecuada posición de la malla y sin evidencia de lesión vesical durante la cistoscopia de control. Posterior al procedimiento se observó adecuada remisión de la sintomatología de incontinencia urinaria de esfuerzo, con evolución clínica favorable y sin complicaciones transoperatorias inmediatas.

CONCLUSIÓN: El sling suburetral retropúbico constituye una alternativa quirúrgica mínimamente invasiva para la IUE, habitualmente ambulatoria y con tiempo quirúrgico menor a 30 minutos. Se han reportado tasas de éxito subjetivo de 71–97% a corto plazo y de 51–88% a largo plazo (más de 5 años).

Reparación de fístula vaginal: técnica de Latzco



BRIANDA IZEL TORRES GRANADOS, JENNIFER ARELI CALDERÓN HERRERA, JUAN TINAJERO CORONA

Hospital de la Mujer, Morelia, Michoacán.

ANTECEDENTES: Las fístulas vesicovaginales son comunicaciones anómalas entre la pared vesical dorsal y la vagina anterior, frecuentemente secundarias a lesión vesical iatrogénica posterior a cirugía ginecológica, particularmente histerectomía, responsable de hasta el 75% de los casos. El síntoma cardinal es la incontinencia urinaria continua por vagina, con impacto psicológico, social y sexual significativo. El diagnóstico se apoya en la exploración con espéculo, pruebas de tinción y estudios de imagen. La reparación transvaginal constituye una alternativa mínimamente invasiva; la técnica de latzko permite un cierre anatómico sin tensión mediante colpo-cleisis parcial.

CASO CLÍNICO: Paciente en quien se efectuó la reparación transvaginal de una fístula vesicovaginal localizada en la cúpula vaginal, mediante técnica de latzko. El procedimiento incluye identificación y cateterización del trayecto fistuloso, incisión circunferencial y disección del plano vesicovaginal, preparación de bordes viables, evaluación cistoscópica y cierre vesical en dos planos con sutura absorbible. Posteriormente se hicieron: cierre de la mucosa vaginal en un plano y cistoscopia de control para verificar la integridad vesical y ureteral.

RESULTADOS: Se realizó reparación transvaginal de la fístula vesicovaginal mediante técnica de latzko, logrando adecuada identificación y cierre del defecto. La cistoscopia transoperatoria confirmó localización retrótrigonal, con ambos meatos ureterales permeables y sin evidencia de lesión. La cistoscopia final demostró adecuada integridad vesical, sin persistencia del defecto ni extravasación. Se colocó sonda Foley para drenaje vesical continuo. No se tuvieron complicaciones transoperatorias inmediatas y la paciente evolucionó favorablemente, con cierre exitoso del defecto.

CONCLUSIÓN: La técnica de Latzko constituye una alternativa de primera línea para la reparación transvaginal de fístulas vesicovaginales accesibles. Su ejecución permite un cierre anatómico multicapa, con adecuada exposición y reparación libre de tensión, además de menor tiempo operatorio, sangrado, dolor postoperatorio y estancia hospitalaria. Series comparativas han reportado tasas de éxito de hasta 98%.

Revisión y aplicación de la clasificación de COMPL

GLORIA YOLANDA MARTÍNEZ VILLALOBOS, EVELYN KARINA JUÁREZ RODRÍGUEZ

Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Ginecoobstetricia 23 .

Paciente de 48 años con diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo, posoperada de colocación de cinta transobturadora hace 4 meses, refiere dolor al tacto vaginal, presenta exposición de la malla > 1 cm, por lo que se clasificó como complicación relacionada con prótesis/ injerto: 3bbt3s2.

CONCLUSIÓN: La calculadora se encuentra disponible en internet, al acceso de todos. Al generalizar el uso de esta clasificación podremos tener el contexto completo de cada una de las complicaciones asociadas a la inserción de (mallas, implantes, cintas e injertos) , utilizados en la cirugía de piso pélvico . Los invito a hacer uso de esta clasificación y reportar adecuadamente cada una de las complicaciones que diagnostiquemos.

Evaluación de cintas medio uretrales mediante

LUIS FERNANDO GONZÁLEZ VENEGAS, ITZEL BEATRIZ MONTIEL SALADO, GLORIA YOLANDA VILLALOBOS MARTÍNEZ, JESUS ANTONIO SALINAS SALINAS

Unidad Médica de Alta Especialidad 23, Hospital de Gineco Obstetricia.

ANTECEDENTES: Las cintas medio uretrales constituyen una alternativa eficaz para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE). La evaluación de su posición y relación con la uretra o después de estructuras circundantes puede aportar información ante persistencia o recurrencia de los síntomas. El ultrasonido transperineal permite identificar la cinta, valorar su localización y relación con estructuras anatómicas, además de analizar sus cambios dinámicos durante reposo y maniobras de valsalva.

MÉTODO: Video educativo demostrativo de la evaluación ecográfica de las cintas mediouretrales mediante ultrasonido transperineal. Se describen los diversos planos de evaluación ecográfica en esta modalidad así como las mediciones más útiles en la valoración de cintas mediouretrales.

RESULTADOS: El ultrasonido transperineal permitió identificar la cinta mediouretral y determinar su localización respecto a la uretra y la sínfisis del pubis. Los hallazgos ecográficos se pueden correlacionar con los hallazgos clínicos, especialmente ante recurrencia o persistencia de los síntomas.

CONCLUSIÓN: El ultrasonido transperineal constituye una herramienta accesible y no invasiva para evaluar cintas mediouretrales. Su aplicación sistemática permite caracterizar posición, configuración y relación con estructuras anatómicas proporcionando información útil para valoración objetiva de pacientes con síntomas persistentes, recurrentes o complicaciones posteriores a cirugía.

Culdoplastia de McCall modificada asistida vNOTES

LUIS FERNANDO GONZÁLEZ VENEGAS, JESÚS ANTONIO SALINAS SALINAS, MARTHA SUSANA TINAJERO VIDALES, JOSÉ EDUARDO MANJARREZ JUÁREZ

Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Ginecoobstetricia 23, Monterrey, NL.

ANTECEDENTES: La culdoplastia de mccall y la suspensión a ligamentos uterosacros son técnicas de tejido nativo para soporte apical. La asistencia vnotes permite mejor visualización de uréteres y los segmentos altos de los uterosacros durante la reconstrucción. Se presenta una modificación que combina plicatura uterosacra alta, obliteración del fondo de saco posterior e integración de las fascias pubocervical y rectovaginal, buscando continuidad entre los compartimentos apical, anterior y posterior.

MÉTODO: Video técnico de un caso de una paciente de 64 años con prolapso sintomático pop-q estadio IV, sometida a histerectomía vaginal asistida por vnotes, salpingectomía bilateral, colpoplastia anterior y posterior y perineoplastia. Se muestran dos líneas internas de polipropileno para plicatura uterosacra, una sutura exteriorizada de poliglactina 910 con inclusión del fondo de saco, integración de fascia pubocervical y rectovaginal y fijación de los ángulos de la cúpula con suturas uterosacras previamente referidas.

RESULTADOS: El procedimiento se completó mediante acceso vaginal y asistencia vnotes, permitiendo hicieron: r la plicatura alta de los uterosacros bajo visión endoscópica e integrar la reconstrucción apical con las fascias anterior y posterior. La secuencia quirúrgica demuestra la continuidad entre plicatura uterosacra, colpoplastia y fijación de cúpula, así como la factibilidad técnica de la modificación en el caso presentado.

CONCLUSIÓN: La modificación combina principios de mccall, plicatura alta uterosacra e integración fascial mediante vnotes para reconstruir con tejido nativo el soporte apical, anterior y posterior. Se requieren estudios comparativos y seguimiento prolongado para establecer resultados anatómicos, funcionales y de seguridad.

Modelo anatómico de baja fidelidad para sacrocolpopexia laparoscópica

LUIS FERNANDO GONZÁLEZ VENEGAS, OSÉ EDUARDO MANJARREZ JUÁREZ, DAVID MIJEY ESQUIVEL IZAGUIRRE,



FRANCISCO YUNIOR CARRILLO MARTÍNEZ, GLORIA YOLANDA MARTÍNEZ VILLALOBOS

Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Ginecoobstetricia 23, Monterrey NL.

ANTECEDENTES: La sacrocolpopexia laparoscópica es actualmente reconocida como el estándar de oro en la corrección quirúrgica del prolapso de cúpula vaginal, con tasas de éxito anatómico que oscilan entre el 78 y el 100% a largo plazo, superando consistentemente a las técnicas vaginales en términos de durabilidad del resultado y recurrencia. Su principio biomecánico se basa en la restauración del eje vaginal fisiológico mediante la interposición de una malla sintética fijada a la pared anterior y posterior de la vagina y anclada al ligamento longitudinal anterior del promontorio sacro, replicando la función de los ligamentos cardinales y uterosacros.

MÉTODO: Video educativo que describe la elaboración de un modelo anatómico y la realización de la técnica quirúrgica de sacrocolpopexia para la disección de la cúpula vaginal, apertura del espacio presacro y la fijación de material protésico

CONCLUSIÓN: Los simuladores quirúrgicos son herramientas necesarias para la realización de prácticas que permitan el desarrollo de destrezas quirúrgicas, el propósito de este simulador es proveer al residente en formación con las pautas básicas para crear un simulador que se pueda hacer con materiales accesibles y de bajo costo, que sea fácil de utilizar por el operador y reproducible para practicarse las veces que el usuario lo requiera y de esta manera adquiera las competencias profesionales necesarias para la realización de procedimientos quirúrgicos.

Colocación de cabestrillo suburetral autólogo

GLORIA YOLANDA MARTÍNEZ VILLALOBOS, MARCO ANTONIO GUTIÉRREZ GONZÁLEZ, LUIS FERNANDO GONZÁLEZ VENEGAS, DAVID MIJEY ESQUIVEL IZAGUIRRE, SANDRA MARÍA ANNE MACÍAS PÉREZ

Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Ginecoobstetricia 23, Monterrey, NL.

ANTECEDENTES: El cabestrillo pubovaginal con fascia autóloga constituye una alternativa quirúrgica eficaz, especialmente en pacientes en quienes se busca evitar el uso de material sintético. La fascia lata ofrece un tejido autólogo resistente, biocompatible y con bajo riesgo de erosión.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se presenta la técnica quirúrgica de cabestrillo pubovaginal con fascia lata autóloga. Se hicieron: obtención de un segmento de fascia lata del muslo, preparación del injerto, disección vaginal periuretral y paso retropúbico. Posteriormente, el injerto se posiciona a nivel del cuello vesical y se fija suprapúbicamente, procurando un ajuste libre de tensión.

RESULTADOS: Se completó la obtención y colocación del injerto de fascia lata mediante acceso pubovaginal, logrando un adecuado posicionamiento del cabestrillo y preservando la integridad de la vía urinaria. El procedimiento se realizó sin complicaciones transoperatorias asociadas a la técnica.

CONCLUSIÓN: El cabestrillo pubovaginal con fascia lata autóloga representa una alternativa para el tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo. El conocimiento de la técnica de obtención del injerto, la disección retropúbica y su colocación adecuada permite efectuar el procedimiento de forma reproducible, evitando las complicaciones relacionadas con el uso de material sintético.

Puntos clave en fistuloplastia vaginal

GLORIA YOLANDA MARTÍNEZ VILLALOBOS, RENÁN FRANCISCO ENCINAS FERNÁNDEZ, DAVID MIJEY ESQUIVEL IZAGUIRRE, LUIS FERNANDO GONZÁLEZ VENEGAS, FRANCISCO YUNIOR CARRILLO MARTÍNEZ

Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Ginecoobstetricia 23, IMSS.

ANTECEDENTES: Las fístulas vesicovaginales constituyen una complicación urogenital que requiere un tratamiento quirúrgico cuidadoso para lograr el cierre definitivo y preservar la función vesical. La fistuloplastia vaginal requiere adecuada identificación del trayecto fistuloso, resección de tejido no viable y reconstrucción por planos, procurando una adecuada coaptación tisular y evitando tensión sobre la reparación.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se presenta en video la técnica de fistuloplastia vaginal. Se hicieron: identificación del orificio fistuloso mediante visualización endoscópica, seguida de disección y exposición del trayecto. Se efectúa escisión de mucosa excedente y desbridamiento de los bordes para revitalizar el tejido. Posteriormente se hicieron: afrontamiento de la capa muscular y mucosa vesical mediante puntos simples con Vicryl 2-0 en sentido vertical. Finalmente, se efectúa el afrontamiento de la fascia pubocervical y cierre de los tejidos vaginales.

RESULTADOS: Se demuestra la reparación quirúrgica mediante cierre por planos, con adecuada aproximación de los bordes fistulosos y reconstrucción de las estructuras perivesicales. El procedimiento permite obtener una reparación anatómica del defecto, finalizando con cierre vaginal y colocación de sonda uretral.

CONCLUSIÓN: La fistuloplastia vaginal requiere una adecuada identificación del defecto, preparación de bordes y cierre meticuloso por planos. El afrontamiento sin tensión de la pared vesical, fascia pubocervical y mucosa vaginal constituye un punto fundamental para favorecer una reparación anatómica adecuada.

Sacropexia: variaciones anatómicas: serie de casos

VÍCTORIA MARTÍNEZ GAYTÁN, ANGÉLICA FUENTES MARTÍN, DIANA YOTZABEL DEANDA GONZÁLEZ, DAVID MIJEY ESQUIVEL IZAGUIRRE, GERARDO JESÚS MARTÍNEZ SALAZAR
Hospital Ginecoobstetrica, Unidad Médica de Alta Especialidad 23.

ANTECEDENTES: La sacrocolpopexia, es el patrón de referencias para la corrección de prolapso de cúpula vaginal. El espacio presacro es muy variable en su anatomía vascular, aunque S1 es el sitio recomendado para la fijación del injerto, el cirujano debe de anclar el injerto en el nivel adecuado, con el fin de evitar lesiones vasculares. El conocimiento anatómico de los límites vasculares es esencial para evitar hemorragias potencialmente mortales.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se estudiaron 12 pacientes con cirugía pélvica por laparotomía hicieron:da por urología ginecológica. Al explorar el espacio pre sacro el punto de referencia fue el PSM, tomando distancia en milímetros con una regla flexible estéril, hasta la vena ilíaca común izquierda (vici), bifurcación de la aorta, arteria ilíaca común derecha (AICD) y uréter derecho (ud).

RESULTADOS: Las estructuras vasculares vici fue el vaso más cercano cefálicamente 8/12 (66%) al área de seguridad del psm con una distancia promedio de 20 mm, seguido en un 33% de la aicd con un promedio de 23 mm. Aun cuando la lesión del úreter no representa un afectación potencialmente mortal, se encontró un promedio de 24 mm entre PSM y el UD.

CONCLUSIÓN: Las distancias encontradas en nuestro estudio respecto al área de seguridad son muy semejantes que las reportadas en la disección cadaverica de diferentes estudios Good y colaboradores publicaron una media entre el PSM y UD de 27.3 mm en 25 disecciones cadavéricas y 29.1 mm en 100 estudios por tomografía vs 26 mm encontrado en nuestro análisis.

Más allá del desgarro obstétrico

EVA CAROLINA VAZQUEZ BORQUEZ, NANCY GODOY RODRÍGUEZ, TREICY ABRIL SANDOVAL MARISCAL, LUIS DIEGO BARRAGÁN LOERA, MARCO ANTONIO BATRES PADILLA

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



ANTECEDENTES: El traumatismo obstétrico puede producir lesiones complejas del suelo pélvico, incluyendo alteraciones del cuerpo perineal, esfínter anal y tabique rectovaginal, con repercusiones sobre la continencia, función sexual y calidad de vida. Las lesiones obstétricas del esfínter anal se presentan en 1–11% de las mujeres después del parto vaginal. Las deformidades tipo cloaca adquiridas después del parto son excepcionales, se presentan en el 0.003% de los partos y suelen ser consecuencia de laceraciones perineales graves, caracterizadas por destrucción del cuerpo perineal, lesión de los esfínteres anales y pérdida del tabique rectovaginal distal.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo, tipo serie de casos, se incluyeron pacientes valoradas en una unidad de uroginecología por síntomas relacionados con disfunción de piso pélvico, las cuales presentan defecto complejo del cuerpo perineal. Se recopilaron antecedentes médicos, antecedentes obstétricos, padecimiento actual. La evaluación anatómica incluyó exploración genital con valoración del trofismo genitourinario, medición de pop-q, tacto rectal valorando tono del esfínter anal, contractilidad voluntaria, identificación y estimación de la extensión circunferencial del defecto esfinteriano, valoración del músculo puborrectal, identificación de lesiones rectales al alcance del dedo explorador, búsqueda de comunicación rectovaginal. A todas las pacientes se le solicitó ultrasonido endoanal como protocolo de estudio.

RESULTADOS: Se incluyeron 4 pacientes, con edades de 28 a 71 años. El tiempo transcurrido desde el último evento obstétrico hasta la valoración fue de 3 a 40 años, evidenciando la persistencia de secuelas del trauma obstétrico a largo plazo. Hallazgos principales: 4/4 (100%) tuvieron incontinencia anal, con puntuaciones de wexner de 10–19. 4/4 (100%) tuvieron hipotonía e hipocontractilidad del esfínter anal. El defecto esfinteriano anterior por ultrasonido endoanal tuvo una extensión de 151°–216°. El

cuerpo perineal estuvo severamente reducido o ausente en 4/4 casos: 2/4 (50%) tuvieron comunicación rectovaginal asociada con cloaca traumática. El tabique rectovaginal estuvo ausente en 2/4 (50%). 2/4 (50%) tuvieron un hallazgo rectal adicional: prolapso rectal de 1 y 2 cm. Los antecedentes obstétricos relevantes incluyeron parto instrumentado, macrosomía fetal y desgarro obstétrico de 4.º grado.

CONCLUSIÓN: El defecto complejo del cuerpo perineal puede constituir una secuela anatómica tardía del trauma obstétrico, incluso décadas después del parto. Su reconocimiento y reparación adecuada podrían ser determinantes para preservar la anatomía y función del piso pélvico.

Incontinencia urinaria de esfuerzo en trastorno de vaciamiento

JOSÉ EDUARDO MANJARREZ JUÁREZ, LUIS FERNANDO GONZÁLEZ VENEGAS, DAVID MIJEY ESQUIVEL IZAGUIRRE, DIANA YOTZABEL DEANDA GONZÁLEZ, NIDIA EDNIE OLIVARES ESPINO

Unidad Médica de Alta Especialidad HGO 23, Monterrey Nuevo, Leon

ANTECEDENTES: La coexistencia de incontinencia urinaria de esfuerzo y disfunción de vaciamiento representa un desafío clínico relevante en urología ginecológica. Un trastorno miccional modifica el procedimiento diagnóstico y terapéutico de la IUE, incrementa el riesgo de retención urinaria postquirúrgica y obliga a una estratificación individualizada antes de cualquier intervención antiincontinencia. La bibliografía disponible aborda ambas condiciones de forma independiente, sin ofrecer un algoritmo integrado que oriente la toma de decisiones cuando coexisten.

MATERIALES Y MÉTODOS: Revisión bibliográfica sistemática de estudios clínicos publicados entre 2017 y 2024 en bases de datos PubMed y Cochrane, utilizando los términos: stress urinary incontinence, underactive bladder, acontractile

detrusor, clean intermittent catheterization, adjustable sling, bulking agents.

CONCLUSIÓN: La coexistencia de IUE y disfunción de vaciamiento requiere un tratamiento secuencial estructurado. Optimizar el vaciamiento vesical antes de la corrección quirúrgica de la IUE es una condición necesaria para garantizar la seguridad del procedimiento y la resolución de la continencia. El algoritmo propuesto integra criterios urodinámicos objetivos, opciones terapéuticas escalonadas y estratificación quirúrgica por riesgo, ofreciendo una herramienta clínica práctica y basada en evidencia para la toma de decisiones en esta población.

Despuéstorno de vaciamiento por colocación de cinta TOT

MARCO ANTONIO GUTIÉRREZ GONZÁLEZ, LUIS FERNANDO GONZÁLEZ VENEGAS, DAVID MIJEY ESQUIVEL IZAGUIRRE, GLORIA YOLANDA MARTÍNEZ VILLALOBOS, NIDIA EDNIE OLIVARES ESPINO

Hospital de Ginecoobstetricia, Unidad Médica de Alta Especialidad 23, Monterrey NL.

ANTECEDENTES: Las cintas sub uretrales han impactado favorablemente la calidad de vida, sin embargo, no están exentas de complicaciones. La técnica de ajuste ideal utilizada para la colocación de la malla "libre de tensión" no se

ha estandarizado por completo. Una colocación inadecuada puede condicionar un trastorno de vaciamiento o un fracaso quirúrgico.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, analítico, transversal, retrospectivo, retrolectivo. Se incluyeron mujeres, mayores de 18 años, valoradas en el servicio de urología ginecológica, con diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo, sometidas a colocación de cinta transobturadora que contaban con prueba de vaciamiento en el posoperatorio. **RESULTADOS:** se incluyeron en el estudio 302 pacientes: 74 con "técnica de ajuste 8/4", 144 con técnica de interposición y 79 con técnica de plicatura.

RESULTADOS: Los signos y síntomas preoperatorios y los procedimientos concomitantes a la cirugía anti incontinencia en estudio fueron similares. La tasa de trastorno de vaciamiento posterior a la colocación de la cinta transobturadora fue del 7% (n=6) en las pacientes con técnica de ajuste 8/4, del 5% (n=4) con el uso de la técnica de interposición y del 7% (n=12) con la técnica de plicatura (p=0.8). Los parámetros de vaciamiento evaluados antes y después de la cirugía se modificaron significativamente en todos los grupos.

CONCLUSIÓN: De acuerdo con nuestros resultados no existe diferencia significativa en la tasa de vaciamiento en el posoperatorio inmediato según la técnica de ajuste de cinta transobturadora



Oncología

Dolor postmastectomía gabapentina / convencional

VÍCTORIA MARTÍNEZ GAYTÁN, CÉSAR GUADALUPE ROCHA AVILÉZ, MAGALY DENISE PEÑA ARRIAGA, EMMANUEL EDÉNDE LOS REYES SALINAS, GONZÁLEZ VENEGAS LUIS FERNANDO

Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital De Ginecoobstetricia 23.

ANTECEDENTES: El dolor postoperatorio es una respuesta aguda y predecible ante el daño en los tejidos causado por una intervención quirúrgica el tratamiento oncológico, conlleva una alta incidencia de dolor tanto agudo como crónico, lo que impacta en la calidad de vida de las pacientes

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio experimental, pacientes de cáncer de mama con mastectomía se aleatorizaron dos grupos: grupo A 600 mg de gabapentina 2 horas previas al procedimiento quirúrgico más tratamiento analgésico convencional y grupo B solamente el tratamiento analgésico convencional.

Se evaluó percepción de dolor mediante escala visual análoga de dolor EVA a las 12, 24 y 36 horas posquirúrgicas. En pacientes con EVA mayor a 7 se administró rescate con clonixinato de lisina 100 mg.

RESULTADOS: 20 pacientes a las 12 horas, el grupo con gabapentina reportó una mediana de EVA de 4 (2–5), grupo sin gabapentina 4 (4–6), ($p = 0.14$). A las 24 horas ambos grupos tuvieron una mediana de 2 ($p = 0.73$). A las 36 horas,

ambos grupos tuvieron una mediana de 1 (1–2) ($p = 0.94$).

CONCLUSIÓN: Reducción del dolor en el postoperatorio inmediato a las 12 horas, no se encontró un beneficio claro en la necesidad de rescate analgésico la seguridad observada sugiere que la gabapentina puede ser una alternativa viable en pacientes seleccionadas; la gabapentina es una opción farmacológica tanto para la prevención del alivio del dolor neuropático crónico y dolor postoperatorio

Inflamación sistémica y cáncer de endometrio

LEPE-LEMUS A, ALARCÓN-RANGEL A, AVENDAÑO-MEDA Y, ESPINO-MIER K, NARANJO-TOLEDO V

Hospital General de Zona 1A Antonio de Mucha Macías, IMSS.

ANTECEDENTES: El cáncer de endometrio es la neoplasia ginecológica más frecuente en países desarrollados, frecuente en pacientes postmenopáusicas. Su pronóstico depende del estadio FIGO, estatus ganglionar, invasión linfovascular, profundidad miometrial y clasificación molecular. El índice neutrófilo-linfocito (nlr) es un biomarcador inflamatorio con valor pronóstico; un NLR >3 previo al tratamiento quirúrgico se asocia con un pronóstico menos favorable.

MATERIALES Y MÉTODOS: Población: mujeres con cáncer de endometrio, con indicación de histerectomía para cirugía estadificadora. Criterios de inclusión: deseo anticonceptivo cumplido, expediente completo, confirmación

histopatológica de neoplasia maligna endometrial

RESULTADOS: Nuestros resultados muestran una tendencia hacia una mayor frecuencia de enfermedad con estadio FIGO ≥ 2 entre las pacientes con NLR ≥ 3 . Esta observación es concordante con la hipótesis de que una respuesta inflamatoria sistémica aumentada podría relacionarse con características tumorales de mayor riesgo. Sin embargo, debido al pequeño tamaño de nuestra muestra, estos hallazgos deben considerarse preliminares.

CONCLUSIÓN: Nuestros resultados indicaron que un nlr altos previos al tratamiento eran biomarcadores para una enfermedad en estadio avanzado, se requieren tamaños de muestra más grandes para confirmar nuestros hallazgos

Tratamiento conservador en carcinoma mucinoso de mama

DIEGO VIDAL TORRES, KENIA VALLEJO FABIAN, JESUS HUMBERTO CASTRO CERVANTES, EMILIO MODESTO TREVIÑO SALAS, RICARDO IBARRA PATIÑO

ANTECEDENTES: El carcinoma mucinoso de mama es un subtipo histológico poco frecuente que representa entre el 1 y el 4% de los cánceres de mama invasores. Se caracteriza por abundante mucina extracelular y se clasifica en variante pura y mixta, siendo la primera de mejor pronóstico. Generalmente presenta receptores hormonales positivos, baja afectación ganglionar y alta supervivencia. La cirugía conservadora con técnicas oncoplásticas constituye una alternativa segura y eficaz en pacientes seleccionadas, al ofrecer adecuados resultados oncológicos y estéticos.

CASO CLÍNICO: Paciente de 38 años con carcinoma mucinoso de mama izquierda confirmado por biopsia Tru-cut. Se realizó evaluación clínica, mastográfica e histopatológica, complementada con estudios de extensión para descartar enfermedad metastásica. Debido a las características del tumor, se efectuó cirugía conservadora de

mama mediante técnica oncoplástica de mamoplastia horizontal con patrón "batwings", simetrización contralateral y biopsia de ganglio centinela. Se analizaron los hallazgos quirúrgicos y anatomopatológicos obtenidos.

La paciente fue sometida a cirugía conservadora oncoplástica con biopsia de ganglio centinela y simetrización contralateral, sin complicaciones transoperatorias. El estudio histopatológico reportó carcinoma mucinoso de 63 x 35 mm con márgenes quirúrgicos libres. Se identificó metástasis en uno de tres ganglios centinela analizados, sin evidencia de enfermedad residual. Con base en estos hallazgos, se indicó tratamiento adyuvante con radioterapia y terapia sistémica, con adecuada evolución postoperatoria y preservación satisfactoria de la mama.

CONCLUSIÓN: El carcinoma mucinoso de mama presenta un pronóstico favorable cuando se diagnostica y trata oportunamente. La cirugía conservadora oncoplástica constituye una alternativa segura y eficaz en pacientes seleccionadas, al lograr un adecuado control oncológico, preservar la mama y ofrecer resultados estéticos satisfactorios sin afectar la supervivencia.

Adenosarcoma uterino asociado a inversión uterina

CORZO MATÍAS GABRIELA ANAHÍ, GARCÍA GONZÁLEZ AGUSTINA, HERNÁNDEZ RIVERO DEYSI ANDREA, ESTRELLA ESQUIVEL SAÚL

ANTECEDENTES: El adenosarcoma uterino es una neoplasia mülleriana inusual. Su presentación simultánea con inversión uterina y uropatía obstructiva severa constituye una entidad clínica excepcional que distorsiona la anatomía pélvica y desafía los paradigmas quirúrgicos habituales.

CASO CLÍNICO: Paciente de 59 años, posmenopáusica, que acudió por sangrado transvaginal progresivo, dolor pélvico y protrusión de masa vaginal. Múltiples biopsias previas reportaron tejido necrótico y hemorrágico. La resonancia magnética documentó inversión uterina com-



pleta grado III. La urotac evidenció probable sarcoma con compresión ureteral bilateral, hidronefrosis severa y lesión renal aguda (creatinina 6.0 mg/dL). Después de la colocación de nefrostomías bilaterales y recuperación de la función renal, se efectuó un tratamiento quirúrgico multidisciplinario: laparotomía exploradora, reducción uterina, histerectomía total abdominal, salpingooforectomía bilateral y reparación vesical. El estudio histopatológico definitivo confirmó adenocarcinoma uterino de bajo grado. **CONCLUSIÓN:** La inversión uterina posmenopáusica exige descartar malignidad; las biopsias necróticas no excluyen neoplasia ante sospecha clínico-radiológica. Aunque el tumor cause uropatía grave y extrema distorsión anatómica, la resección completa multidisciplinaria es resolutive. Según guías nccn/esmo, la cirugía es el pilar terapéutico definitivo para adenocarcinomas tempranos de bajo grado, sin embargo por las características de alto riesgo y limitaciones histopatológicas, se solicitó valoración por oncología médica y radioncología para valorar tratamiento adyuvante.

Factores asociados con el cáncer de endometrio

MAYRA GUADALUPE MALAGÓN MALAGÓN, GENARO VEGA MALAGÓN

ANTECEDENTES: El cáncer de endometrio constituye una de las neoplasias ginecológicas más frecuentes. Su desarrollo se ha relacionado con factores hormonales, reproductivos y, particularmente, metabólicos. La identificación del perfil clínico y de los factores asociados en nuestra población permite fortalecer la detección oportuna y orientar estrategias de prevención y atención integral.

OBJETIVO: Determinar los factores asociados al cáncer de endometrio en pacientes atendidas en el HENM, Querétaro, durante el periodo de enero de 2023 a diciembre de 2025.

METODOLOGÍA: Estudio retrospectivo, descriptivo y transversal, periodo: enero 2023 – diciembre

2025, población: pacientes con diagnóstico histopatológico de cáncer de endometrio, muestra: 26 pacientes, variables: sociodemográficas, reproductivas, metabólicas, hormonales, antecedentes familiares oncológicos, características histopatológicas. La edad media: 52.5 años, pacientes posmenopáusicas: 65.3% con una multiparidad: 76.92% de factores metabólicos se destacó la obesidad: 53.84%, hipertensión arterial sistémica: 57.59%, diabetes mellitus tipo 2: 42.31% los antecedentes hormonales: 11.54% y los antecedentes familiares: 23.04% de histopatología y estadio se identificó el adenocarcinoma: 88.64% y estadio FIGO I: 46.51% **CONCLUSIÓN:** El cáncer de endometrio se tuvo en mujeres posmenopáusicas, con importante de obesidad y comorbilidades metabólicas. El adenocarcinoma y estadio temprano, fueron los predominantes. Estos hallazgos resaltan la importancia de mantener una evaluación oportuna ante SUA, particularmente en mujeres posmenopáusicas y con factores de riesgo metabólico.

Cistoadenofibroma seroso papilar

MICHELLE ALEXA FIGUEROA LÓPEZ, FERNANDA DENISSE MIRANDA VILLARREAL, DANIELA OLIVARES MORALES, ADRIANA CRUZ VÁZQUEZ, CLEMENTE RODRIGO SIERRA GARCÍA

ANTECEDENTES: El cistoadenofibroma seroso de ovario es un tumor con características radiológicas que ayudan a distinguirlo de otros tumores fibrosos. Tener en mente su origen histológico ayuda a entender las manifestaciones clínicas y los marcadores tumorales propios de este tumor. Sus características macroscópicas y radiológicas (imágenes de TC/RM) a menudo simulan malignidad.

CASO CLÍNICO: Paciente de 89 años con tumoraciones anexiales bilaterales, evaluada mediante ultrasonido, tomografía, marcadores tumorales y estudio histopatológico. Se confirmó cistoadenofibroma seroso bilateral mediante histopatología, sin invasión estromal ni células malignas en líquido peritoneal.

CONCLUSIÓN: Los cistoadenofibromas serosos de ovario son tumores ováricos benignos poco frecuentes, generalmente unilaterales. La clínica es inespecífica, el diagnóstico se hicieron: de manera incidental mediante estudios de imagen como el ultrasonido pélvico. Se debe completar su estudio con tomografía axial computada o resonancia magnética que es el patrón de referencia. Se recomienda solicitar marcadores tumorales para su caracterización; el tratamiento quirúrgico es el tratamiento de elección y el diagnóstico definitivo se hicieron: mediante histopatología.

Angiosarcoma primario de mama en mujer joven

ANA KAREN RUIZ DIONISIO, JOVELLY PÉREZ BENITEZ, SANDRA ITZEL MONTIEL PADILLA, LORENA PADILLA MARTÍNEZ

ANTECEDENTES: El angiosarcoma primario de mama es una neoplasia vascular maligna excepcionalmente poco frecuente y agresiva, que representa aproximadamente 0.04% de las neoplasias malignas mamarias y afecta predominantemente a mujeres jóvenes. Su etiología permanece incierta y no se han establecido factores predisponentes definidos. La presentación clínica e imagenológica es inespecífica y puede simular lesiones benignas, favoreciendo el retraso diagnóstico. Su baja incidencia limita la evidencia disponible, basada principalmente en series retrospectivas y reportes de casos.

CASO CLÍNICO: Paciente de 20 años con diagnóstico histopatológico de angiosarcoma primario de mama. Se revisaron retrospectivamente los antecedentes clínicos, estudios de imagen, hallazgos histopatológicos e inmunohistoquímicos, tratamiento quirúrgico y evolución posterior. Se efectuó revisión de la bibliografía disponible sobre epidemiología, factores de riesgo, características clínicas, diagnóstico y tratamiento del angiosarcoma primario de mama. Se confirmó angiosarcoma primario de mama derecha de alto grado en una paciente de 20

años. El estudio histopatológico evidenció un tumor de 15 x 10 x 6 cm, con infiltración cutánea, del complejo areola-pezones e invasión linfovascular. Se identificó afectación metastásica en 13/25 ganglios linfáticos. La tc toracoabdominal posquirúrgica mostró micronódulos pulmonares sugestivos de enfermedad metastásica. Actualmente recibe tratamiento sistémico con paclitaxel.

CONCLUSIÓN: El angiosarcoma primario de mama es una neoplasia infrecuente y agresiva, con presentación clínica e imagenológica inespecífica que puede dificultar su diagnóstico. La sospecha clínica, confirmación histopatológica, estadificación y atención multidisciplinaria oportunos son fundamentales para establecer un tratamiento adecuado.

Cáncer de mama masculino: un caso atípico

LEOPOLDO SANTIAGO SANABRIA, MAURICIO DEVARAS RAMOS, REGINA SÁNCHEZ RAMOS, EMILIANO AMAYA BECERRIL, EDUARDO PRECIADO ORGAZ

ANTECEDENTES: El cáncer de mama masculino es una neoplasia poco frecuente que representa cerca del 1% de los cánceres mamarios. Suele diagnosticarse después de los 60 años y presentarse como una masa retroareolar unilateral e indolora, ocasionalmente asociada con retracción del pezón o adenopatías. Su baja incidencia y menor percepción del riesgo pueden retrasar el diagnóstico. La mayoría de los casos corresponde a carcinomas invasores con expresión de receptores hormonales.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 65 años con tumoración retroareolar izquierda de crecimiento progresivo, indolora y asociada con retracción del pezón. La exploración identificó masa firme e irregular y adenopatía axilar ipsilateral. La mastografía y el ultrasonido mostraron una lesión BI-RADS 5. La biopsia confirmó carcinoma invasor de tipo no especial, receptor hormonal positivo. Se realizó mastectomía total con estadificación axilar y posteriormente trata-



miento adyuvante individualizado según estadio e inmunofenotipo.

El cáncer de mama masculino suele diagnosticarse en edades avanzadas y presenta con frecuencia localización retroareolar y expresión de receptores hormonales. La ausencia de programas de tamizaje y la baja percepción de riesgo pueden contribuir al retraso diagnóstico. El tratamiento sigue principios similares a los empleados en mujeres, aunque la mastectomía continúa siendo frecuente. La evaluación genética resulta especialmente relevante por la asociación con variantes germinales, principalmente en *brca2*.

CONCLUSIÓN: El cáncer de mama debe considerarse ante toda masa mamaria persistente en el hombre. La evaluación clínica, imagenológica e histopatológica oportuna permite establecer el diagnóstico y orientar el tratamiento. La caracterización molecular y la valoración genética complementan un tratamiento integral y pueden aportar información relevante para el paciente y su familia.

Enfermedad de Paget mamaria

LEOPOLDO SANTIAGO SANABRIA, MAURICIO DEVARIS RAMOS, REGINA SÁNCHEZ RAMOS, EMILIANO AMAYA BECERRIL, EDUARDO PRECIADO ORGAZ

ANTECEDENTES: La enfermedad de paget mamaria es una neoplasia infrecuente caracterizada por infiltración de la epidermis del complejo areola-pezones por células malignas, habitualmente asociada con carcinoma ductal *in situ* o invasor subyacente. Su presentación clínica puede simular eccema, dermatitis luego de una dermatosis benignas, favoreciendo retrasos diagnósticos. La persistencia de lesiones unilaterales del pezón, especialmente en mujeres posmenopáusicas y sin respuesta al tratamiento tópico, debe motivar biopsia y evaluación integral de la mama para descartar enfermedad maligna asociada.

CASO CLÍNICO: Paciente de 77 años con prurito, eritema y descamación persistente del complejo areola-pezones izquierdo, inicialmente tratada

como dermatitis, sin respuesta sostenida. La exploración mostró lesión eccematosa unilateral con erosión y retracción del pezón. La mastografía evidenció microcalcificaciones retroareolares BI-RADS 5. La biopsia confirmó enfermedad de paget y carcinoma ductal *in situ* de alto grado. Se realizó mastectomía total izquierda con biopsia de ganglio centinela, con márgenes negativos y sin metástasis ganglionar, evolucionando favorablemente.

La enfermedad de paget mamaria puede confundirse con dermatosis benignas, lo que favorece retrasos diagnósticos. La persistencia unilateral de cambios eccematosos del pezón, especialmente sin respuesta a tratamiento tópico, debe motivar biopsia. Su asociación frecuente con carcinoma ductal *in situ* o invasor obliga a evaluar la mama de forma integral. El tratamiento depende de la extensión de la enfermedad y puede incluir cirugía conservadora o mastectomía, con resultados favorables cuando se establece un diagnóstico oportuno.

CONCLUSIÓN: La enfermedad de paget mamaria debe sospecharse ante lesiones unilaterales persistentes del complejo areola-pezones, especialmente cuando no responden a tratamiento dermatológico. La biopsia temprana y la evaluación de una neoplasia mamaria subyacente son fundamentales para establecer el diagnóstico, definir la extensión y seleccionar oportunamente el tratamiento más adecuado.

Comparación del perfil inmunohistoquímico del cáncer de mama

JAVIER ÁLVAREZ PAYAN, JANNER ROBESPIER SÁNCHEZ CUADRAS, MARÍANA PERALTA SÁNCHEZ, AIALSYNN GUADALUPE GARCÍA SOTO, ISABEL CRISTINA AGUILAR MORAILA

ANTECEDENTES: El cáncer de mama es una enfermedad heterogénea cuyo comportamiento biológico, pronóstico y respuesta al tratamiento varían de acuerdo con las características tumorales. La inmunohistoquímica, mediante la evaluación de los receptores de estrógeno

(re), progesterona (rp), HER2 y KI-67, permite caracterizar el perfil tumoral y orientar su clasificación molecular. La edad al diagnóstico puede asociarse con diferencias en la expresión de estos biomarcadores. Comparar el perfil inmunohistoquímico entre grupos de edad permite identificar patrones biológicos relevantes y contribuir a una mejor caracterización del cáncer de mama en la población estudiada.

OBJETIVO: Comparar la distribución de los subtipos inmunohistoquímicos del cáncer de mama entre diferentes grupos de edad en pacientes atendidas en el hrmcv como objetivos específicos se evaluó la expresión de RE, RP, HER2 Y KI-67, así como la distribución de los subtipos moleculares entre los diferentes grupos etarios

MÉTODO: Se incluyeron 214 pacientes, con edad media de 58.9 ± 11.2 años. El 7.5% tenía <40 años, 39.7% entre 40–59 años y 52.8% ≥ 60 años. Globalmente, 80.8% fueron re+, 65.9% rp+ y 19.6% Her2+; la mediana de ki-67 fue 15%. El subtipo más frecuente fue luminal a (48.6%), seguido de luminal b (34.1%), triple negativo (12.6%) y Her2 enriquecido/positivo (4.7%). La distribución de los subtipos mostró diferencias según la edad ($p=0.001$). En menores de 40 años predominó luminal b (50.0%), seguido de triple negativo (31.2%); entre 40–59 años, luminal b (43.5%) y luminal a (41.2%) tuvieron frecuencias semejantes; en ≥ 60 años predominó luminal a (59.3%). Además, se encontraron diferencias entre grupos para re ($p=0.010$), rp ($p=0.032$) y Her2 ($p=0.033$). Ki-67 fue mayor en las pacientes <40 años (27.5%) que en las de 40–59 (20%) y ≥ 60 años (15%), aunque esta diferencia no alcanzó significación estadística ($p=0.077$).

CONCLUSIÓN: El perfil inmunohistoquímico del cáncer de mama varió significativamente según la edad. Las pacientes menores de 40 años tuvieron mayor frecuencia de subtipos luminal b y triple negativo, mayor positividad para Her2 y menor expresión de receptores hormonales. En contraste, en las pacientes ≥ 60 años predominó

el subtipo luminal a y una mayor expresión hormonal. Ki-67 mostró una tendencia a valores más elevados en mujeres jóvenes, aunque sin alcanzar significación estadística.

Cáncer cervicouterino localmente avanzado durante

LEÓN PÉREZ TANIA ANGÉLICA, CASTALDI BERMÚDEZ LUIS ARTURO, ROMERO ROBLES LUIS, PÉREZ RAMÍREZ GRECIA, GARCÍA ALFEREZ IRMA VIANEY

ANTECEDENTES: El cáncer cervicouterino durante el embarazo tiene una incidencia de 1 a 12 casos por cada 10,000 gestaciones. En enfermedad localmente avanzada, el tratamiento estándar es la quimiorradioterapia con braquiterapia, incompatible con continuar la gestación. Si la paciente decide preservarla, la quimioterapia después del primer trimestre puede servir como puente.

CASO CLÍNICO: Paciente de 35 años, multigesta, sin control prenatal, con sangrado transvaginal a las 16 semanas y tumor cervical exofítico. La biopsia reportó carcinoma epidermoide invasor bien diferenciado, y la tomografía, tumor de 10 cm con conglomerado ganglionar ilíaco de 11 cm (FIGO IIIC1R). Rechazó el tratamiento definitivo y, con consentimiento informado, recibió tres ciclos de platino y paclitaxel.

El peso fetal estimado estaba en el percentil 10, con doppler normal. Se realizó cesárea a las 34.3 semanas: recién nacido de 2070 g, Apgar 8/9. En el puerperio no hubo actividad a distancia. Recibió radioterapia de 50 gy/25 fracciones y cisplatino semanal + braquiterapia de 30 GY al punto a. La PET-CT de diciembre de 2024 no mostró actividad tumoral, y en julio de 2026 seguía sin evidencia de enfermedad.

CONCLUSIÓN: La quimioterapia con platino y paclitaxel logró el control tumoral temporal y prolongó la gestación hasta las 34 semanas. No sustituye a la quimiorradioterapia definitiva y debe ofrecerse en centros con experiencia.



Enfermedad trofoblástica gestacional recurrente

SOFÍA ANDREA ESCAMILLA TORRES, ELVIS MATUS CASTILLO, ANDREA RODRÍGUEZ GUTIÉRREZ, OMAR MONTALVO MATEOS, RAMÓN ADRIÁN MAGAÑA DÁVALOS

ANTECEDENTES: La enfermedad trofoblástica gestacional comprende un grupo de trastornos derivados del tejido trofoblástico, la cual abarca desde la mola hidatiforme hasta la neoplasia trofoblástica gestacional. La presencia de múltiples embarazos molares es infrecuente, y suele asociarse a una predisposición genética, por lo que es fundamental el seguimiento estrecho y la valoración integral.

CASO CLÍNICO: Paciente de 35 años con tres embarazos molares. En 2026 tuvo β -hCG de 1,032,300 mUI/mL y lesión uterina infiltrativa con extensión locorregional, clasificada como neoplasia trofoblástica gestacional FIGO II, probable coriocarcinoma. Recibió metotrexato y posteriormente EMA-CO. Por sangrado, cuadro hipertensivo y abdomen agudo requirió histerectomía de urgencia; la histopatología confirmó coriocarcinoma. Después de reiniciar ema-co, la β -hCG descendió a 6.94 mUI/mL.

CONCLUSIÓN: La recurrencia de embarazos molares requiere vigilancia longitudinal estricta. Este caso muestra la posible progresión hacia neoplasia trofoblástica gestacional y la necesidad de integrar hallazgos clínicos, radiológicos e histopatológicos para orientar el tratamiento y seguimiento.

Cáncer de mama oculto triple negativo

RICARDO HERNÁNDEZ GARCÍA, JEANETTE MARTÍNEZ RENTERÍA, ANDREA GARCÍA BRAVO, EFRAÍN CRUZ RODRÍGUEZ

ANTECEDENTES: e utilizo la información encontrada en el expediente de la paciente del caso clínico así como una revisión de la bibliografía en cuanto al diagnóstico y tratamiento de estos casos. La incidencia del cáncer de mama oculto es de aproximadamente 0.3-1.0%. El tratamien-

to incluye quimioterapia neoadyuvante, más inmunoterapia, seguido de linfadenectomía y posteriormente radioterapia.

CASO CLÍNICO: Paciente de 72 años con los siguientes antecedentes ginecoobstétricos: menarquia 13 años, ciclos regulares 30x4, fecha de última menstruación 2008, inicio de vida sexual a los 27 años, una sola pareja sexual, tres embarazos y tres cesáreas, última citología cervical 2023 negativa para displasia.

CONCLUSIÓN: El procedimiento diagnóstico de esta afección es complejo porque requiere sospecha diagnóstica cuando no tenemos un nódulo mamario identificable.

Perforación uterina en paciente con cáncer ECIIC1

YÁÑEZ MORALES CAROLINA, OGAZ ESPARZA JESÚS JOSÉ, ESPARZA VARGAS CRISTIAN IVÁN, ARRONIZ CORRO MARÍA FERNANDA

CASO CLÍNICO: Paciente en la cuarta década, con menarquia a los 15 años. Ciclos menstruales regulares, 28 x7 días. Inicio de vida sexual activa a los 15 años. Con tres parejas sexuales. Citología cervical: sin atipias. Enfermedad de transmisión sexual: negadas. Con antecedentes de cuatro embarazos, tres partos y una cesárea con 34.1 semanas de embarazo que finalizó mediante cesárea, obteniendo recién nacido masculino vivo. Se identificó tumoración cervical con perforación uterina, realizándose histerectomía radical, linfadenectomía y resección vesical. Patología confirmó carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado. Actualmente recibe quimioterapia y radioterapia. Se localizó una perforación uterina en cara posterior dependiente de tumoración cervical, por lo que se decide histerectomía radical 3 c, se palpan ganglios pélvicos izquierdos, se resecta 1 ganglio, se resecta implante vesical anterior, durante tiempo transquirúrgico se transfunden 2 pg, 2 gr de calcio, 1 ácido tranexámico, se inician aminos y progresa a sedación general.

CONCLUSIÓN: El cáncer cervicouterino durante el embarazo representa un desafío diagnóstico y terapéutico. Este caso, diagnosticado en el tercer trimestre por sangrado, dolor lumbar y tumoración cervical, correspondió a carcinoma epidermoide con afectación ganglionar, parametrial y vesical. Requirió interrupción del embarazo, cirugía radical y tratamiento oncológico multidisciplinario oportuno, posterior e individualizado.

Sincronismo ginecológico oculto en O-RADS 3

MARTHA SARAHÍ BARRÓN ONOFRE, MARÍA LAURA ESCOBAR BARRIENTOS, ALAN ULISES DIMAS CAMPILLO, EFRÁIN CRUZ RODRÍGUEZ, CUAUHTÉMOC OROS VALLE

ANTECEDENTES: Los tumores sincrónicos del tracto genital femenino son neoplasias primarias independientes infrecuentes, con incidencia menor de 2% de los cánceres ginecológicos. La coexistencia de adenocarcinoma endocervical y tumor seroso anexial es excepcional, aunado a su infrecuente origen paratubárico. El sistema o-rads estratifica el riesgo de malignidad anexial; O-RADS 3 corresponde a bajo riesgo (1–10%). Lesiones indolentes y citologías normales pueden enmascarar neoplasias incipientes. Se reporta el tratamiento transoperatorio y la estadificación de una paciente con doble primario ginecológico subclínico.

CASO CLÍNICO: Reporte de caso clínico de paciente femenina de 41 años con sangrado uterino anormal y masa anexial derecha o-rads 3, hallazgo incidental. Se analizó la correlación clínica, citológica, ecográfica transvaginal, quirúrgica e histopatológica. Después de la identificación transoperatoria de la lesión, se realizó quistectomía con estudio por congelación (ETO). Ante el hallazgo de malignidad, se efectuó cirugía estadificadora oncoginecológica completa. Se recabó el reporte histopatológico definitivo con evaluación ganglionar y peritoneal.

El estudio transoperatorio reportó tumor seroso papilar de bajo grado, con marcadores tumorales preoperatorios normales. La patología definitiva

confirmó tumor seroso papilar de origen paratubárico, de 10x8 cm, sin invasión capsular. El estudio del cuello uterino identificó adenocarcinoma endocervical con invasión mínima de 0.2 cm en pared de 1 cm (FIGO IA1), justificando el papanicolaou previo negativo. La estadificación (ganglios pélvicos bilaterales, omento, correderas parietocólicas, subdiafragmáticas y grasa peritoneal) resultó negativa a neoplasia, confirmando etapa temprana de ambas neoplasias.

CONCLUSIÓN: Las estratificaciones de riesgo de malignidad de masas anexiales y la citología negativa no excluyen neoplasias ginecológicas sincrónicas incipientes. El juicio clínico intraoperatorio y el estudio transoperatorio fueron decisivos para el diagnóstico incidental, permitiendo una estadificación oncoginecológica completa en un solo tiempo quirúrgico y optimizando el pronóstico.

Utilidad del estudio integral del sangrado uterino

JAVIER ALEJANDRO DÍAZ RAMOS

ANTECEDENTES: sangrado uterino anormal: sangrado no relacionado con el embarazo que varía en ritmicidad, volumen y duración, buscando su etiología con el acrónimo palm-coein. Ocurre en el 20-30% de mujeres (ACOG 2022).

CASO CLÍNICO: Paciente de 39 años, app: sin interés, g: 2 p: 1 (17 años) a: 1 (7 años), con dos meses de sangrado transvaginal abundante, persistente, sin respuesta a tratamiento sintomático, acude por fatiga, mareos, síncope.

La ACOG (2013) recomienda: descartar embarazo, historia clínica dirigida, ultrasonido ginecológico para descartar causas orgánicas y toma de biopsia en casos indicados. En nuestro caso clínico se descartó embarazo y el estudio ultrasonográfico reportó endometrio de 22 mm, lo que ameritó biopsia fraccionada con estudio histológico reportando adenocarcinoma endometrial.

RESULTADO: Toda mujer menor de 45 años con



factor de riesgo debe hacerse una anamnesis dirigida a las alteraciones del Palm y Coeïn sin dar tratamientos empíricos, que retrasen el diagnóstico temprano que puede ir en decremento de la vida de la paciente.

Edema vulvar masivo de causa no mecánica dura

JUAN CARLOS OLIVAS CHÁVEZ, ALEJANDRA ANAHÍ CARLOS CHÁVEZ, HILDA ELENA MUÑOZ PARDO, DIANA LAURA RODRÍGUEZ GUEVARA

ANTECEDENTES: El puerperio constituye un periodo de importantes cambios fisiológicos y hemodinámicos en el que pueden manifestarse complicaciones maternas que requieren evaluación oportuna. Eledema vulvar agudo puede asociarse con diferentes mecanismos fisiopatológicos, entre ellos el incremento de la presión hidrostática, disminución de la presión oncótica, aumento de la permeabilidad vascular y alteraciones del drenaje linfático. En obstetricia, se han descrito asociaciones con tornos hipertensivos del embarazo, preeclampsia, enfermedad renal, hipoalbuminemia o después condiciones sistémicas.

CASO CLÍNICO: Se realizó un reporte descriptivo de caso clínico mediante revisión del expediente médico de una paciente con edema vulvar masivo durante el puerperio. Se analizaron antecedentes obstétricos, evolución clínica, estudios de laboratorio y gabinete, incluyendo proteinuria, albúmina sérica, biometría hemática, pruebas de función hepática, ultrasonido renal y radiografía de tórax. Se documentaron hallazgos transoperatorios, características del líquido obtenido del edema vulvar, tratamiento con diurético de asa y drenaje local, así como evolución clínica durante el puerperio hospitalario.

Paciente de 21 años con preeclampsia con criterios de severidad, síndrome hellp Mississippi III, hipoalbuminemia y proteinuria, quien desarrolló edema vulvar masivo puerperal. Se documentaron 1,500 cc de ascitis, albúmina de 2.8 g/dL,

proteinuria de 2.75 g/24 horas, derrame pleural bilateral y líquido perirrenal. El líquido obtenido del edema fue seroso. Se inició tratamiento con furosemida y drenaje local, observándose mejoría clínica progresiva del edema vulvar y anasarca, hasta lograr remisión completa del cuadro clínico.

CONCLUSIÓN: El edema vulvar masivo durante el puerperio puede constituir una manifestación de alteraciones sistémicas asociadas a preeclampsia severa. La evaluación integral permite identificar factores contribuyentes como disfunción endotelial, hipoalbuminemia y proteinuria. El reconocimiento oportuno de su etiología y el tratamiento individualizado favorecen una evolución clínica satisfactoria y previenen complicaciones maternas.

Tumor desmoide mamario infiltrativo

DANITZA JAMILETHE MACÍAS MORALES, SANTIAGO TOLEDO CIRA, SERGIO GUTIÉRREZ CANDIA, CÉSAR ORLANDO ANGULO SÁNCHEZ, DIANA TERESA POMPA LÓPEZ

ANTECEDENTES: La fibromatosis desmoide mamaria es una neoplasia fibroblástica poco frecuente, histológicamente benigna pero localmente agresiva, caracterizada por infiltración de tejidos adyacentes y capacidad de comprometer fascia, músculo y pared torácica. Puede simular una neoplasia maligna por sus características clínicas e imagenológicas. El diagnóstico requiere correlación clínico-radiológica e histopatológica, con apoyo de inmunohistoquímica. Su tratamiento debe individualizarse según extensión, localización, síntomas y posibilidad de control local, debido al riesgo de recurrencia y a la morbilidad asociada con resecciones extensas posteriores.

CASO CLÍNICO: Paciente de 27 años, g1c1, con tumoración de mama derecha de más de un año de evolución. Se realizó ultrasonografía mamaria, tomografía torácica, biopsia e inmunohistoquímica. Ante evidencia de infiltración hacia planos musculares y pared torácica, se

efectuó resección amplia en bloque de mama, músculos pectorales y tres arcos costales, con reconstrucción de la pared torácica mediante malla de polipropileno y colgajo musculocutáneo. La pieza fue enviada a estudio posterior para valoración final.

La ultrasonografía identificó lesión mamaria derecha hipoecogénica irregular de 6 cm, BI-RADS 4c. La exploración evidenció tumoración sólida de 12 x 7 cm, adherida a planos profundos. La biopsia reportó neoplasia mesenquimatosa bien diferenciada y la inmunohistoquímica fue compatible con tumor desmoide, con KI-67 focal de 1%. La tomografía mostró afectación pectoral y costal. Se realizó resección en bloque de tumor de 12 x 10 cm, pectorales y tres arcos costales, con márgenes transoperatorios negativos y reconstrucción torácica. Evolucionó favorablemente.

CONCLUSIÓN: El tumor desmoide mamario puede simular malignidad y presentar infiltración. La integración de hallazgos clínicos, imagenológicos, histopatológicos e inmunohistoquímicos permite establecer el diagnóstico. En lesiones localmente avanzadas, la atención médica multidisciplinaria y la resección en bloque con reconstrucción pueden lograr control local, individualizando la necesidad de tratamiento adyuvante y seguimiento clínico.

CONCLUSIÓN: El CBC debe considerarse en el diagnóstico diferencial de lesiones vulvares crónicas, incluso en ausencia de factores de riesgo. El diagnóstico y tratamiento oportunos permiten control local y pronóstico favorable.

Carcinoma de mama bilateral sincrónico

MARYCARMEN HERNÁNDEZ CARDOSO, DIANA LAURA RODRÍGUEZ GUEVARA, TATIANA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

ANTECEDENTES: El carcinoma de mama bilateral sincrónico se define por la presencia de tumores primarios en ambas mamas diagnosticados simultáneamente o en un intervalo corto. Constituye una presentación infrecuente que

requiere evaluar cada mama de manera independiente. La correlación entre hallazgos clínicos, radiológicos y patológicos es fundamental, especialmente ante resultados discordantes, porque una biopsia inicialmente no maligna no excluye malignidad cuando persisten datos clínicos o imagenológicos sospechosos, haciendo necesaria una reevaluación diagnóstica multidisciplinaria oportuna e integral en este contexto clínico.

CASO CLÍNICO: Paciente de 82 años, con lesiones mamarias bilaterales. Se analizaron hallazgos de exploración física, mastografía, biopsias, tomografía computarizada, características histopatológicas y evolución terapéutica. Se documentaron los resultados de ambas mamas de manera independiente, incluyendo clasificación BI-RADS, receptores hormonales, HER2, tratamiento sistémico, cirugía y patología definitiva. Se integró la correlación clínico-radiológico-patológica, con especial atención a la discordancia diagnóstica observada en la mama izquierda de la paciente.

La mastografía bilateral fue BI-RADS 4c. La mama derecha tuvo carcinoma ductal invasor nos, grado II, RE 90%, rp 30% y HER2 negativo. La biopsia inicial izquierda no mostró malignidad, pese a persistir sospecha clínica y radiológica. Se administraron cuatro ciclos de ec, suspendidos por toxicidad, y anastrozol. Posteriormente se realizó mastectomía radical modificada bilateral. La patología definitiva confirmó carcinoma ductal infiltrante residual bilateral, con tumores de 1.5 cm en mama derecha y 2.5 cm en izquierda. Sin permeación linfovascular.

CONCLUSIÓN: El carcinoma de mama bilateral sincrónico requiere evaluar cada mama de manera independiente. La persistencia de hallazgos clínicos e imagenológicos sospechosos, pese a una biopsia inicialmente no maligna, resalta la importancia de la correlación clínico-radiológico-patológica y de la reevaluación multidisciplinaria para establecer oportunamente el diagnóstico y orientar un tratamiento individualizado adecuado.



Cáncer cervicouterino invasor durante el embarazo

ISRAEL HERRERA ESCOBEDO, KARLA ALEJANDRA RICO ÁVILA, ARANTXA RIVERA VELASCO

Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer, Querétaro.

ANTECEDENTES: El cáncer cervicouterino durante el embarazo requiere integrar la extensión tumoral, las semanas de embarazo y los desenlaces maternos y neonatales. La confirmación histológica del tumor y la evaluación de los hallazgos ganglionares permiten describir con precisión la enfermedad y orientar la atención multidisciplinaria.

CASO CLÍNICO: Paciente de 33 años con embarazo a término y tumor cervical de aproximadamente 7 cm atendida en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer, Querétaro. La biopsia cervical confirmó carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado invasor. Solo se practicó la cesárea, con resultado neonatal inmediato favorable. Se palpó un ganglio pélvico izquierdo indurado, sin biopsia; la tomografía posterior no reportó adenomegalias. Recibió quimioterapia y radioterapia, además de braquiterapia en mayo de 2026. El 3 de junio de 2026 fue declarada libre de enfermedad en la valoración oncológica.

CONCLUSIÓN: La cesárea y el tratamiento oncológico posterior se acompañaron de resultados inmediatos favorables. La ausencia de biopsia ganglionar impide afirmar metástasis histológicamente confirmada. El estado libre de enfermedad corresponde a la valoración de junio de 2026 y requiere seguimiento para establecer la evolución a largo plazo.

Tumor filodes recurrente de mama derecha

VALERIA ONTIVEROS VEGA, LEONARDO ARMANDO GALINDO PARADA, SERGIO GUTIÉRREZ CANDIA

ANTECEDENTES: Estudio descriptivo mediante el reporte de un caso clínico de una paciente de 38 años con antecedente de tumor filodes de mama derecha previamente resecado y recurrencia tumoral. Se revisaron los antecedentes clínicos, exploración física, estudios de imagen, biopsia con aguja gruesa, tratamiento quirúrgico definitivo, así como la evolución postoperatoria y seguimiento clínico.

CASO CLÍNICO: Paciente de 38 años con antecedentes de dos embarazos y dos cesáreas y resección de tumor filodes de mama derecha en 2022. En 2025 tuvo nuevamente crecimiento progresivo de una tumoración mamaria, asociada consensación de calor, irritación local y telorrea hialina no fétida. A la exploración física se identificó una tumoración en la mama derecha, móvil, no dolorosa y de aproximadamente 5 cm. La mastografía del 04/08/2025 reportó un nódulo lobulado, heterogéneo, de márgenes circunscritos, de 59.9 x 46.5 x 74.1 mm, sin adenopatías sospechosas, clasificado como BI-RADS 4b. La biopsia con aguja gruesa fue compatible con un tumor filodes benigno.

CONCLUSIÓN: La heterogeneidad de los tumores filoides puede limitar su clasificación mediante biopsia con aguja gruesa. En este caso, la biopsia sugirió una lesión benigna, mientras que el estudio de la pieza quirúrgica confirmó un tumor limítrofe, lo que destaca la importancia del análisis histopatológico definitivo.

Detección oportuna de cáncer cervicouterino

ADRIANA MONTSERRAT FERRERA SOLIS, KAREN CAMARGO ALFONSO, MARCO AURELIO NAVA CARBAJAL

ANTECEDENTES: El cáncer cervicouterino es una neoplasia potencialmente prevenible mediante vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH), tamizaje y tratamiento oportuno de lesiones precursoras. A pesar de estas estrategias, continúa representando un importante problema de salud pública

CASO CLÍNICO: Paciente de 57 años con sangrado transvaginal de un año, exacerbado las dos semanas previas al ingreso, asociado a anemia severa y pérdida de 5 kg. Citología de julio de 2026: lesión escamosa intraepitelial de alto grado con displasia moderada-severa. Biopsia de agosto: lesión intraepitelial de alto grado y carcinoma in situ. Ante persistencia del sangrado y discordancia histopatológica, se repitió biopsia, confirmando carcinoma epidermoide queratinizante poco diferenciado con invasión linfovascular. Imagen evidenció invasión de vejiga, recto y uréteres distales.

CONCLUSIÓN: Es importante la correlación y seguimiento oportunos de las lesiones cervicales de alto grado para prevenir su progresión. Sin embargo, la atención médica de cada paciente debe individualizarse con base en su estado socioeconómico porque el pronóstico depende mayoritariamente al apego y la posibilidad del seguimiento de cada paciente.

Patrones superpuestos en adenocarcinoma cervical

CAYÓN MAYETT LUZ ALEJANDRA, VARGAS GARCÍA MELISSA, JAIMES LIZCANO ANDERSON, VEGA RODRÍGUEZ ALIX, DÁVILA DUPONT DAVID

ANTECEDENTES: El adenocarcinoma endocervical de tipo gástrico y el carcinoma de células claras son neoplasias cervicales infrecuentes, generalmente independientes del virus del papiloma humano. Su superposición morfológica e inmunohistoquímica puede dificultar el diagnóstico diferencial.

CASO CLÍNICO: Paciente femenina de 48 años, con antecedentes de tres embarazos y dos partos, con sangrado transvaginal intermitente desde octubre del 2022. En julio del 2023, la inmunohistoquímica con napsina a +, p16 +, p53 +, orientó inicialmente a un carcinoma de células claras. En agosto de 2023 se realizó histerectomía tipo a, salpingooforectomía bilateral, ganglio centinela, biopsia de epiplón y resección

de implante sigmoideo. La inmunohistoquímica mostró napsina a -, p16 +, p53 + muc5ac +, Her2 +++ reclasificando a gas estadio IVb. Recibió carboplatino-paclitaxel y radioterapia. En noviembre de 2024 tuvo hidronefrosis bilateral y progresión a cúpula vaginal, recibiendo gemcitabina y vinorelbina. En enero de 2026 tuvo nódulo hepático, obstrucción intestinal y carcinomatosis, requiriendo múltiples intervenciones quirúrgicas. Los implantes peritoneales mostraron carcinoma de células claras con napsina a -, p16 +, p53 +, muc 6 -, pax 8 -, cea +, racemasa +.

CONCLUSIÓN: La superposición de patrones morfológicos e inmunohistoquímicos entre gas y ccc retuvo un reto diagnóstico en este caso. La positividad inicial para napsina a y la ausencia de MUC6 favoreció el diagnóstico de carcinoma de células claras sobre gas. El patrón de p53 histopatológicamente fue interpretado como independiente de VPH. HER2 +++ se asocia con un comportamiento agresivo, invasión linfovascular, mutaciones en p53 y diseminación extrauterina. Más que un marcador aislado, el diagnóstico requiere la integración de la morfológica, inmunohistoquímica y contexto clínico.

Carcinoma de cuello uterino y embarazo

ARREDONDO MALDONADO LUIS ISRAEL, HERNÁNDEZ MENDOZA ELISA, HERNÁNDEZ RAMÍREZ MARÍA DE LOURDES

Hospital General de Zona 4, IMSS, Nuevo León.

ANTECEDENTES: se considera al cáncer de cuello uterino durante el embarazo al periodo comprendido entre el inicio de la gestación hasta un año posterior. Tiene una incidencia de 1/1000 embarazos. El cáncer de cuello uterino es una de las neoplasias malignas más comunes y difíciles de diagnosticar en el embarazo por lo que representa un desafío doble e imperativo de salvaguardar la salud tanto materna como fetal.

CASO CLÍNICO: Paciente de 31 años con



antecedentes de tres embarazos un parto y una cesárea con 35.2 semanas de embarazo, más sangrado transvaginal. El embarazo finalizó por vía abdominal y posterior revisión ginecológica armada con tumoración exofítica cervical con toma de biopsia y transoperatorio positivo a células malignas. Con resultado definitivo histopatológico de carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado (grado 2) queratinizante invasor. Se envió a tercer nivel de oncología médica para radioterapia con 25 sesiones y valorar incremento con bqt.

CONCLUSIÓN: El carcinoma de cuello uterino es el cáncer más frecuentemente diagnosticado durante el embarazo, con incidencias que según la población estudiada, van de 1 en 1,200 a 1 en 10,000 embarazos.

Desenlaces oncológicos en tumores ováricos no epiteliales

JAVIER ÁLVAREZ PAYÁN, LEOPOLDO SANTIAGO SANABRIA,
AUGUSTO RAFAEL VALLE VALDEZ

Hospital Regional Manuel Cárdenas de la Vega,
Culiacán, Sinaloa.

ANTECEDENTES: Los tumores ováricos no epiteliales constituyen un grupo infrecuente y heterogéneo, integrado principalmente por neoplasias germinales y de los cordones sexuales-estromales. Afectan con frecuencia a mujeres jóvenes y presentan comportamiento biológico y pronóstico distintos al cáncer epitelial de ovario. Debido a su baja incidencia, la evidencia sobre factores pronósticos sigue siendo limitada. La identificación de variables clínicas e histopatológicas asociadas con supervivencia podría mejorar la estratificación de riesgo y favorecer un tratamiento más individualizado.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio multicéntrico, analítico y retrospectivo hicieron:do en dos centros entre julio de 2015 y julio de 2020, con seguimiento hasta septiembre de 2025. Se incluyeron mujeres con cáncer de ovario no epitelial

confirmado histológicamente, tratadas en las instituciones participantes y estadificadas según FIGO 2014. Se analizaron variables demográficas, quirúrgicas e histopatológicas, incluyendo preservación de fertilidad, índice mitótico, grado y estadio. La supervivencia libre de enfermedad y global se estimaron mediante kaplan-meier. Los factores pronósticos se evaluaron mediante log-rank y regresión multivariada de cox, considerando significación estadística con $p < 0.05$.

RESULTADOS: Se incluyeron 190 pacientes: 113 con tumores germinales y 77 con tumores de los cordones sexuales. La mayoría se diagnosticó en etapas tempranas. La supervivencia libre de enfermedad a 5 años fue 74.33% y 74.02%, y la supervivencia global 85.84% y 83.11%, respectivamente. En el análisis multivariado, un índice mitótico muy alto se asoció con menor supervivencia libre de enfermedad (RM 3.08) y global (RM 2.56). La pobre diferenciación también se relacionó con peores desenlaces (RM 3.96 y 2.63, respectivamente).

CONCLUSIÓN: El índice mitótico y el grado histológico fueron factores pronósticos independientes de supervivencia libre de enfermedad y global en las neoplasias ováricas no epiteliales. Su incorporación a la estratificación clínica podría mejorar la individualización del tratamiento y seguimiento, particularmente en pacientes con enfermedad en etapas tempranas.

Calculadora preoperatoria de riesgo de cáncer de mama

JAVIER ÁLVAREZ PAYÁN, LEOPOLDO SANTIAGO SANABRIA,
JULIETA GARZA ARRIETA, AUGUSTO RAFAEL VALLE VALDEZ,
MARÍA FERNANDA PALOMERA GARCÍA

Hospital Regional Manuel Cárdenas de la Vega,
Culiacán, Sinaloa.

ANTECEDENTES: La hiperplasia ductal atípica diagnosticada mediante biopsia percutánea tiene un riesgo variable de evolucionar a carcinoma ductal *in situ* o carcinoma invasor. Esta incer-

tidumbre dificulta seleccionar entre escisión quirúrgica y vigilancia activa. La integración de variables clínicas, radiológicas e histopatológicas mediante modelos predictivos podría estimar de forma individualizada el riesgo de carcinoma oculto y favorecer una toma de decisiones más precisa, evitando intervenciones innecesarias sin comprometer la seguridad oncológica.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio multicéntrico, observacional, analítico y retrospectivo efectuado entre 2010 y 2025 en mujeres mayores de 18 años con hiperplasia ductal atípica diagnosticada mediante biopsia percutánea y posterior escisión quirúrgica. Se analizaron variables clínicas, radiológicas e histopatológicas mediante regresión logística univariada y multivariada. Con los predictores seleccionados se desarrolló un nomograma. Su desempeño se evaluó mediante auc-roc, calibración, prueba de Hosmer-Lemeshow, validación interna por *bootstrap* con 1000 repeticiones y análisis de curvas de decisión.

RESULTADOS: El análisis final incluyó 417 lesiones en 401 mujeres. Los predictores in-

dependientes de upgrade fueron: antecedente personal de cáncer de mama (Rma 2.97; IC95%: 1.51-5.84), patrón sólido (Rma 2.68; IC95%: 1.42-5.06), nódulo frente a calcificaciones (Rma 2.31; IC95%: 1.23-4.34), tamaño del mayor foco de hiperplasia ductal atípica (Rma 1.31 por mm; IC95%: 1.08-1.58) y número de cilindros afectados (Rma 1.14 por cilindro; IC95%: 1.01-1.29). El nomograma alcanzó un área bajo la curva de 0.775, sensibilidad de 81.3%, especificidad de 67.8%, valor predictivo negativo de 86.4% y exactitud de 73.5%. La validación interna mostró un área bajo la curva corregida de 0.764, bajo optimismo y adecuada calibración.

CONCLUSIÓN: La calculadora basada en nomograma permitió estimar individualmente el riesgo de *upgrade* en pacientes con hiperplasia ductal atípica. Su adecuada discriminación, calibración y estabilidad respaldan su potencial para complementar la selección entre escisión quirúrgica y vigilancia activa. Se requiere validación externa antes de su implementación generalizada.



Educación

Control vascular por residentes de posgrado

PABLO LARA TREVIÑO, MIGUEL ÁNGEL MEJÍA MARTÍNEZ, JESÚS EMANUEL NIEVES AVILÉS, MIRTHALA MARTÍNEZ RUIZ, VÍCTOR ABRAHAM CAVAZOS GARCÍA

Hospital General ISSSTE Saltillo, Coahuila.

ANTECEDENTES: La hemorragia obstétrica constituye la principal causa de muerte materna en México.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio educativo, prospectivo, longitudinal efectuado de enero 2025 a enero 2026 en el Hospital General del ISSSTE Saltillo, Coahuila.

RESULTADOS: El control vascular (preventivo o terapéutico) disminuye significativamente el volumen de sangrado transquirúrgico y de manera muy importante la tasa de morbilidad extrema en pacientes con complicaciones graves, como el acretismo placentario.

CONCLUSIÓN: Un programa de adiestramiento quirúrgico para el control de la hemorragia obstétrica es fundamental para disminuir la morbilidad y la mortalidad materna mediante la estandarización de técnicas oportunas, la capacitación basada en simulación acelera la toma de decisiones críticas y la ejecución de técnicas de control de daños.

Análisis bibliométrico de los últimos cinco años de *Ginecología y Obstetricia de México*

YARIBELI SUJEY DÁVALOS SEGUNDO, ITZEL ALTAMIRANO MENDOZA

Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Ginecoobstetricia 4, Instituto Mexicano del Seguro Social, Tizapán, Ciudad de México.

ANTECEDENTES: La revista *Ginecología y Obstetricia de México* es el órgano oficial de difusión científica de la FEMECOG. En la actualidad representa un pilar fundamental en el progreso científico de la especialidad en Latinoamérica, indexada internacionalmente recibe y difunde artículos originales de la especialidad, qué factores predicen significativamente el interés de los lectores y cuáles son las áreas con mayor relevancia clínica en la práctica médica ginecológica de Latinoamérica.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo-correlacional con enfoque bibliométrico retrospectivo. Datos obtenidos de la plataforma oficial de *Ginecología y Obstetricia de México*.

RESULTADOS: El estudio tuvo una muestra significativa calculada mediante muestreo aleatorio, donde el diseño de estudio y reportes de caso encabeza la mayor concentración de artículos publicados, el área temática principal es obstétrica, que recibe la mayor cantidad de visualizaciones y publicaciones en Latinoamérica.

CONCLUSIÓN: El estudio bibliométrico refleja una tendencia determinante hacia la publicación de artículos originales y reportes de caso relevantes donde el tema principal es la obstetricia, la oncoginecología es la temática secundaria, la publicación de reportes de caso enriquecen la práctica clínica de la Ginecoobstetricia en Latinoamérica, que es el diseño de estudio que más descargas y visualizaciones reciben en cada artículo publicado.



Instrucciones para los autores

- Los artículos deben enviarse por vía electrónica mediante el sistema de gestión de revisión por pares, junto con el formato de cesión de derechos de autor (firmado por todos los autores) y confirmar que se trata de un artículo inédito. Deben ingresar a <https://revisiõnporpares.com/index.php/GOM>, registrarse y cargar sus archivos, que serán evaluados por pares. La extensión no deberá exceder 15 cuartillas (3100 palabras). El formato de cesión de derechos puede descargarse de la página <https://ginecologiayobstetricia.org.mx> que se encuentra en la pestaña de **Instrucciones para los autores**.

Ningún material publicado en la revista podrá reproducirse sin autorización previa, por escrito, del editor.

Si por algún motivo se solicita el retiro de un artículo publicado, en el Índice consecutivo solo habrá de quedar el título, con sus autores, y la leyenda: "Artículo retirado a solicitud de los autores".

El manuscrito comprende:

- **Títulos completos y cortos en español e inglés, máximo 15 palabras, nombres y apellidos del o los autores.** En el apartado de DECLARACIONES, incluido antes de la lista de REFERENCIAS, deberá especificarse la participación de cada autor en el desarrollo del artículo: adscripción (institución, hospital, departamento o servicio) vinculada con el motivo del trabajo (no se aceptan títulos honoríficos o pasados: expresidente, miembro titular o emérito de tal cual institución, academia o sociedad). Enseguida de la adscripción de cada autor, en la página inicial, es indispensable incluir el nombre de quien recibirá la correspondencia y su dirección electrónica. A continuación se colocará el identificador ORCID de cada autor, con su correspondiente lista de artículos publicados. Si se trata de la primera publicación se citará el título, los datos de la revista, año y volumen.
 - **Adscripciones de los autores.** Son, de manera muy significativa, el respaldo de la seriedad, basada en la experiencia de quienes escriben. Deberá mencionarse la especialidad acreditada junto con el cargo ocupado en un servicio o una dirección.
 - **Resumen.** Los artículos originales llevarán resúmenes estructurados en español e inglés con los siguientes apartados: OBJETIVO, MATERIALES Y MÉTODOS, RESULTADOS y CONCLUSIONES. Su texto no deberá exceder 250 palabras.
 - **Palabras clave.** En inglés y en español, basadas en el MeSH (Medical Subject Headings); para obtenerlas consulte la página www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.htm.
- Después del Resumen en español deberá colocarse su traducción al inglés, con el subtítulo de Abstract.
- El texto del artículo original está integrado por las siguientes secciones:
- **ANTECEDENTES:** Texto breve, no mayor de 50 líneas (de 65 caracteres cada una), que permita al lector ubicarse en el contexto del tema investigado, por qué es relevante estudiarlo, quiénes lo han estudiado y cómo. En el último párrafo de este apartado debe consignarse el **objetivo** del estudio que, invariablemente debe verse reflejado en los resultados.
 - **MATERIALES Y MÉTODOS:** Indicar el tipo de estudio (observacional, retrospectivo, doble ciego, aleatorio, etc.), la selección de los sujetos observados o que participaron en los experimentos (pacientes o animales de laboratorio, incluidos los testigos), las fechas que abarcó y el lugar donde se llevó a cabo. Enseguida se especifican los aparatos (nombre y ciudad del fabricante entre paréntesis) y procedimientos con detalles suficientes para que otros investigadores puedan reproducir los resultados. Explique brevemente los métodos ya publicados pero que no son bien conocidos, describa los métodos nuevos o sustancialmente modificados, manifestando las razones por las que se usaron y evaluar sus limitaciones. Identifique exactamente todos los medicamentos y productos químicos utilizados, con nombres genéricos, dosis y vías de administración. Deben mencionarse los métodos de comprobación utilizados y el porqué de su elección (χ^2 , t de Student, etc.) así como los programas de cómputo aplicados y su versión.
 - **RESULTADOS:** Cantidad de lo estudiado que claramente refleje el cumplimiento del objetivo del estudio y destacar las observaciones más relevantes. Los Cuadros y Figuras deberán colocarse al final del manuscrito; es decir, después de la sección de **Referencias**.
 - **DISCUSIÓN:** Incluye los aspectos nuevos e importantes del estudio, la explicación del significado de los resultados y sus limitaciones, incluidas sus consecuencias para la investigación futura. Además, mencionar lo que otros investigadores han encontrado para reforzar los resultados o, bien, para diferenciarlos de estudios similares. Debe establecerse el nexo de las conclusiones con los objetivos del estudio y abstenerse

de hacer afirmaciones generales y extraer conclusiones que carezcan de respaldo. Proponga nuevas hipótesis cuando haya justificación. También es importante describir las fortalezas y debilidades de la investigación.

- **CONCLUSIONES:** Solo deben referirse a los resultados y su trascendencia, o a su limitación.

OBSERVACIONES GENERALES

El texto no debe incluir abreviaturas de ninguna especie, a pesar de la abundancia de términos, pues ello implicaría remitir al lector a la parte inicial donde se definieron éstos y ello puede conducir al abandono de la lectura por incompreensión. Los símbolos sí están permitidos (L, kg, g, cm, dL, etc.) pero no las abreviaturas, sobre todo cuando no son internacionales o multilingües. No existen dudas para los acrónimos: ADN, HDL, LDL, VLDL, mmHg, etc.

Figuras y Cuadros. Se utilizará el término **Figura** para citar por igual ilustraciones, esquemas, fotografías y gráficas. Se utilizará el término **Cuadro** para citar por igual los cuadros y las tablas. Ambos deben incluirse en forma secuencial enseguida de la lista de referencias y nunca en imagen. Los cuadros y figuras deben numerarse con caracteres arábigos. Cada uno deberá tener un título breve y mencionarse en el cuerpo del artículo. Los cuadros de datos tabulados que contengan exclusivamente texto deberán elaborarse con la aplicación "Tabla" de Word; los esquemas y diagramas, con Power Point; las gráficas de pastel, barras, dispersión, etcétera, con Excel.

- Pueden agregarse anexos con cuestionarios o encuestas utilizados durante la investigación.
- Para las fotografías en versión electrónica debe considerarse: entregar cada una en archivo separado en formato TIFF o JPG. Solo si el tamaño real de las imágenes resulta excesivo, éstas pueden reducirse a escala; dada la pérdida de resolución, no deben incluirse imágenes que requieran aumento de tamaño. La resolución mínima aceptable es de 300 dpi. Si las fotografías se obtienen directamente de cámara digital, la indicación debe ser "alta resolución".
- En el archivo de texto deben incluirse los cuadros y pies de figura, al final, después de las **Referencias**.
- Cuando los cuadros o figuras se obtengan de otro medio impreso o electrónico, deberá adjuntarse la carta de autorización de la institución donde se publicaron. Excepto los casos que carezcan de derecho de autor.
- En los cuadros también deberán evitarse las abreviaturas y, por excepción de su tamaño, se especificarán al pie del cuadro.



- Solo deben incluirse las referencias bibliográficas consultadas para sustentar una afirmación, negación o divergencia en algún concepto. Las referencias deben ser del autor que se cita y no del artículo de éste citado por terceros. Las citas re-referenciadas son motivo de rechazo del artículo. Lo mismo que las que solo se agregan por ser recientes y que en el cuerpo del texto no están suficientemente sustentadas o aludidas. Su orden de aparición en el texto y el número correspondiente debe registrarse utilizando el comando superíndice de Word (nunca deben ponerse entre paréntesis). Para evitar errores se sugiere utilizar la aplicación "insertar referencia" del menú principal de Word. Deben omitirse comunicaciones personales, en cambio, sí se permite la expresión "en prensa" cuando un trabajo se ha aceptado para publicación en alguna revista, pero cuando la información provenga de textos enviados a una revista que no los haya aceptado aún, deberá citarse como "observaciones no publicadas".

DECLARACIONES

Esta sección es tan importante de citar, incluso similar a los metadatos de los autores, por lo que ningún artículo aprobado para publicación debe pasar inadvertido de mencionar esta sección. Sus componentes están integrados por la mención de:

- **Agradecimientos.** En este apartado los autores describirán sus agradecimientos.
- **Conflicto de interés.** Los autores deberán declarar si existen o no conflictos de intereses relacionados con el artículo.
- **Financiamiento.** Los autores expondrán si tienen relación comercial o financiera con algún patrocinador.
- **Uso de IA.** Se indicará si los investigadores recurrieron a la inteligencia artificial para elaborar todo o alguna sección del manuscrito.
- **Contribución de los autores.** Deberá especificarse la participación de cada autor en el artículo (concepción, redacción y diseño, adquisición de datos e información, análisis e interpretación de datos, planificación del artículo).
- **Declaración de derechos humanos y de los animales**

Aunque se de por sentado que gran parte de los estudios son en humanos, ello debe declararse. Lo mismo si se hicieron estudios en animales. Si el estudio fue retrospectivo se mencionará que solo se analizaron expedientes clínicos.

- Referencias clave

Es importante colocar de 3 a 5 referencias importantes utilizadas en el artículo, no importa que se repitan con las expuestas en la sección de referencias generales.

- Permisos

Es importante citar: "Todas las Figuras y Cuadros son originales", es decir, elaboradas por su propia autoría, de lo contrario deberán indicar la fuente bibliográfica de donde obtuvieron o modificaron las Figuras y Cuadros.

REFERENCIAS

En formato APA y utilizando superíndice. Puesto que se trata de una versión electrónica susceptible de consulta solo por este medio, las citas de libros ya no son admisibles por lo que deben buscarse artículos en la Web que sustenten lo afirmado. Con base en esto, todos los artículos deberán contar con su fuente de DOI o enlace que conduzca a su consulta.

Ejemplos

1. Katarina V, Gordana T. Oxidative stress and neuroinflammation should be both considered in the occurrence of fatigue and depression in multiple sclerosis. *Acta Neurol Belg* 2018;34(7):663-9. <https://doi.org/10.1007/s13760-018-1015-8>
2. Guo ZW, Deng CJ, Liang X, Chu EL, et al. A comparative study of three different forecasting methods for trial of labor after cesarean section. *J Obstet Gynaecol Res* 2017; 25 (11): 239-42. <https://doi.org/10.1016/j.jgybfe.2015.04.015>
9. En las REFERENCIAS habrá de citarse un máximo de cuatro autores, seguidos de la voz latina *et al.* Ejemplo: Johnson J, Lawley SD, Emerson JW, Lourence JH, et al. Modeling delay age at natural menopause with planned tissue cryopreservation and autologous transplantation. *AJOG* 2024; 230 (4): 379-68. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.12.037>

Adviértase que la revista *American Journal of Obstetrics & Gynecology* se citó con su abreviatura oficial *AJOG* y no con el título completo. Es así como la cita es correcta.

Es importante citar autores mexicanos y latinoamericanos en su debido contexto, pues ello ayuda a tener mayor impacto. Así mismo, citar artículos de autores con el tema de estudio, sin importancia del idioma de publicación, aportes más sobresalientes al conocimiento. Y sobre todo que se hayan publicado anteriormente en *Ginecología y Obstetricia de México*.

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

Los artículos de revisión deben reunir los siguientes requisitos:

- El autor principal debe tener publicado, al menos, un artículo relacionado con el motivo de la revisión.

- El resumen debe señalar claramente el estado del conocimiento actual y justificar porqué fue necesario revisarlo y cuáles son los aportes más sobresalientes al conocimiento.

Descripción detallada de la metodología de búsqueda de la información: palabras clave, uso de MeSH u otra estrategia (pregunta PICO, etc.), bases de datos consultadas y periodo en el que se realizó la búsqueda.

Especificar la cantidad de artículos localizados, seleccionados y rechazados, además de mencionar los criterios empleados para la selección o rechazo de los mismos. Los criterios aplicados para la selección de los artículos a revisarse deben ser congruentes con los objetivos de la revisión, es decir, la pregunta que trata de responder el artículo. Otro de los aspectos que determina la selección de los artículos es su calidad metodológica y si cumplen con los criterios de calidad científica buscada.

- Las referencias bibliográficas serán tantas como sean necesarias para sustentar todas las afirmaciones que se manifiesten.

Cartas al editor

Deberán reunir los siguientes requisitos:

- Emitir un juicio crítico acerca de un hecho médico de dominio público.
- Opinar acerca de algunos aspectos de la política editorial de la revista médica en cuestión.
- Ampliar, interpretar o explicar algunos aspectos de un trabajo de investigación publicado recientemente en la revista.
- Discutir los resultados de un estudio o señalar defectos metodológicos o de interpretación de los resultados de un trabajo, también recientemente publicado.
- Comunicar en forma breve los resultados de un estudio semejante a otro publicado en la revista.
- Exponer un hallazgo clínico o experimental no descrito previamente en la literatura.

En el orden metodológico, el texto de una carta enviada al editor debe tener una extensión no mayor a 800 palabras o una cuartilla y media.

Pueden incluir, aunque no es habitual, cuadros, figuras o ambos.

Es importante anexar referencias bibliográficas que sustenten los comentarios emitidos.

Las cartas al editor las revisará el Comité Editorial con el mismo rigor que se exige para el resto de los artículos enviados por los autores.



CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Los abajo firmantes estamos conformes con lo mencionado en los incisos previos, como en el tipo de crédito asignado en este artículo:

• TÍTULO DEL ARTÍCULO: _____

• NOMBRE COMPLETO DEL AUTOR O AUTORES: _____

• LOS AUTORES ASEGURAN QUE SE TRATA DE UN TRABAJO ORIGINAL, QUE NO HA SIDO PREVIAMENTE PUBLICADO NI ENVIADO PARA SU PUBLICACIÓN A OTRA REVISTA. MANIFIESTAN QUE NO EXISTE CONFLICTO DE INTERESES CON OTRAS INSTANCIAS PÚBLICAS O PRIVADAS.

• LOS AUTORES ESTÁN DE ACUERDO EN QUE SU TEXTO SEA CORREGIDO DE ACUERDO CON EL CRITERIO DEL EDITOR Y EN CEDER SUS DERECHOS DE PUBLICACIÓN A LA REVISTA GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO.

• NOMBRE Y FIRMA DE TODOS LOS AUTORES: NOMBRE Y FIRMA

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

• VISTO BUENO (NOMBRE Y FIRMA) DE AUTORIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN DONDE SE REALIZÓ EL TRABAJO:

NOMBRE Y FIRMA

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

LUGAR: _____ FECHA: _____

NOTA IMPORTANTE

Los autores deben estar de acuerdo en que los artículos aceptados para publicación serán objeto de una revisión editorial (syntaxis y ortografía) para adaptarlos al estilo propio de la revista, descrito en las Instrucciones para los autores.

Una vez que reciba la comunicación de "artículo aceptado" su contenido no podrá ser corregido ni retirado. Si algún inconveniente hubiere, el mismo deberá aclararse en la correspondiente sección de cartas al editor en la edición inmediata siguiente al envío de la carta.