Concurso de trabajos de investigación para médicos federados

III. Carlos MacGregor Sánchez Navarro

Trabajos de investigación en video

INVESTIGACIÓN EN VIDEO
Video 1

Cesárea humanizada. Centrada en la mujer y el desarrollo

José Octavio Zavala Soto, Laritza Hernández Rivero, René Cerratos Villalobos, Victor Manuel Jiménez, Héctor José Parás Gómez , Ricardo Martín Galván Ruíz
Hospital San José de Hermosillo y Clínica del Noroeste.

ANTECEDENTES: Los índices de cesárea elevados son determinantes no solo en morbimortalidad materna, existe cada vez mas evidencia sobre los posibles efectos negativos a mediano y largo plazo en los hijos nacidos por cesárea electiva o con bajas tasas de lactancia materna exitosa y su influencia en el desarrollo de enfermedades.
OBJETIVO: Demostrar que en la cesárea también es posible llevar a cabo acciones con impacto benéfico a corto y largo plazo sobre el recién nacido como el corte retardado del cordón umbilical, contacto piel a piel inmediato y continuo durante las primeras horas y el inicio de alimentación al seno materno de forma temprana y exclusiva.
MATERIALES Y MÉTODOS: Selección de 4 participantes mujeres en trabajo de parto que tuvieron que pasar a cesárea por indicaciones obstétricas como detención en la dilatación, falla en el descenso o estado fetal no alentador. Se describe técnica de cesárea con atención prioritaria a las necesidades emocionales de la mujer, ambiente cálido y tranquilo, corte oportuno del cordón umbilical, contacto piel a piel inmediato e inicio de alimentación al seno materno dentro de la primera hora de vida y de forma exclusiva por el resto de la hospitalización.
RESULTADOS: Demostramos en el video la secuencia no quirúrgica de los puntos claves para la atención de la pareja embarazada y el nacimiento de su bebé en condiciones de respeto, calidez, empoderamiento al parto y las actividades de retraso en el corte del cordón, contacto directo del bebé a la piel de la madre y su alimentación temprana y exclusiva con leche materna.
CONCLUSIÓN: La técnica de cesárea centrada en la mujer y tomando en consideración los efectos sobre el recién nacido en busca de brindarle las mejores condiciones al nacer que potencien su desarrollo hacia la salud en la adolescencia y vida adulta es posible y recomendable. Deberá estudiarse posteriormente el impacto en la salud y las diferencias al compararla con la cesárea tradicional con y sin trabajo de parto.

INVESTIGACIÓN EN VIDEO
Video 2

Diagnóstico prenatal de anomalías del arco aórtico: la importancia de la distancia aorto pulmonar

Simon Castro Melendez, Cynthia Robina Garcia Castañeda, Gerardo Annuar Zul Segundo
Hospital General Dr. Norberto Treviño Zapata.

ANTECEDENTES: En nuestra experiencia, hemos observado que en fetos con diagnostico de arco aortico derecho y doble arco aortico, el incremento en la distancia aorto pulmonar es una caracteriztica especifica de este tipo de patologia, un signo que es muy facil de observar y no necesita Doppler color.
OBJETIVO: Investigar el incremento en la distancia aorto pulmonar en la imagen de los tres vasos traquea en el diagnostico de arco aortico derecho y doble arco aórtico.
MATERIALES Y MÉTODOS: Pacientes con diagnostco prenatal de anomalias del arco aortco y doble arco aortico, investigar el incremento en la distancia aorto pulmonar como un signo caracteriztico es este tipo de anomalías.
RESULTADOS: El incremento en la distancia entre la arteria pulmonar y la aorta en la imagen de los tres vasos traquea, se presenta en todos los casos de arco aortico derecho y doble arco aortico.
CONCLUSIÓN: Las anomalias del arco aortico son mejor diagnosticadas en la imagen de los tres vasos traquea, donde el incremento de la distancia aorto pulmonar es una caracteriztica especifica de este tipo de anomalías.

INVESTIGACIÓN EN VIDEO
Video 3

Innovación quirúrgica en acretismo placentario

Gonzalo Soto Fuenzalida, Heriberto Reyes Sepúlveda, Reyes Amador Pérez, Ricardo Sepúlveda Malec, Carlos García Rodríguez
ISSSTELEON, Tecnológico de Monterrey.

ANTECEDENTES: La histerectomía obstétrica es un procedimiento que implica una alta morbimortalidad inherente al procedimiento en sí, poniendo en riesgo tanto a la madre como al feto. La alta probabilidad de lesiones a órgano blanco, poli transfusiones, paso de las pacientes a terapia intensiva, y riesgo elevado de shock hipovolémico, hacen de este un procedimiento de alto impacto en nuestra sociedad, y que ocupa los primeros lugares de afectación por muerte materna. La mortalidad materna, además de ser un problema de salud pública, es también un indicador del desarrollo económico de un país, pues hay una evidente brecha entre el número de muertes maternas que ocurren en un país en vías de desarrollo y las que ocurre en uno ya desarrollado.

OBJETIVO: El objetivo de este video es mostrar el abordaje quirúrgico que estamos realizando en nuestras pacientes con acretismo, en donde el pilar fundamental es el trabajo multidisciplinario, y el diagnóstico y planeación correcta de la cirugía.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se realiza un video ilustrativo con los diferentes pasos desarrollados en el abordaje de una histerectomía obstétrica por acretismo placentario. Estudios de imagen para localización placentaria, cateterización de ureteros, buena ubicación de 3 cirujanos para el abordaje, oclusión temporal de arterias iliacas internas, y uso de recuperador sanguíneo para auto transfusión. Todas estas etapas se muestran paso a paso.
RESULTADOS: Mostramos en el video el trabajo previo, con una historia clínica completa, apoyo de estudios de imagen como resonancia magnética nuclear, localización exacta de la placenta. Al momento de la cirugía, tenemos el soporte del servicio de urología para cateterización de ureteros, cirugía vascular para manejo de arterias iliacas internas, el equipo de enfermería y anestesiología, el equipo de ingeniería biomédica para el uso del recuperador sanguíneo, y el grupo de ginecólogos a cargo del abordaje quirúrgico. Los resultados están en relación a no uso o uso mínimo de derivados sanguíneos, buena recuperación post operatoria, y la preparación en el abordaje de probables complicaciones trans y post operatoria.
CONCLUSIÓN: La histerectomía obstétrica es una cirugía que implica una alta morbi mortalidad materno fetal. Los artículos realizados hasta la actualidad son muestra de las altas complicaciones con las que se relaciona este procedimiento. En nuestro centro, estamos desarrollando un abordaje multidisciplinario que busca disminuir la morbilidad materno fetal, mejorar el pronóstico materno, disminuir el uso de derivados sanguíneos y paso a terapia intensiva, y acortar la estancia hospitalaria. El pilar de este esfuerzo es el abordaje por las diferentes especialidades involucradas, así como una adecuada planeación pre operatoria para su abordaje.

INVESTIGACIÓN EN VIDEO
Video 4

Técnica Trejo: sutura compresiva invaginante para control de la hemorragia obstétrica

Manuel Ulises Reyes Hernández, Juan Carlos Trejo Romero, Yumaira Mendoza Tejada, Francisco Alejandro Sandoval García Travesí
Hospital General de Zona 16, IMSS Ciudad Cuauhtémoc.

ANTECEDENTES: La sutura compresiva invaginante, descrita por el Doctor Juan Carlos Trejo Romero, es una técnica quirúrgica conservadora para el manejo de la hemorragia obstétrica.
OBJETIVO: Describir la técnica quirúrgica de la sutura compresiva invaginante (Técnica Trejo), y presentar la casuística actualizada del procedimiento.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, transversal, descriptivo. Pacientes atendidas en el HGZ 16 Ciudad Cuauhtémoc y Hospital de Ginecología y Obstetricia de Ciudad Cuauhtémoc, en quienes se aplicó la sutura compresiva invaginante.
RESULTADOS: Para la aplicación de la sutura compresiva invaginante, se requiere de una sutura sintética de absorción lenta de 70 cm de longitud, con aguja ahusada de 37 mm. En caso de hemorragia posparto se realiza la laparotomía y exterioriza el útero. Si se trata de hemorragia transcesárea se efectúa el cierre de la histerotomía en un plano, La sutura se coloca en la cara uterina anterior o posterior, según el sitio predominante de inserción placentaria. Se identifica claramente la zona que deberá ser abarcada por la sutura compresiva. El primer y segundo puntos se colocan en dirección cefálica, El tercer punto se coloca de manera horizontal y el cuarto dirección caudal. Se efectúa tracción controlada de ambos cabos al realizar el primer medio nudo, mientras el ayudante presiona de manera sostenida el centro del tejido con el propósito de invaginarlo. Se completa el nudo sin perder la tensión, y se corta la sutura restante. Se corrobora el cese de sangrado vía transvaginal, antes de retornar el útero a la cavidad abdominal. Se identificaron 24 pacientes: la técnica Trejo demostró efectividad del 95.8% para el control de la hemorragia obstétrica secundaria a atonía uterina. Sólo una paciente requirió medidas adicionales (Histerectomía obstétrica). El sangrado promedio fue de 2034 ml, y el tiempo de aplicación de la sutura 1.5 minutos. No se identificaron complicaciones.
CONCLUSIÓN: En el manejo de la hemorragia obstétrica secundaria a atonía uterina, sin respuesta a tratamiento farmacológico adecuado, la Técnica Trejo es una herramienta efectiva como primer procedimiento quirúrgico, destacando por su facilidad y el poco tiempo requerido para efectuarla, además permite preservar la fertilidad.

INVESTIGACIÓN EN VIDEO
Video 5

Diagnóstico ultrasonográfico del síndrome de las costillas cortas; polidactilia en el primer trimestre del embarazo

Simón Enrique Castro Meléndez, José Héctor Almaraz Hernández,

Gloria Elizabeth Sierra Hernández, Olaya Yenisei González Rodríguez
Hospital General Dr. Norberto Treviño Zapata.

ANTECEDENTES: Paciente femenino en su primer embarazo, que se presenta a las 13.6 semanas de gestacion para un estudio de ultrasonido de rutina.
OBJETIVO: Describir los signos ultrasonograficos del sindrome costillas cortas polidactilia en el primer trimestre del embarazo.
MATERIALES Y MÉTODOS: La presencia de femur corto, torax estrecho y polidactilia postaxial en manos pies, son caracterizticas del sindrome costillas cortas polidactilia en el primer trimestre de embarazo.
RESULTADOS: La presencia de femur corto, torax estrecho y polidactilia postaxial en manos pies, son caracterizticas del sindrome costillas cortas polidactilia en el primer trimestre de embarazo.
CONCLUSIÓN: El diagnostico de sindrome costillas cortas polidactilia es posible en el primer trimestre de embarazo, ante el hallazgo de un femur corto debemos revisar manos y pies en busca de polidactilia postaxial.

INVESTIGACIÓN EN VIDEO
Video 6

Cirugía de Burch (técnica quirúrgica)

Esther Silvia Rodríguez Colorado, Carlos Ramírez Isarraraz, Viridiana Gorbea Chávez, Ynnakhy Lara Pérez, Christian Ronald Choque Hidalgo
Instituto Nacional de Perinatología.

ANTECEDENTES: La colposuspensión de Burch es una alternativa confiable a los procedimientos de cabestrillo para tratar a las mujeres que presentan incontinencia urinaria de esfuerzo. Pero debido a la facilidad de los procedimientos de cinta medio uretral, la colposuspensión de Burch se ha convertido en una técnica poco utilizada. Se observa una diferencia clara entre la tasa de éxito de la cirugía vaginal y la de la sola cirugía retropúbica en términos de la corrección de la incontinencia de esfuerzo. La reparación vaginal anterior es menos eficaz que la suspensión retropúbica abdominal abierta en términos de tasas de curación informadas por el paciente tanto en un plazo intermedio (tasa de fracaso entre 1 y 5 años después de la reparación anterior, 38% versus 17%, con un RR de 2.29 IC 95% (1.7-3.08) como en el largo plazo (después de 5 años) 38% versus 21%, con un RR de 8.87 IC 95% entre (1.36-23.94). Puede llegarse a la conclusión de que tras un seguimiento a corto plazo, los procedimientos de suspensión retropúbica por vía vaginal y abierta logran tasas de éxito similares para el tratamiento de la incontinencia de esfuerzo. No obstante, con períodos de seguimiento más prolongados, las pacientes sometidas a procedimientos retropúbicos evolucionan mejor que las que se someten a reparaciones vaginales.
OBJETIVO: Referencia de los componentes anatómicos y enfatizar en los elementos fundamentales de la técnica quirúrgica.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un video describiendo los pasos de la técnica quirúrgica.
RESULTADOS: La técnica quirúrgica incluye: 1. Incisión transversa suprasinfisiaria. 2. Ingreso a cavidad: se atraviesa piel, tejido celular subcutáneo, fascia de los rectos y separa los músculos rectos. Se ejerce una suave presión hacia abajo justo detrás y lateral a la sínfisis del pubis permitiendo acercarse a la pared lateral pélvica y la fascia endopélvica. 3. Exposición de la fascia endopélvica lateral al cuello de la vejiga es elevada con un dedo en la vagina. La vejiga y tejidos suprayacentes son movilizados medialmente y superiormente lejos del sitio de colocación de la sutura. 4. Colocación de suturas no absorbibles a ambos lados del cuello vesical y a nivel de la uretra media; el par de suturas proximales se colocan 2 cm lateral a la uretra, dentro de la fascia endopélvica (evitando todo el grosor); el par de suturas más distales se colocan a nivel de la uretra media. 5. Colocación de un brazo de cada sutura a través del ligamento de Cooper ipsilateral. Las suturas proximales se colocan a través de la cara más lateral del ligamento de Cooper y las suturas distales se colocan más medialmente. 6. Las recomendaciones de tensión de las suturas varían, se prefiere que las suturas sean anudadas de tal forma que la fascia endopélvica se levante ligeramente. 7. Se realiza cistoscopia de control.
CONCLUSIÓN: El conocimiento exacto de la técnica quirúrgica es imprescindible para la adecuada realización del procedimiento y de esta forma evitar posibles complicaciones. Nuestro video es de gran utilidad ya que permite la comprensión adecuada de los elementos anatómicos y enfatiza en los elementos básicos de la técnica quirúrgica.

INVESTIGACIÓN EN VIDEO
Video 7

Bolsa contenedora fabricada

Leonel Alfonso Pedraza González, Juan Carlos López Jurado
Hospital Español de México.

ANTECEDENTES: En el siguiente video, mostraremos la manera de cómo fabricamos y utilizamos una bolsa improvisada con una funda para cámara laparoscópica, esto, con el propósito de realizar una extracción más controlada, específicamente, cuando se trata

de miomas de gran tamaño y se requiere el uso de un morcelador. Este artilugio, tiene la finalidad de contener la dispersión de los fragmentos de tejido, que son proyectados durante la morcelación.
OBJETIVO: A la paciente se le retiró un mioma subseroso de aproximadamente 10 cm, con la ayuda de energía ultrasónica, previa aplicación de vasopresina a una dilución de 1/60. Posteriormente reparamos el defecto uterino en 2 planos, con sutura barbada bidireccional.• Por el puerto de 11 mm localizado en FID, introducimos la funda para cámara laparoscópica, la cual hará las funciones de nuestra bolsa contenedora, con la ayuda de un grasper, traccionamos y extraemos la bolsa, hasta el puerto contralateral. Posteriormente, retiramos el trocar para poder abocar la bolsa a la incisión y recolocamos el trocar de alta fijación por dentro de la bolsa. El puerto izquierdo, ahora tiene de manera fija, la porción proximal de la bolsa y aquí es donde colocaremos el CO2, el cual nos ayudara a expandir la bolsa por dentro. Empujamos el extremo la bolsa distal por el puerto derecho, hasta introducirla en su totalidad, ahora, con una pinza de caimán, que entra por el puerto izquierdo, tomamos el mioma y lo llevamos al interior de la bolsa, con la ayuda de la pinza contralateral, que, además, se encargara de traccionar el borde de la bolsa, hacia el puerto derecho, hasta exteriorizarlo. Por el trocar de alta fijación del lado izquierdo se encuentra la manguera de CO2, por aquí entra la lente de 0o, 10 mm y por el lado derecho, de forma directa, se introduce el morcelador. En este momento, el gas se encuentra contenido en su totalidad dentro de la bolsa, a una presión de 14 mmHg, lo que la expande lo suficiente, para permitirnos trabajar de forma cómoda y segura. Se introduce una pinza de caimán o una pozzi laparoscópica para tomar el mioma y comenzar la morcelación. Aquí es inevitable que fragmentos de tejido morcelado, salgan proyectados en todas direcciones, esto, secundario al movimiento propio de la cuchilla giratoria y es aquí donde se aprecia la valía de la bolsa, pues todos los fragmentos serán contenidos dentro de ella, lo que disminuye considerablemente la posibilidad de complicaciones por la presencia de tejido residual.
MATERIALES Y MÉTODOS: Un caso en video de uso de bolsa fabricada para contención de fracciones de tejido moceado.
RESULTADOS: Una vez extraído la mayor parte del mioma, se retira el morcelador y se le realizan dos nudos al extremo distal de la bolsa, es decir, el extremo correspondiente al puerto derecho. Se retira el puerto de alta fijación del lado izquierdo y se tracciona la bolsa bajo un control óptico por el puerto umbilical, hasta extraerla en su totalidad. Se verifica la hemostasia y se procede al cierre de los puertos, con la tranquilidad de no haber dejado fragmentos de mioma extraviados.
CONCLUSIÓN: El suo de la bolsa fabricada proporciona un mejor resultado en la ciurgía de miomectomía y permite el uso de morceladores disminuyendo los riesgos asociados a este procedimiento.

INVESTIGACIÓN EN VIDEO
Video 8

Ventrículo derecho de doble salida: diagnóstico ultrasonográfico en el primer trimestre del embarazo

Simón Enrique Castro Meléndez, Cynthia Robina García Castañeda
Hospital General Dr. Norberto Treviño Zapata de Ciudad Victoria Tamaulipas.

ANTECEDENTES: Paciente femenino 22 años, primigesta, que acude a ultrasonido de rutina a las 13 semanas de embarazo, sin antecedentes personales patologicos de importancia.
OBJETIVO: Presentar los signos ultrasonograficos de ventriculo derecho de doble salida en el primer trimestre, y describir su evolucion hasta el final del embarazo.
MATERIALES Y MÉTODOS: Describir los hallazgos ultrasonograficos de ventriculo derecho de doble salida y su evolucion durante el embarazo.
RESULTADOS: El diagnostico de ventriculo derecho de doble salida puede hacerse en el primer trimestre, se puede observar con claridad la salida de la aorta y de la arteria pulmonar del ventriculo derecho morfologico.
CONCLUSIÓN: El ventriculo derecho de doble salida se puede diagnosticar en el primer trimestre de embarazo, la comunicacion interventricular y la salida en paralelo de las grandes arterias son signos claves que nos deben hacer sospechar en este diagnostico. El diagnostico temprano es importante para brindar a los padres un consejo adecuado.

INVESTIGACIÓN EN VIDEO
Video 9

Aborto tubario completo. Tratamiento laparoscópico conservador

Andrés Marcial Poot, María Fernanda San Juan Córdova
Hospital Regional Puebla, ISSSTE.

ANTECEDENTES: Cuando un embarazo se establece dentro de las trompas de Falopio, puede evolucionar ya sea por ruptura o aborto tubárico, ambas condiciones van acompañadas de sangrado. El embarazo ectópico también es una causa importante de morbilidad y un alto porcentaje de pacientes

afectadas puede volverse infértil. El aborto tubárico completo es importante para el diagnóstico porque permite un tratamiento conservador durante la laparoscopia, lo que garantiza la preservación de la función tubárica y la fertilidad, sin requerir una terapia citostática adicional.

OBJETIVO: Mostrar la técnica laparoscópica conservadora ante la presencia de un aborto tubario secundario a embarazo ectópico, como método quirúrgico con fines benéficos en el futuro reproductivo de la mujer.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó cirugía de mínima invasión (laparoscopía) con el fin de realizar drenaje de un embarazo ectópico de salpinge derecha en localización ampular, con liberación de adherencias entre ovario y fimbria ipsilateral, obteniendo adecuado resultado y preservando la salpinge intacta, esto con el afán de mejorar el pronóstico de fertilidad en la paciente. Dicha paciente se encuentra actualmente en protocolo de estudio para valorar permeabilidad tubárica, posterior a procedimiento descrito.

RESULTADOS: Se logró realizar un procedimiento conservador y de mínima invasión en una paciente que, en circunstancias de urgencia, habría resultado en un procedimiento que condicionaría la necesidad de un posterior procedimiento de fertilidad de alta complejidad, al contar con antecedente de un embarazo ectópico previo y salpingectomía derecha derivada del mismo. La paciente no requirió quimioterapia citotóxica posterior.

CONCLUSIÓN: El manejo conservador podría ser suficiente en el aborto completo de trompas y asegura la preservación de la anatomía y la fertilidad de las trompas, sin requerir una terapia citostática adicional.

INVESTIGACIÓN EN VIDEO
Video 10

HTLR 4 brazos DaVinci X

Mario del Rosario Durón Padilla, Radamés Rivas López, Serafín Romero Hernández, Miguel Loyo Guiot, Pablo Joaquín Cervantes Mondragón
Hospital San Agel Inn Universidad.

ANTECEDENTES: Paciente de 45 años , Núbil. Inicia su padecimiento actual hace 10 años con sangrado uterino anormal llegando a utilizar hasta 8 toallas nocturnas de forma diaria. RMN del 01.07.2019 que reporta Miomatosis uterina de localización intramural que afecta toda la cavidad uterina, algunas con áreas de degeneración quística y otros que causas deformidad de la cavidad endometrial. Conclusión: Útero de 11.4 x 8.7 x 9.5 cm. Mioma subseroso de 4.1 x 2.9 cm, así como 11 imágenes mas hipointensas de características ovoideas, que deforman la cavidad. Quiste complicado en ovario izquierdo (3.9 x 2.5 x 3.2 cm). Múltiples quistes de naboth.

OBJETIVO: Analizar el uso del 4 brazo del DaVinci X en una HTLR

MATERIALES Y MÉTODOS: Video de una HTLR utilizando los 4 brazos del DaVinci X.

RESULTADOS: Se logro realizar una Histerectomía de un útero de gran tamaño sin la utilización de un movilizador, debido a que la paciente era núbil y no deseaba la colocación de uno.

CONCLUSIÓN: Gracias a la ayuda del 4 brazo robótico, se logro realizar una histerectomía robótica sin la utilización de un movilizador.

INVESTIGACIÓN EN VIDEO
Video 11

Reseccion de teratoma vía laparoscópica utilizando el *Alexis Contained Extraction System* por primera vez en en medio privado

María del Rosario Durón Padilla, Radamés Rivas López, Serafín Romero Hernández, Miguel Loyo Guiot, Pablo Joaquín Cervates Mondragón
Hospital Ángeles Mocel.

ANTECEDENTES: Paciente de 57 años, gesta 2 quien inicia su padecimiento actual hace 6 meses con dolor abdominal tipo cólico en el flanco izquierdo. TAC del 29.06.2019, la vejiga esta comprimida a expensas de lesión ocupativa en la línea media del hueco pélvico de 10x10x9 cm, isointensa, a la grasa con la pared izquierda engrosada (4mm) con presencia de una calcificación de 16 x 3 mm, y en su interior presenta un gran nódulo de 38 x 60 mm. Concluyendo: imagen que sugiere teratoma ovárico de anexo izquierdo, litiasis vesicular y quiste renal izquierdo

OBJETIVO: Observar la utilidad del Alexis extraction system para la extracción de un teratoma.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realiza un video descriptivo de una cirugía laparoscópica en la cual se diseca y extrae un teratoma sin regar el contenido en la cavidad abdominal.

RESULTADOS: Se realiza una cirugía limpia sin contaminar la cavidad abdominal con el contenido del teratoma

CONCLUSIÓN: Se realiza la extracción de un teratoma ovárico con éxito obteniendo una cavidad abdominal totalmente limpia.

INVESTIGACIÓN EN VIDEO
Video 12

Miomectomía laparoscópica asistida por robot en paciente con infertilidad

María del Rosario Durón Padilla, Radamés Rivas López, Serafín Ro-

mero Hernández, Pablo Joaquín Cervantes Mondragón, Miguel Loyo Guiot
Hospital San Angel Inn Universidad.

ANTECEDENTES: Paciente femenino de 35 años de edad con diagnóstico de infertilidad primaria de 3 años de evolución por miomatosis uterina de grandes elementos.
OBJETIVO: Exponer la seguridad y eficacia de la cirugía robóticas en pacientes con miomatosis de grandes elementos e infertilidad.
MATERIALES Y MÉTODOS: Video realizado en el Hospital San Angel Inn Universidad, con consola Robot X, se realiza descripción de la técnica y hallazgos quirúrgicos.
RESULTADOS: Hallazgos postuqirurgicos: miomatosis de grandes elementosSubseroso e intramural peso 910 grms. Sangrado 100 cc. Complicaciones ninguna. Retono a actividades diarias en una semana. Búsqueda de la fertilidad en 3 meses posterior a cirugia.
CONCLUSIÓN: Hallazgos postuqirurgicos: miomatosis de grandes elementosSubseroso e intramural peso 910 grms. Sangrado 100 cc. Complicaciones ninguna. Retono a actividades diarias en una semana. Búsqueda de la fertilidad en 3 meses posterior a cirugia.

INVESTIGACIÓN EN VIDEO
Video 13

Abordaje quirúrgico y presentación clínica de leiomioma uretral gigante

Rodríguez Colorado Esther Silvia, Merodio Anguiano Rosa Virginia, Ramírez Isarraraz Carlos, Gorbea Chávez Viridiana, Zendejas Andrade Carlos Alejandro
Instituto Nacional de Perinatología.

ANTECEDENTES: Los leiomiomas son tumores mesenquimales benignos que se originan de músculo liso, se clasifican de acuerdo a su lugar de aparición en cutáneos, vasculares y de tejidos profundos, donde se incluyen los leiomiomas uretrales. Frecuentemente de localización uterina, aparecen en edad reproductiva, lo que sugiere un estímulo hormonal. Su mayor incidencia es entre los 35 a 45 años y su aparición en la uretra es poco frecuente, predomina a nivel proximal, con un diámetro promedio de 3,7 cm.
OBJETIVO: Presentar caso clínico y técnica de resección quirúrgica de leiomioma uretral gigante vía vaginal.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un video con uso de gráficos y animaciones donde se presenta a una mujer de 41 años, con sensación de cuerpo extraño en vagina, pesantéz pélvica y sangrado transvaginal de siete meses. A la exploración con tumoración sólida en tercio medio y distal de pared vaginal anterior de 6x5 cm, bordes definidos, consistencia firme, no móvil. La resonancia magnética reportó lesión ovoidea de 5.6x4.3 cm que comprime vejiga y desplaza uretra. Se describe la técnica de resección con hallazgos de tumor de 5x7 cm, reporte histopatológico definitivo de leiomioma. Cinco meses después de la cirugía la paciente continúa asintomática y a la exploración con adecuado proceso de cicatrización.
RESULTADOS: El ultrasonido, la RMN y la toma de biopsia, pueden ayudar a estimar la extensión y las características del tumor. El resultado postoperatorio del caso fue satisfactorio con la técnica descrita en el video, ya que no existe hasta el momento un manejo quirúrgico estandarizado en la literatura, al contar únicamente con estudios basados en reportes de casos. El reporte histopatológico fue negativo a malignidad, sin evidencia de recurrencia durante el seguimiento.
CONCLUSIÓN: Son indispensables la sospecha clínica y protocolo de estudio completo para un adecuado diagnóstico y manejo quirúrgico oportuno, el cual consiste en escisión quirúrgica mediante abordaje vaginal, para poder excluir la histología maligna y aliviar la sintomatología. Debe descartarse lesión uretral en el transquirúrgico mediante visualización directa.

INVESTIGACIÓN EN VIDEO
Video 14

Embarazo ectópico en cicatriz de cesárea

José Ignacio García de la Torre, Álvaro Martínez Ramos, Gerardo González Cantú, Abril Mujica Torres, Víctor Karym Gutiérrez Reyes
Hospital Universitario de Saltillo.

ANTECEDENTES: Paciente de 34 años g2c1 con embarazo de 11 sdg inplantado en cicatriz de cesárea previa.
OBJETIVO: Demostrar el manejo de minima invaasion en embarazo ectopico en cicatriz de cesarea.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se realiza histerectomia laparoscopica en bloque.
RESULTADOS: Sangrado menor a 100 ml.
CONCLUSIÓN: adecuada evolucion al mes. procedimiento de minima invasión.

INVESTIGACIÓN EN VIDEO
Video 15

Pantalón antichoque no neumático

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

ANTECEDENTES: La hemorragia obstetrica sigue siendo de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna

OBJETIVO: Demostrar la eficacia del pantalon antichoque no neumatico en el tratamiento de la hemorragia obstétrica.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se coloca pantalon antichoque no neumatico en paciente que cursa puerperio inmediato quien presenta subinvolución uterina en area de recuperación.
RESULTADOS: Se logra controlar hemorragia adecuadamente con la colocacion del pantalon antichoque, asi como estabilidad hemodinámica.
CONCLUSIÓN: El pantalon antichoque no neumatico debe considerarse dentro de las primeras opciones terapéuticas en el manejo de la hemorragia postparto.

INVESTIGACIÓN EN VIDEO
Video 16

Ureterolisis y liberación de la arteria hipogástrica en endometriosis profunda infiltrativa

Jose Ignacio Garcia de la Torre, Victor E. Resendiz Sandoval, Abril Mujica Torres, Víctor Karym Gutiérrez Reyes
Hospital Universitario de Saltillo.

ANTECEDENTES: Femenino de 34 años con cuadro de dolor pelvico cronico y dismenorrea progresiva de 4 años de evolucion hasta llegar a ser incapacitante.
OBJETIVO: Demostrar el manejo quirúrgico minimmamente invasivo para manejo de nodulos de endometriosis infiltrativa profunda.
MATERIALES Y MÉTODOS: se realiza laparoscopia encontraando infiltración endometriosica de uréter derecho y compresion extrinseca de la arteria iliaca interna. Se realiza ureterolisis y posterior liberacion de arteria hipogastrica, abordando a traves de los espacios avascula¿res de la pelvis. Principalmente en espacios pararrectales laterales de Latsko.
RESULTADOS: Se logra liberar arteria hipogastrica de la compresion extrinseca ejercida por el nódulo endometriósico, se realiza ureterolisis liberando al uréter derecho del complejo adherencial ocasionado por la infiltracion del nódulo.
CONCLUSIÓN: El conocimiento de los espacios avasculares del retroperitoneo pélvico nos permmite abordar de manera mas segura la patología infiltrativa de la endometriosis, delimitando asi de mejor manera las vias urinarias y las estructuras vasculares y nerviosas que pudieran estar involucradas en esta patolgía.

INVESTIGACIÓN EN VIDEO
Video 17

Oclusión de las arterias uterinas en cirugía ginecológica. Cirugía con enfoque preventivo de hemorragia

Álvaro Martin Ramos Alvarado, José Ignacio García de la Torre
Centro Hospitalario La Concepción Saltillo Coahuila.

ANTECEDENTES: la pérdida sanguinea es un complicación importante en la cirugías ginecológicas y mas cuando se desea preservar la fertilidad con 2 grandes riesgos 1)daño a los tejidos como adherencias pélvicas provocando posterior factor tubario o daño en el tejido operado provocando mala cicatrización, y 2) el sangrado transoperatorio o postoperatorio puede dejar lesiones titular y provocar ruptura uterina futura. ademas de la asociación de la cirugía ginecológica con la necesidad de transfusión.
OBJETIVO: Demostrar el abordaje quirúrgico y y referencias anatómicas para la oclusión de las arterias uterinas por vía laparoscopica abordando el compartimiento posterior o anterior de la pelvis en la cirugía uterina.
MATERIALES Y MÉTODOS: se presenta un video de una cirugía realizada en el mes de julio de 2019 en El Centro hospitalario la concepción en Saltillo Coahuila de una paciente con el antecedente de 36 años de edad con sangrado uterino anormal de mas de 1 año de evolución con síndrome anémico, por presencia de mioma tipo 4 en el fondo uterino de 6 cm y antecedentes de infertilidad, donde se realizo una oclusión bilateral de las arterias uterinas con abordaje de compartimiento posterior para ocluir arteria uterina derecha y abordaje de compartimiento anterior para ocluir arteria uterina izquierda.
RESULTADOS: En este video se mostró como acceder anatómicamente a la arteria uterina para su oclusión teniendo así una cirugía con menor sangrado, sin necesidad de transfusión y un mejor campo operatorio.
CONCLUSIÓN: Creamos que la oclusión de arterias uterina es un paso que nos ayuda a prevenir hemorragia en cirugía ginecológica para lograr mejores resultados y disminución de morbilidad relacionada con hemorragia.

INVESTIGACIÓN EN VIDEO
Video 18

Pasos recomendados para disminuir la lesión ureteral en la histerectomía laparoscópica

Álvaro Martin Ramos Alvarado, José Ignacio García de la Torre
Centro Hospitalario La Concepción Saltillo Coahuila.

ANTECEDENTES: Las lesiones ureterales durante la histerectomía regularmente no se advierten, con una incidencia de 2.5% y hasta 7% cuando se realiza cirugía anti incontinencia. aunque con la realización de la cistoscópia aumento la tasa de detección esta no disminuye la tasa de lesiones ureteral. por lo que es importante conocer

las referencias anatómicas para la identificación intraoperatoria de los ureteros y así evitar lesiones inadvertidas.
OBJETIVO: Mostrar el abordaje quirúrgicamente para lograr la disminución de las lesiones ureterales cuando se asegura la arteria uterina y ligamento cardinal puesto según los reportes son el sitio mas común donde ocurren las lesiones.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se muestra un video de una cirugía realizada en El Centro hospitalario la concesión en el mes de agosto 2019 donde se realizo una histerectomía con disección quirúrgicamente de parámetrio a paciente de 49 años G2P2 por sangrado uterino anormal mas miomatosis.
RESULTADOS: Se realizo la disección quirúrgicamente de ambos parámetros logrando la disección completa de la arteria uterina y su relación con el trayecto de ureter, evitando lesiones de vías urinarias la cual se corrobora con cistoscópia al final de la cirugía.
CONCLUSIÓN: El conocimiento anatómico de las referencias pélvicas es imprescindible del conocimiento del ginecólogo para evitar lesiones inadvertidas de vías urinarias esto evitara morbilidad en las pacientes sometidas a una histerectómia vía laparoscópica

INVESTIGACIÓN EN VIDEO
Video 19

Operacion de Fothergill

Eduardo Peñaflores Rodríguez, Maria Elena Morales Victoria, Enfermeria Alfredo Rosales Barrera
Hospital Ángeles Villahermosa.

ANTECEDENTES: Femenina 39 años Gesta IV, P I, CII,AI, mas OTB. Refiere sensacion de cuerpo extraño a nivel vaginal e incontinencia urinaria de esfuerzo, de dos años de evolución, se le ofreció histerectomía vaginal reconstructiva, o bien histerectomía abdominal mas colpoperineoplastia, pero no las aceptó.
OBJETIVO: Demostrar que aunque la operación de Manchester, ya no es utilizada con frecuencia, puede ser una opcion para el tratamiento de las pacientes que no desean ni autorizan la histerectomía como tratamiento definitivo lo cual ocurrio en el presente caso.
MATERIALES Y MÉTODOS: Previa preparación de la paciente, se programo para cirugía la cual se explica en el vídeo.
RESULTADOS: Se explican al final de vídeo.
CONCLUSIÓN: Es posible ofrecer esta técnica con buenos resultados como se demostró en el vídeo, cuando las pacientes no aceptan otra opción.

INVESTIGACIÓN EN VIDEO
Video 20

Estudio piloto para validar un nuevo test de diagnóstico genético preimplantacional de aneuploidías (PGT A) no invasivo mediante el análisis del medio de cultivo

Gerardo Barroso Villa, María Eugenia Pöo Lanillo, Carlos Valdespín Fierro, Rosaura Ávila Lombardo, Lucia Daniela García Montes
División de Salud Reproductiva, Instituto de Salud Reproductiva e Infertilidad, NASCERE e Igenomix México.

ANTECEDENTES: Las técnicas de PGT-A analizan el contenido cromosómico completo de una o varias células con alta sensibilidad y especificidad. Sin embargo, la muestra se obtiene mediante una biopsia y, por lo tanto, estos procedimientos implican un mayor costo económico y un riesgo aumentado para el embrión. Existen avances recientes en este campo, el más importante es el que ha identificado ADN circulante en el medio de cultivo durante el desarrollo embrionario en la etapa de blastocisto.
OBJETIVO: Validar la técnica no invasiva del PGT-A para identificar el contenido cromosómico del embrión mediante el análisis del medio de cultivo embrionario en parejas sometidas a ICSI con indicación médica de PGT-A con biopsia de trofoectodermo.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio piloto, prospectivo y comparativo. En el que se recolectó medios de cultivo de embriones incluidos en un programa de PGT-A con biopsia de trofoectodermo, que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: pacientes con indicación médica de PGT-A. ICSI sólo ovocitos frescos y transferencia de un único embrión.La tasa de concordancia entre ambos diagnósticos incluyó las parejas euploide-euploide y aneuploide-aneuploide. Usando la biopsia de trofoectodermo como método estándar, calculamos los métodos estadísticos como la tasa de falsos positivos, la tasa de falsos negativos, concordancia embrionaria y resultado no informativo.
RESULTADOS: Se incluyeron un total de 20 embriones que cumplieron adecuadamente con los criterios de selección, de los cuales 10 de ellos se biopsiaron en D5 y los restantes en D6 o D7. En general, la tasa de concordancia total en ploidía se muestra un aumento significativo en todos los parámetros al comparar las muestras de días 6 ó 7 con las muestras en día 5, con las muestras de días 6 ó 7 mostrando una concordancia total de ploidía y sexo de 88.9%. Los porcentajes de falsos positivos (42.9% vs 0%), falsos negativos (14.3% vs 11.1%) y contaminación materna (28.6% vs 0%) comparado en D5 contra D6 o D7, respectivamente.
CONCLUSIÓN: Se demostró que el análisis del medio de cultivo durante el D5 de desarrollo em-

brionario es inferior comparado con el D6 o D7; esto se relaciona a la cantidad de ADN liberada por el embrión. Por tal motivo, se recomienda realizar el nuevo PGT-A no invasivo mediante el análisis de medio de cultivo en el D6 o D7.

INVESTIGACIÓN EN VIDEO
Video 21

Absceso ovárico con daño del uréter

Luis Fernando Trigo Moreno
Área privada. Centro de Diagnostico Médico.

ANTECEDENTES: Hay muy poca información en la literatura sobre este tipo de patología fuera de la enfermedad inflamatoria pélvica o en el terreno de la oncología con masas ováricas complejas y compromiso a uréter, prácticamente la literatura menciona que los casos de masas ováricas complejas con compromiso ureteral pertenecen más al terreno oncológico que ginecológico, aunque es rara su presentación, al médico ginecólogo que se le presente en un futuro creemos que el vídeo que presento sobre la técnica del abordaje y los resultados puede ser de utilidad para resolver esta patología tan compleja. El caso que presentamos es especialmente interesante porque ocurre 6 meses después de una histerectomía subtotal con Oforectomia izquierda por endometriosis
OBJETIVO: Dar a demostrar como resolvimos esta cirugía tan compleja dando importancia a los tips esenciales que enfrentan esta patología.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se presenta manejo laparoscópico de acceso Ovárico con endometrioma a 6 meses de histerectomía subtotal con Oforectomia izquierda por endometriosis severa exponiendo el abordaje utilizado en base a nuestra experiencia en el manejo de endometrioma complejos.
RESULTADOS: La paciente evolucionó satisfactoriamente el útero se recuperó sin ningún problema asintomática hasta la fecha.
CONCLUSIÓN: Es difícil sacar conclusiones de un solo caso sin embargo si es importante que en base a experiencias de cirugías previas se pueda resolver un problema de tan complejidad.

INVESTIGACIÓN EN VIDEO
Video 22

Adenomiosis vesical

Luis Fernando Trigo Moreno
Área privada. Centro de Diagnóstico Médico.

ANTECEDENTES: Si bien la adenomiosis de vías urinarias representa el 1% de las localizaciones abdominales la morbilidad es muy importante para la calidad de vida de la paciente, este video representa un caso de adenomiosis vesical en paciente con antecedente de endometrioma.
OBJETIVO: Demostrar manejo laparoscópico de la lesión adenomiotica por las ventajas que ofrece la laparoscopía en la recuperación de la paciente.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se expone a través de vídeo la historia clínica, el diagnóstico manejo terapéutico y evolución posterior, sumando técnicas de resonancia magnética y radiología.
RESULTADOS: Así mismo se expone en el vídeo el resultado del mismo, con la escisión total de la lesión, cierre de vejiga y manejo posterior.
CONCLUSIÓN: La laparoscopía es una técnica excelente universalmente aceptada para manejo de endometriosis en cualquiera de sus presentaciones.

INVESTIGACIÓN EN VIDEO
Video 23

Colpopexia a ligamento de Cooper

Luis Fernando Trigo Moreno
Área privada. Centro de Diagnostico Médico.

ANTECEDENTES: El manejo del prolapso total de cúpula representa un verdadero reto para el cirujano. A lo largo de la historia ha habido técnicas para abordajes vaginales, laparotomicas y recientemente laparoscópicas, siendo la sacropexia por laparoscopia el estándar de oro, actualmente aceptada como técnica compleja con morbilidad importante que requiere de una curva de aprendizaje prolongada para su completo dominio. En el video presentamos la colpopexia al ligamento de Cooper como una técnica alternativa, más sencilla y con iguales resultados.
OBJETIVO: Presentar a la comunidad médica la adaptación laparoscópica de una técnica laparotomica del urólogo colombiano: en su trabajo de una presentación de 20 casos con resultados excelentes a varios años de observación reportando solo 1 enterocele.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se presenta en el video la técnica laparoscópica y resumen de la evolución hasta el momento.
RESULTADOS: Hasta el momento en nuestros pocos casos la evolución ha sido excelente incluso con una vida sexual satisfactoria.
CONCLUSIÓN: Lo presentamos como un trabajo preliminar, invitando a la comunidad médica a repetirlo, y el tiempo dirá si es una opción diferente, para resolver el prolapso de cúpula. Nuestra experiencia es limitada dado al bajo porcentaje de este padecimiento, pero definitivamente convencidos de una menor dificultad técnica con buenos resultados en nuestras escasas pacientes (4) como toda técnica habrá que dar tiempo para tomarla como una nueva opción terapéutica.