Concurso de trabajos de investigación para médicos federados

IV. Luis Ricaud Rothiot

Trabajos de investigación básica o clínica en cartel

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 1

Síndrome de la plaqueta gris: reporte de un caso y revisión de la literatura

Francisco Ibarguengoitia Ochoa, Cintia María Sepúlveda Rivera, Sergio Emmanuel Santoyo Rosas, Josefina Lira Plascencia, Samuel Vargas Trujillo
Instituto Nacional de Perinatología.

ANTECEDENTES: El síndrome de la plaqueta gris es un trastorno plaquetario hereditario poco frecuente, se caracteriza por trombocitopenia y disfunción plaquetaria por ausencia específica de gránulos alfa, la microscopía electrónica es una prueba rápida que puede confirmar el diagnóstico.
OBJETIVO: Presentar resultados perinatales de una paciente con diagnóstico de síndrome de la plaqueta gris.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se revisó el caso de una paciente con diagnóstico de síndrome de la plaqueta gris atendida en el Instituto Nacional de Perinatología.
MATERIALES Y MÉTODOS: Paciente de 26 años y 21,0 semanas de gestación, se destaca en estudios de laboratorio iniciales recuento plaquetario de 64,000/mm3, se sospecha síndrome de la plaqueta gris por lo que se realiza frotis de sangre periférica el cual mostró plaquetas pálidas, se efectuó estudio de microscopia electrónica para confirmar el padecimiento, el cual mostró ausencia de gránulos alfa plaquetarios. El embarazo se resolvió a las 38,4 semanas de gestación vía abdominal, se obtuvo un recién nacido femenino con peso de 2,588 gramos, su cuenta plaquetaria al nacimiento fue de 119,000 mm^3.
CONCLUSIÓN: No hay un consenso general del tratamiento en pacientes con síndrome de la plaqueta gris, el manejo debe ser multidisciplinario entre los servicios de obstetricia, hematología y anestesiología.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 2

Urosepsis durante la gestación: reporte de caso

Allan Efraín Alatorre Ordaz, Albertina Cuellar Fernández, Juan Alberto Reyes Perales
Hospital General de Saltillo.

ANTECEDENTES: La sepsis es la principal causa prevenible de muerte materna, siendo responsable del 15% de las muertes maternas a nivel mundial.
OBJETIVO: Presentar el reporte de un caso de una paciente embarazada con diagnóstico de urosepsis secundaria alitiasis renal con su evolución intrahospitalaria, ambulatoria y su terminación del embarazo y la dificultad ante la cual nos enfrentamos para realizar diagnosticos tempranos de sepsis.
MATERIALES Y MÉTODOS: Femenina 26 años, con emb 26.6 SDG y antecedente pielonefritis 5 días previos a su ingreso a nuestra institución. Presenta signos vitales alterados (Tabla 2), obnubilación. diaforesis y disminución de reactividad, se calcula un qSOFA3 y se código MATER.
RESULTADOS: Paciente acude a su cita 15 días posteriores a su egreso en donde refiere disuria y hematuria. Presenta un EGO con lecucocitos incontables por lo que se ingresa a hospital para recibir antibiotico terapia intravenosa intravenosa. Paciente permanece hospitalizada 5días y con mejoría clínica se egresa a domicilio.
CONCLUSIÓN: La urosepsis como consecuencia a una pielonefritis mal diagnosticada y mal tratada es la segunda causa de sepsis materna/puerperal. Es necesario establecer un consenso sobre las alteraciones fisiológicas y bioquímicas que las pacientes obstétricas presentarán para de esta manera realizar un diagnóstico oportuno y disminuir la morbi-mortalidad acausa de sepsis. Al diagnosticar una sepsis materna es imprescindible policultivar a la paciente e iniciar antibioticoterapia de amplio espectro.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 3

Trasplante hepático y embarazo: serie de casos

Francisco Ibarguengoitia Ochoa, Cintia María Sepúlveda Rivera, Josefina Lira Plascencia
Instituto Nacional de Perinatología.

ANTECEDENTES: La población femenina constituye una tercera parte de los receptores de trasplante hepático, el 30% se encuentran en etapa reproductiva. El trasplante durante el embarazo puede asociarse con un deterioro del injerto y un incremento de resultados perinatales adversos como: preeclampsia (OR 7.5), diabetes gestacional (OR 2.9), prematuridad (OR 5.7) y RCIU (OR 5.1)
OBJETIVO: Describir 3 casos de trasplante hepático y embarazo seguidos en el Instituto Nacional de Perinatología.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se analizaron los expedientes de 3 pacientes seguidas en el Instituto Nacional de Perinatología con diagnóstico de trasplante hepático y embarazo.
RESULTADOS: Caso 1: Femenino de 25 años con diagnóstico de atresia de vías biliares a los 2 meses de edad, a los 13 años se le realiza trasplante hepático por fibrosis hepática e hipertensión portal. Caso 2: Femenino de 27 años con diagnóstico de hepatitis autoinmune de 10 años de evolución, se realiza trasplante hepático a los 24 años

por cirrosis hepática, 1 mes previo al embarazo, se le efectuó embolización de aneurismas esplénicos. Caso 3: Femenino de 26 años con diagnóstico de cirrosis hepática que ameritó trasplante de donador cadavérico a los 21 años de edad, recibió inmunosupresión con prednisona y tacrólimus

CONCLUSIÓN: Los resultados del embarazo posterior a un trasplante hepático se están incrementando entre la población receptora de un injerto. Un equipo multidisciplinario deberá estar involucrado en el monitoreo y cuidado de las pacientes antes, durante y después de la gestación.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 4

Rabdomiolisis en el embarazo: reporte de caso

Allan Efraín Alatorre Ordaz, Mayra Hernández Morales, Itzel Martínez Vélez
Hospital General de Saltillo.

ANTECEDENTES: La rabdomiólisis es un síndrome clínico y bioquímico que resulta de una lesión muscular secundaria a la entrada de calcio al espacio intracelular, provocando una interacción patológica entre la actina y la miosina y finalizando en la destrucción y necrosis del músculo esquelético con liberación del contenido celular al torrente sanguíneo. Su etiología es múltiple (enfermedades hereditarias del metabolismo, ejercicio, fármacos, inmovilización, trastornos metabólicos, enfermedades infecciosas, etc.) siendo la más frecuente la secundaria a traumatismo. Su forma de presentación clínica es variable y las complicaciones pueden ser severas y poner en peligro la vida: arritmias cardiacas y falla renal aguda. El tratamiento se enfoca a limitar el daño muscular y prevenir las complicaciones. La incidencia de esta patología en la población general se desconoce; sin embargo ,en el grupo de pacientes obstétricas se encuentra aún con mayor rareza.

OBJETIVO: Presentar el reporte de un caso de una paciente embarazada con diagnóstico de rabdomiólisis secundaria a ejercicio excesivo, su evolución intrahospitalaria y terminación del embarazo, así como dar a conocer los diagnósticos diferenciales y complejidad de diagnóstico por tratarse de una entidad infrecuente.

MATERIALES Y MÉTODOS: Femenina de 16 años quien acude a urgencias por debilidad muscular en miembros inferiores, progresiva y ascendente de tres días de evolución, provocando dificultad para la deambulación y caída de su plano de sustentación. Refiere caminata de aproximadamente 6 km, así como ayuno prolongado un día antes del inicio de los síntomas. Durante exploración física se encuentran cifras tensionales de 130/90 y 150/90, auscultación cardiopulmonar normal, abdomen globoso a expensas de útero gestante, Chaussier (-), edema (+++) en ambos miembros inferiores , pérdida de fuerza muscular (3/5) y reflejos osteotendinosos disminuidos (1+) . En laboratorios de ingreso se encuentra transaminasemia, proteinuria e hipokalemia severa. Se clasifica como preeclampsia con datos de severidad . Por sintomatología asociada se decide descartar Sx. Guillain Barré vs Rabdomiólisis y se solicita CPK resultando elevada. Se toma electrocardiograma, sin alteraciones encontradas. Ingresa a UCIA, y se inicia tratamiento para reposición hidroelectrolítica, tratamiento antihipertensivo a base de Nifedipino 30 mg vía oral cada 12 horas, así como esquema de maduración pulmonar con Betametasona a dosis de 12 mg IM cada 24 horas por 2 dosis. Se valora por médico materno-fetal reportando embarazo de 31.6 SDG por fetometría, peso promedio 1872 gr, percentil de crecimiento 26 y flujometría doppler materna y fetal normales.

RESULTADOS: Durante manejo conservador se calculó fluidoterapia a 50 cc/kg/hra con solución NaCl al 0.9%, permitiendo tratamiento de rabdomiólisis sin sobrecarga de líquidos por preeclampsia asociada. Mantuvo uresis mayores >1.2 cc/kg /hra durante su estancia. Clínicamente con mejoría de paresia muscular, disminución progresiva de mialgias y normalización de los valores de potasio y CPK. Se decide terminación del embarazo al cumplir latencia de esteroides, optando por la vía abdominal al tratarse de producto pre término. Se obtiene producto femenino, que llora y respira al nacer, con peso de 1900 gr, talla 44 cm, Apgar 8-9 y Capurro de 34 SDG. Continua puerperio inmediato en UCIA y es enviada a área de piso 48 horas después , presentando mejoría de paraclínicos y cifras tensionales dentro de parámetros normales. Se egresa a domicilio 2 días posteriores, presentando en ultimo análisis CPK 96 U/l ,así como recuperación total de fuerza muscular en miembros inferiores.

CONCLUSIÓN: La rabdomiólisis es una entidad clínica poco frecuente sospechada en individuos sometidos a ejercicio extremo y extenuante. Los síntomas pueden variar desde leve mialgia a debilidad muscular severa e implicar situaciones de riesgo vital. El tratamiento debe ir orientado a la supresión del agente causal, hidratación alcalina adecuada para favorecer la eliminación de los metabolitos tóxicos, vigilancia de la función renal y reposo. En el caso presentado, la paciente cursó además con hipokalemia severa, reportada en la literatura como

factor predisponente a rabdomiólisis. La enfermedad hipertensiva asociada aumentó el riesgo de complicaciones en el binomio: sin embargo, se mantuvo balance de líquidos óptimo, así como manejo antihipertensivo y electrolítico adecuados, permitiendo maduradores pulmonares y la culminación favorable del embarazo.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 5

Factores de riesgo de mortalidad perinatal en fetos con cardiopatía congénita

Manuel Ulises Reyes Hernández, Elkin Francisco Cifuentes Fernández, Bermúdez Rentería Luis Gerardo, Juan Carlos Hinojosa Cruz
Centro Médico Nacional La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social.

ANTECEDENTES: Se define cardiopatía congénita a toda malformación estructural resultante de la morfogénesis del corazón y de los grandes vasos intra torácicos. Es el grupo de malformaciones congénitas graves más frecuente, afectando a un 0.8-1% de los recién nacidos. El diagnóstico durante la vida fetal implica una mortalidad global cercana al 15%, la mitad de ellos en el primer año de vida. Además, representan el 50% de mortalidad infantil por anomalías congénitas, y 25% de muertes neonatales. Se han descrito distintos factores de riesgo asociados a mortalidad perinatal (muerte fetal o neonatal), destacando el peso fetal, edad gestacional al nacimiento y hallazgos en la evaluación prenatal como hidrops o anomalías en el Doppler venoso fetal.
OBJETIVO: Determinar los factores de riesgo asociados a mortalidad perinatal en fetos con cardiopatías congénitas en una unidad de tercer nivel.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio de corte retrospectiva. Se evaluaron todos los fetos con diagnóstico prenatal de cardiopatías congénitas atendidos en la Clínica de Cardiología Fetal del Centro Médico Nacional La Raza durante el periodo de enero 2017 a marzo 2019. Se excluyeron aquellos casos asociados a otras malformaciones extra cardiacas y síndromes genéticos. Se registraron como variables maternas la edad , el índice de masa corporal, peso. Como variables fetales se registraron: edad gestacional al nacimiento, peso fetal estimado, percentil de peso fetal para edad gestacional y parámetros de mal pronóstico identificados en la última evaluación ecocardiográfica fetal: hidrops, cardiomegalia, ductus venoso con onda A reversa, vena umbilical pulsátil, arteria umbilical con flujo diastólico ausente o reverso, e insuficiencia valvular tricuspídea y mitral. Se definió como mortalidad perinatal (variable dependiente) a la presencia de óbito o muerte neonatal en las primeras 72 horas de vida extrauterina. El análisis estadístico se realizó con el paquete SPSS versión 24.
RESULTADOS: Se identificaron 80 pacientes durante el periodo de estudio. La mortalidad global en este grupo de pacientes fue de 26.3%. El grupo de mayor mortalidad fue el de cardiopatías complejas (Síndromes de Heterotaxia), lesiones cardiacas izquierdas y tumores cardiacos. Los factores de riesgo de mortalidad perinatal identificados fueron Cardiomegalia severa (Odds Ratio 8.3, IC95% 1.7-40.5), vena umbilical pulsátil (Odds Ratio 16.7, IC95% 3.6-77.9), e insuficiencia tricuspídea severa (Odds Ratio 5.1, IC95% 1.3-20.2). El resto de factores no fue estadísticamente significativo para ser incluido en el modelo. El modelo explica el 45% de la variabilidad observada (R2= 0.454).
CONCLUSIÓN: Los factores de riesgo asociados a mortalidad perinatal en este grupo de pacientes con cardiopatía congénita fueron la presencia de cardiomegalia severa, vena umbilical pulsátil e insuficiencia tricuspídea severa.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 6

Curso taller de hemorragia obstétrica: mejora en el conocimiento teórico y la percepción de confianza en médicos residentes de Ginecología y Obstetricia

Manuel Ulises Reyes Hernández, Antonio Helue Mena, Valentín Tovar Galván, Verónica Quintana Romero, Juan Carlos Hinojosa Cruz
Centro Médico Nacional La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social.

ANTECEDENTES: La hemorragia obstétrica es una de las principales causas de muerte materna a nivel mundial, y la principal en nuestro país. El diagnóstico oportuno, manejo y estabilización son críticos para prevenir complicaciones severas. La capacitación y simulación de escenarios clínicos con modelos permiten identificar las áreas que requieren práctica, incrementan la comodidad con los protocolos y el trabajo en equipo requerido para estas emergencias.
OBJETIVO: Evaluar la mejora en el conocimiento teórico y la confianza para realizar los procedimientos para el manejo de la hemorragia obstétrica posterior a un programa académico con simuladores.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio prospectivo en residentes de segundo a cuarto año de la especialidad de Ginecología y Obstetricia que recibieron el Curso-taller de hemorragia obstétrica (programa académico con simuladores) en el periodo de febrero 2018 a junio 2019, en el Hospital de Gineco-

logía y Obstetricia No. 3, Centro Médico Nacional La Raza. Mediante un cuestionario se evaluaron en dos ocasiones (al inicio y al término del curso) aspectos teóricos y el nivel de confianza para realizar los siguientes procedimientos: condón hidrostático, sutura de B-Lynch, ligadura de arterias uterinas, histerectomía obstétrica, ligadura de arterias hipogástricas, empaquetamiento pélvico y reanumación cardiopulmonar en obstetricia. Se utilizó la escala Likert para evaluar el nivel de confianza, con puntaje de 1 (nulo) a 5 (excelente). Ambos cuestionarios constaron del mismo contenido, permitiendo la comparación en los distintos periodos. Para el análisis estadístico se utilizaron medidas de tendencia central; la prueba estadística utilizada para variables relacionadas de libre distribución fue Wilcoxon, considerándose significativa un valor de $p<0.05$. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 24.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 83 residentes que completaron el curso. La calificación promedio del apartado teórico del curso en la primera evaluación fue de 6.84 (rango 4.5-9), y en la segunda evaluación de 8.65 (rango 6.5-10), con diferencia estadísticamente significativa ($p<0.01$). Se identificó además mejora estadísticamente significativa en la percepción de confianza para cada procedimiento. Se identificaron de manera individual en cada residente las áreas que requieren reforzamiento.

CONCLUSIÓN: El programa académico con simuladores mejoró el nivel de conocimiento y la confianza para la aplicación clínica de los procedimientos utilizados para el manejo de la hemorragia obstétrica en los residentes de Ginecología y Obstetricia, además permitió identificar de manera individual los procedimientos que requieren reforzamiento teórico y práctico.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 7

Gemelos unidos

Sandra Patricia Villa Velázquez, Horacio Javier Alvarado Delgado, Cynthia Flor Coria García, Armando Quiñones Mendoza
Centro Médico de la Mujer, Instituto de Medicina Materno Fetal de Hospital Ginequito.

ANTECEDENTES: Se presenta el caso clínico de una paciente femenina de 34 años, sin antecedentes patológicos de relevancia, menarca a los 13 años, ciclo menstrual regular, gestas 3, 2 cesáreas electivas, todos los embarazos se presentaron de forma espontánea. Se realiza prueba inmunológica de embarazo la cual resulta positiva, acudiendo a primera valoración obstétrica con amenorrea de 4.3 semanas, se realiza eco vaginal reportando útero en AVF, saco gestacional de 14 x 10 mm con adecuada reacción decidual, sin polo embrionario, se inicia protocolo control prenatal, ácido fólico. En la segunda valoración obstétrica la paciente refiere disfagia, irritabilidad emocional, edema de miembros pélvicos, y disnea de medianos esfuerzos, a la exploración con ultrasonido vaginal se observa útero en AVF, saco gestacional de 29 x 8 mm con adecuada reacción decidual, con polo embrionario de 5 mm de LCR correspondiente para 6.2 sdg, se continua con multivitaminas y laboratorios prenatales. En la tercera valoración obstétrica la paciente refiere nauseas, vomito, dispepsia, cefalea, mareos leves, sin cólicos ni sangrado cursando con 9 sdg x amenorrea, se realiza ultrasonido vaginal observando embrión con LCR de 25 mm, y una estructura adyacente al embrión, se cataloga como probable gemelo sin FCF. Se solicita valoración por ultrasonido (VOLUSON E10) en el instituto de medicina materno fetal Ginequito, donde se observa útero en AVF de 88 x 64 mm, regular y homogéneo, con saco gestacional intrauterino sin despegamientos el cual mide 42.8 mm, con presencia de dos embriones el primero de 23.8 mm, y el segundo de 24 mm, correspondientes con 9.1 sdg, se observa un solo corazón con FCF de 150 lpm, aparentemente ambos gemelos unidos a nivel de tórax, en ese momento solo se logra valorar un corazón. 8 días después se realiza nuevo control ecográfico encontrando ausencia de FCF, se procedió con evacuación uterina con medicamentos, sin requerir curetaje. Con revaloración posterior en una semana sin referir sintomatología alguna, sin sangrado transvaginal, a la exploración con ultrasonido vaginal útero en AVF de 80 x 46 mm regular, homogéneo con endometrio de 16 mm, con quiste simple de ovario de 26 mm.

OBJETIVO: Presentar el caso clínico, con revisión de la literatura.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se recabo la información del expediente clínico, y estudios de diagnostico prenatal del nuestro centro de diagnóstico.

RESULTADOS: No se plantean resultados ya que es un reporte de caso.

CONCLUSIÓN: Los gemelos unidos proceden de una embriogénesis anormal. Se han descrito muchos casos a lo largo de la historia. La clasificación de los gemelos unidos depende de su sitio de unión. Esto, asi como la extensión del sitio de unión determina el pronóstico. El diagnostico prenatal es posible utilizando el ultrasonido de forma temprana antes de las 12 semanas de gestación. También la presencia de anomalías congénitas

severas asociadas a los gemelos unidos, es esencial para el manejo preoperatorio, intraoperatorio y posoperatorio y su pronóstico. la falla cardiovascular y respiratoria son el mayor factor de riesgo de muerte en los gemelos posterior a la separación.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 8

Hematoma subcapsular hepático y ruptura parcial en síndrome de HELLP: reporte de un caso

Mario Manuel Gallegos Aguilar
Instituto Mexicano del Seguro Social.

ANTECEDENTES: La incidencia de Síndrome de HELLP es de 1-2/50,000 nacimientos en el tercer trimestre (70%), en las 48 horas posparto (20%) y en preeclampsia severa (10-20%); de las complicaciones el hematoma hepático subcapsular representa el 2%, su ruptura puede llevar a una mortalidad materno o fetal entre el 25- 50% y 40- 75% respectivamente. Se localizan con frecuencia en el lóbulo derecho hepático 75% en superficie anterior y superior, 11% en el lóbulo izquierdo y 14% en ambos lóbulos. La etiopatogenia sugiere la existencia de depósitos de plaquetas y fibrina en las arterias y sinusoides hepáticos en los espacios periportales con congestión vascular y aumento de la presión intrahepática con distensión de la cápsula de Glisson provocando necrosis periportal, hemorragia intrahepática y hematoma subcapsular, coagulación intravascular diseminada, vasoespasmo, daño endotelial, elevación de la presión intraluminal, exudado y rotura de las anastomosis entre las venas portales y los sinusoides, pudiendo llegar a producir edema pulmonar, derrame pleural e insuficiencia renal aguda.

OBJETIVO: Presentar un caso de rotura de hematoma subcapsular hepático en paciente con Síndrome de HELLP como hallazgo transquirúrgico.

MATERIALES Y MÉTODOS: Paciente de 36 años. APP: G3P0C1A1. Vigilancia prenatal 9 consultas. 38 sdg. 15/04/19: 21:30 hrs. Dolor abdominal en barra de epigastrio a hipocondrio derecho, cefalea opresiva intermitente, valoración institucional con egreso a domicilio.
16/04/19: 01:20hrs. Persistencia de síntomas, bajo valoración privada. Hallazgos: 140/90mmhg, 100lxmin, 20rxmin, 36.5°c. Exploración física dirigida a abdomen: dolor a la palpación superficial, media y profunda de epigastrio e hipocondrio derecho, signo de Chaussier dudoso, rebote dudoso, útero gestante, AFU 30 cm, feto único vivo, cefálica, longitudinal, dorso izquierda, tono uterino normal, movimientos fetales presentes, actividad uterina 3x30, frecuencia cardiaca fetal 100, al tacto vaginal cérvix posterior largo grueso resistente cerrado, pélvis ginecoideo, feto abocado, amnios integro, tarnier y Valsalva negativos, sin perdidas transvaginales, extremidades sin edema, reflejos de estiramiento muscular normales, llenado capilar de 2 segundos. Intervención quirúrgica: masculino. HN 01:40hrs, 2900grs, 50cms, apgar 4/6/9 3 ciclos de ventilación con presión positiva, hemoperitoneo de 700 cc, sangrado transquirúrgico de 400 ml total 1100 ml, líquidos administrados 29000 cristaloides + 500 coloides, uresis 50 cc, cavidad uterina eutérmica regular sin fetidez, liquido amniotico claro con grumos moderado, placenta con desprendimiento marginal del 15% hematoma hepático subcapsular de aproximadamente 15 cm de longitud de trayecto disecando desde segmento VII a segmento II hepático desde cara inferior a cara superior presentando en zona superior rotura parcial y 1 cm sangrante, se realiza hemostasia y empaquetamiento en sándwich (2 compresas cubiertas con bolsas de soluciones cristaloides), penrose hacia espacio de Morrison y cara superior de hígado. Anestesia con bloqueo regional mixto. 16/04/19: 10:08hrs. Labs: Ver tabla. Amerita hemotransfusión y manejo en UCI. Traslado a IMSS. 16/04/19: 19:20hrs. Código Mater. USG FAST con hematoma hepático contenido. Ingreso UCI. Manejo en UCI: Hemotrasfusión de 8 concentrados eritrocitarios y 3 plasmas frescos congelados concomitante con vitamina K y gluconato de calcio, apoyo ventilatorio suplementario, soluciones cristaloides, corrección hidroelectrolítica, vigilancia de función renal con forzamiento de uresis ocasional, analgesia opioide y convencional, cobertura antimicrobiana, manejo antihipertensivo, vigilancia de gasto de Penrose. 19-04-19: 01:30hrs. Desempaquetamiento: Anestesia general balanceada con analgesia preoperatoria con dexmedetomidina. Laparotomía sin sangrado activo en cavidad abdominal, retiro de compresas, hemostasia con veriplast y gelfoam, hematoma sucapsular hepático no evolutivo en fase de organización, Penrose hacia hueco pélvico y hiato de Winslow, líquido achocolatado 250cc. Reingreso a UCI: Extubación exitosa. Tromboprofilaxis, tolerancia a vía enteral, mejoría bioquímica y clínica, gasto por drenaje escaso. Egreso a piso de Obstetricia. 22-04-19. 19:50hrs. Ingreso a piso Obstetricia. Valoración por Medicina Interna por derrame pleural sin datos de SRIS. Estable, notable mejoría, signos vitales de 123/70mmhg, 70lxmin, 20rxmin, 36°c, uresis 1.3 ml/kg/hr, retiro de Penrose. 25-04-19: Alta hospitalaria. Diagnósticos de Egre-

so: Puerperio Postquirurgico Tardío Patologico / Síndrome de HELLP + Ruptura hepática + Hematoma subcapsular disecante +Choque hipovolémico grado III corregido + Lesión renal aguda remitida +Postoperada de LAPE Empaquetamiento y desempaquetamiento. Tratamiento de egreso: Nifedipino 30 mg VO cada 12 horas por 15 días, Ciprofloxacino 500 mg VO cada 12 horas por 7 días, Paracetamol 500 mg VO cada 8 horas por 5 días.

RESULTADOS: La paciente concuerda con el perfil epidemiológico en población mexicana. Considerar el aspecto clínico, ya que el dolor abdominal en una gestante con preeclampsia o síndrome Hellp es un signo sugerente de lesión hepática. Recurrir a múltiples estudios de diagnóstico (ultrasonido, tomografía axial computada y resonancia magnética nuclear), favoreciendo el pronóstico al acortar el tiempo que trascurre entre la sospecha diagnóstica y tratamiento. Indispensable el seguimiento bioquímico como medida de vigilancia ante la rotura hepática espontánea puede ocurrir pre, intra o hasta 24-48 horas post parto. Emplear la estrategia de CODIGO MATER disminuye la morbimortalidad gracias al apoyo estratégico de cada área hospitalaria. El tratamiento y seguimiento dependerá de la clínica, estabilidad hemodinámica y del hematoma así como la presencia o no de hemorragia activa, describiéndose tratamientos quirúrgicos conservadores como empaquetamiento abdominal, embolización de la arteria hepática y uso de electrocauterio para la controlar la hemorragia sin inestabilidad hemodinámica, recomendándose la laparotomía de emergencia en caso de que se presente, reportándose en estos casos incidencia de sepsis postoperatoria del 20-30%, optándose como alternativa taponamiento hepático temporal, drenaje y clampeo del pedículo hepático al igual que ligadura de arteria hepática y colocación de agentes pro hemostáticos con fibrinógeno humano para controlar el sangrado, remover el hematoma y realizar suturas hemostáticas, optándose ante el fracaso hepatectomía parcial u total incluso trasplante hepático.

CONCLUSIÓN: El síndrome de HELLP puede originar complicaciones hepáticas graves, como: rotura hepática o hematoma subcapsular roto o no roto. La intervención temprana, la atención multidisciplinaria, el soporte hemodinámico y el seguimiento con estudios de imagen son decisivos para reducir su elevada morbilidad y mortalidad, contribuyendo al pronóstico favorable. El tratamiento integral debe priorizarse mediante la comunicación de los servicios hospitalarios requeridos durante su intervención (CODIGO MATER). No hay consenso sobre cuál debería ser la conducta frente a este cuadro en el contexto de un síndrome HELLP, basándose en la experiencia de este caso clínico, depende de la estabilidad hemodinámica así mismo de la evolución del hematoma y condiciones hepáticas.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 9

Estructura y funcionamiento de la Clínica de Cardiología Fetal en un centro hospitalario de tercer nivel en la Ciudad de México

Manuel Ulises Reyes Hernández, Maria Nallely Moreno Uribe, Natalia Julieta Cambranis Rodríguez, Juan Carlos Hinojosa Cruz
Centro Médico Nacional La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social.

ANTECEDENTES: El abordaje actual de las cardiopatías fetales es de carácter multidisciplinario, involucrando a varios especialistas en el manejo conjunto del feto. Las unidades especializadas en el manejo de fetos con cardiopatías requieren el establecimiento de procesos estandarizados, en coordinación con los distintos especialistas involucrados, con el objetivo de brindar el manejo adecuado y oportuno a este grupo de pacientes. Además, es imperativo el desarrollo de investigación básica y clínica en dichos centros.

OBJETIVO: Describir las características y funcionamiento de la Clínica de Cardiología Fetal en la Unidad Médica De Alta Especialidad No. 3, Centro Médico Nacional La Raza, Hospital de Tercer Nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de México.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se describen los principales aspectos del protocolo de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad cardiaca fetal de la Clínica de Cardiología Fetal de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 Centro Médico Nacional La Raza, Unidad de tercer nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la zona norte de la Ciudad de México, México. Se describe la población atendida en el periodo de abril 2018 a marzo 2019.

RESULTADOS: La población atendida en la Clínica de Cardiología Fetal correspondiente a nuestra Institución incluye a los derechohabientes de la zona norte de la Ciudad de México, Estado de México y estados colindantes. •Los Médicos Materno Fetales certificados en tamizaje realizan las evaluaciones en la población hospitalaria como parte del programa de detección prenatal de anomalías congéntas; La evaluación ecocardiográfica fetal avanzada es

realizada en la Clínica de Cardiología Fetal por Médicos Materno Fetales con formación específica en Ecocardiografía y Cardiología Fetal. El personal involucrado en el diagnóstico y seguimiento de fetos con cardiopatías que conforma el equipo multidisciplinario: cardiólogo pediatra, genetista perinatal, médico materno fetal, obstetra, neonatólogo, tanatóloga, trabajadora social, autoridades administrativas. El abordaje multidisciplinario de este grupo de pacientes se ha documentado en los registros correspondientes desde abril de 2018. Desde esta fecha y hasta marzo de 2019, se atendieron un total de 68 fetos con cardiopatía confirmada al nacimiento, y se encuentran en seguimiento prenatal 9 pacientes.
CONCLUSIÓN: Se presenta en este documento las características principales y funcionamiento de la Clínica de Cardiología Fetal del Centro Médico Nacional La Raza. El enfoque multidisciplinario es la base actual del manejo de este grupo de pacientes.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 10

Parasitosis endometrial: reporte de caso

Ilse Ivonne Salinas Herrera, Allan Efraín Alatorre Ordaz, Francisco López Capistran
Hospital General de Saltillo.

ANTECEDENTES: Los parásitos causan gran morbilidad y mortalidad en la población en general, sobretodo en países en vías de desarrollo, afectando así alrededor de 209 millones de personas, de las cuales se cree que hasta un 30 % son niños. La tricocefalosis es una helmintiasis causada por Trichuris Trichiuria o tricocéfalo (trichos=pelo y kephale= cabeza), tiene una distribución amplia sobre todo en regiones de clima cálido y/o húmedo. Las hembras habitan en la mucosa del ciego y depositan diariamente entre 3 000 y 20 000 huevecillos, éstos salen en las heces y al estar en suelo húmedo comienzan a embrionar. La larva móvil penetra el epitelio columnar y se dirige a la superficie luminal del intestino. La lombriz adulta mide alrededor de 4 cm y pesa 10 mg la porción anterior es delgada y en forma de látigo. Es estrictamente hematófago, se cree que hay perdida 0.005ml de la misma por día a causa de la lombriz. La parasitosis extraintestinal pudiera ser común en ginecología en lo que se refiere a las enfermedades de transmisión sexual por trichomonas; no obstante, la parasitosis endometrial es sumamente rara y hay muy pocos casos reportados en la literatura.
OBJETIVO: Presentar el reporte de un caso de una paciente con sangrado ostmenopáusico con diagnóstico de engrosamiento endometrial secundaria a parasitosis con su evolución satisfactoria de manera ambulatoria y con resolución completa de la sintomatología.
MATERIALES Y MÉTODOS: Femenina de 52 años, que acude por primera vez a consulta externa por presentar sangrado uterino anormal, de un año de evolución. Sin antecedentes de importancia, refiere ser gesta 4 partos 4 y ser post-operada de oclusión tubaria bilateral, con fecha de ultima regla 4 años previos a su consulta. Refiere ya haber sido tratada en múltiples ocasiones con hormonales sin mejora de la sintomatología. A su llegada se inicia protocolo de estudio de sangrado uterino anormal resaltando reporte de ultrasonido vaginal con línea endometrial de 13 mm. Se toma biopsia endometrial con reporte histopatológico de larvas de tricocéfalo, por lo que se inicia manejo con mebendazol 100mg dos veces al día por 3 días se comenta a paciente la necesidad de que toda la familia tome el mismo medicamento.
RESULTADOS: Posterior al tratamiento, la paciente refiere cese del sangrado vaginal, niega otra sintomatología. Se toma ultrasonido vaginal de control que muestra línea endometrial de 3mm, sin alteraciones anatómicas visibles.
CONCLUSIÓN: El sangrado uterino anormal es una de las patologías mas frecuentes por las cuales las pacientes acuden a consulta ginecológica, por lo que es importante llevar a cabo un buen protocolo de estudio, para así poder determinar la causa del mismo y ofrecer un tratamiento oportuno y correcto. Las causas anatómicas siguen siendo las mas frecuentes para sangrado uterino anormal; el engrosamiento endometrial forma parte de estas; no obstante, es de vital importancia la toma de biopsia para determinar la causa de dicho engrosamiento y así seleccionar el mejor tratamiento. La parasitosis en México es un padecimiento relativamente común; sin embargo, encontrarlas en área ginecológica es raro, este caso es prueba de que no se debe descartar como posible diagnostico.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 11

Factores de riesgo para infección de herida quirúrgica

Ilse Ivonne Salinas Herrera, Allan Efraín Alatorre Ordaz, Juan Alberto Reyes Perales, Mariana Thomas García
Hospital General de Saltillo.

ANTECEDENTES: El aumento en la incidencia en la operación cesárea se ha considerado como un problema de salud pública en México y el mundo. En México se muestran tasas mayores al 40%. Las complicaciones oscilan entre

un 12-15% con una incidencia de morbilidad obstétrica severa entre el 0.05-1.09%. El desarrollo de infecciones de herida quirúrgica es uno de los principales motivos de rehospitalización. Entre los factores de riesgo relacionados se encuentran: sobrepeso, ruptura de membranas mayor de 6 horas, cesáreas de emergencia, bajo nivel socioeconómico, nuliparidad, corioamnionitis, preeclampsia y volumen de perdida sanguínea. Esta complicación no supera el 10% cuando se usan antibióticos profilácticos y su prevalencia es aún menor cuando las membranas están intactas y no ha iniciado el trabajo de parto.

OBJETIVO: Evaluar el número de cesáreas realizadas en 1 año en Hospital General de Saltillo y la incidencia de infección de las mismas así como los principales factores de riesgo relacionados y compararlos con lo descrito en la literatura.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de los expedientes de 14 pacientes ingresadas en el periodo del 1 de marzo de 2018 al 28 de febrero de 2019 con diagnóstico de infección de herida quirúrgica posterior a cesárea. Se analizaron los factores de riesgo asociados, el tiempo de evolución transcurrido desde la cirugía hasta la presencia de síntomas de infección, el tiempo de recuperación de la misma, los agentes infecciosos más comunes y el tratamiento otorgado lo cual fue comparado con lo descrito en la literatura.

RESULTADOS: En el periodo de marzo 2018 a febrero de 2019 se realizaron 1,134 cesáreas, de las cuales reingresaron 13 pacientes con diagnóstico de infección de herida quirúrgica, representando el 1.14 % del total de cesáreas. Para este estudio se eliminaron 2 expedientes que contaban con datos incompletos. En los 11 expedientes revisados encontramos que 2 pacientes no fueron intervenidas en nuestra institución sin embargo, se analizaron las mismas variables por lo que si están incluidas en este estudio. El principal factor fue la obesidad (81.8%). El tiempo promedio para presentar datos de infección de herida fue de 7 días y el tiempo de recuperación total y cierre de herida por segunda intención fue de 9.8 días. El 18% de las pacientes fue egresada posterior a la cesárea con 2 antibióticos por presentar ruptura prematura de membranas. El agente causal mas común es S. epidermidis. Podemos confirmar que en todas las pacientes operadas en nuestra institución se les administró antibiótico profiláctico (cefalosporina de tercera generación) 30 minutos antes de la incisión en piel e igualmente se realizado lavado vaginal previo a la cirugía.

CONCLUSIÓN: En nuestra institución, Hospital General de Saltillo, se encontró una incidencia de infección de herida quirúrgica posterior a cesárea menor a lo que se describe en la literatura con lo que concluimos que la implementación de las medidas profilácticas prequirúrgicas (lavado vaginal y aplicación de antibiótico 30 minutos antes de la incisión en piel) son de gran ayuda para disminuir el riesgo de infección. Se exhorta al médico tratante a utilizar las medidas profilácticas para disminuir la presentación de infección del sitio de herida quirúrgica y a utilizar doble esquema de antibiótico en las cirugías consideradas como limpias- contaminadas (aquellas con ruptura de membranas mayor a 6 horas) ya que fue una de las deficiencias que se encontraron en este estudio, encontrando que solo en 18% de los casos se llevo a cabo esta medida.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 12

Síndrome de Legg Calvé Perthes en el embarazo: reporte de caso

Ilse Ivonne Salinas Herrera, Allan Efraín Alatorre Ordaz
Hospital General de Saltillo.

ANTECEDENTES: La enfermedad de Legg-Calvé-Perthes es una osteonecrosis idiopática de la cabeza femoral que puede evolucionar a una deformidad de la extremidad superior del fémur y una artritis. Hasta el momento no hay etiología aclarada ni tratamiento idóneo. Afecta en mayor proporción a hombres que mujeres (5/1), presentándose en 1 de cada 5.000 personas.

OBJETIVO: Presentar el reporte de un caso de una paciente embarazada con diagnóstico de embarazo de término y síndrome de Legg-Calvé-Perthes sin tratamiento ni complicaciones aparentes y la conducta obstétrica.

MATERIALES Y MÉTODOS: Femenina de 18 años, con embarazo 37 semanas y antecedente de Síndrome de Perthes desde los 4 años, sin tratamiento ni complicaciones aparente. Ingresa a tococirugía, con diagnóstico de hipertensión gestacional , sin trabajo de parto. Paciente refiere haber sido diagnosticada con dicho síndrome a la edad de 4 años, sin control ni seguimiento de la enfermedad.

RESULTADOS: Se pasa paciente a quirófano, donde se realiza bloqueo mixto y se realiza incisión Pfannenstiel disecando por planos, hasta cavidad abdominal, donde se realiza incisión tipo Kerr. Obteniendo un producto único vivo, masculino de 2.930 grs de 49 cm con adecuado APGAR y Silverman, sin complicaciones durante la cirugía.

CONCLUSIÓN: La enfermedad de Legg-Calvé-Perthes sigue siendo un

reto desde todos los puntos de vista. No se conoce con exactitud su etiología, las radiografías iniciales muestran cambios poco manifiestos por lo que el diagnóstico suele retrasarse y el tratamiento sigue siendo controvertido. El objetivo es prevenir la deformidad de la cabeza femoral y del acetábulo y prevenir una enfermedad articular degenerativa.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 13

Síndrome de banda amniótica: banda de constricción en extremidad superior izquierda y amputaciones de ortejos en el pie izquierdo

García Ochoa Erika Danitza, Briones Garduño Jesús Carlos, de León Ponce Manuel, García Ochoa Allan Ossimar, Martínez Cerda Luis Alberto
Cruz Roja Mexicana Pachuca Sur (Hidalgo).

ANTECEDENTES: El síndrome de bandas amnióticas (SBA) comprende un grupo de anomalías congénitas, que aparecen de forma esporádica, y se caracterizan por la aparición de anillos fibrosos producidos por la ruptura temprana del amnios pudiendo provocar, por isquemia, desde constricciones menores y linfedema de los dedos, hasta anomalías congénitas complejas, como amputaciones de miembros (por disminución del flujo sanguíneo). La prevalencia estimada es variable, encontrando en las distintas publicaciones una frecuencia de 1:1 200 a 1:15 000 nacidos vivos. De etiología desconocida, en ocasiones se ha asociado a exposiciones teratogénicas, como el ácido lisérgico y la metadona. Al ser un trastorno esporádico, "no existe riesgo de recurrencia", sin embargo, hay algunos casos relacionados con enfermedades del tejido colágeno y casos familiares de epidermólisis bullosa.
OBJETIVO: Presentación de caso de banda de constricción en extremidad superior izquierda y amputación de ortejos en pie izquierdo diagnosticado al nacimiento en el hospital de cruz roja, pachuca.
MATERIALES Y MÉTODOS: Madres de 30 años de edad, sin antecedentes de importancia Antecedentes ginecoobstétricos : gestas 3 Partos 2 método de planificación familiar uso de pastillas anticonceptivas (medroxiprogesteona / estradiol) por 4 meses las cuales suspende 1 mes antes del embarazo., primera gesta a las 17 años de edad sin complicaciones, gesta 2 a los 20 años sin complicaciones, embarazo actual control prenatal a la semana 10 de gestación con un total de 12 consultas, uso de multivitamínicos desde inicio, antecedente de amenaza de aborto a la semana 12 de gestación por miomatosis uterina reportada en ultrasonido , niega infecciones de vías urinarias, traumatismos, se realiza 7 ultrasonidos los cuales son reportados como normales, es ingresada el 7/09/18 por presentar trabajo de parto en fase activa. Se obtiene vía vaginal masculino ,3210gr, 48cm, 40 semanas, apgar 9/9 , presenta de una banda amniótica en la circunferencia total del brazo izquierdo, la parte distal a la banda se encuentra con presencia de edema, pulsos conservados, llenado capilar e 3 segundos y movilidad aparentemente conservada. Al retirar la banda se encuentra herida en la circunferencia total del brazo con profundidad aproximada de 5mm en la parte anterior y 3mm en la parte posterior comprometiendo piel, tejido celular subcutáneo y musculo. No se presenta sangrado al retirar la banda y se envía a Cirugía plástica.
RESULTADOS: El SBA ha sido denominado también como complejo ADAM (amniotic deformities, adhesion, mutilation), complejo por disrupción amniótica, síndrome de las bandas constrictivas congénitas, entre otros términos. Las malformaciones dependen del momento en que se produce la lesión, entre las 6 y las 18 sem. En ocasiones, se han descrito también asociados a malformaciones internas, como anomalías cardiacas y del sistema nervioso central.
CONCLUSIÓN: El SBA es una entidad poco frecuente que se presenta en recién nacidos de término y poco diagnosticada en embarazos tempranos por su capacidad de generar abortos espontáneos, el pronóstico y las consecuencias que se generar por el SBA van a depender del grado de extensión y de las estructuras que involucra, al detectarse este síndrome por medio de estudios de diagnóstico se debe de tomar una medida multidisciplinaria para tratar de prevenir y corregir el grado de discapacidad que se pueda generar.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 14

Embarazo ectópico cervical: reporte de caso

García Ochoa Erika Danitza, Briones Garduño Jesús Carlos, de León Ponce Manuel, García Ochoa Allan Ossimar, Del Castillo Reyes Katherine
Instituto Mexicano del Segur Social.

ANTECEDENTES: El embarazo cervical resulta de la implantación del trofoblasto en el canal cervical, región que al no tener capa media plexiforme no se contrae y el control de los sangrados

se dificulta, representando una verdadera urgencia obstétrica. La primera descripción del embarazo cervical fue realizada en 1817, pero fue nombrado así en 1860. En 1978, Raskin reportó el primer diagnóstico ecográfico. Corresponde al 1% de todos los embarazos ectópicos. La etiología de este tipo de embarazo es desconocida; algunos autores refieren factores como la posibilidad de un transporte rápido del óvulo fertilizado, que causa su ingreso al canal cervical antes de poder anidar, otros que el daño de la línea endometrial podría hacerla inapropiada para su nidación y favorecer la implantación cervical. Factores de riesgo del EE cervical: Legrado, Síndrome de Asherman, Parto previo por cesárea, Cirugía previa en el cérvix o en el útero, Fecundación in vitro, Multiparidad , Miomatosis uterina. El diagnóstico se realiza con prueba de β- hCG positiva y mediante ultrasonido transvaginal :Identificación del saco gestacional o de la placenta dentro del cuello uterino, Visualización de una línea endometrial normal, Útero en reloj de arena (en forma de ocho) con un canal cervical prominente, Un feto con actividad cardiaca por debajo del orificio cervical interno.

OBJETIVO: Presentación de caso clínico, en el cual se observa la evolución satisfactoria de una paciente con un embarazo cervical al ser diagnosticada a tiempo y poder darle un manejo conservador.

MATERIALES Y MÉTODOS: Femenino de 27años de edad originaria de Tula de Allende, Hgo. **ANTECEDENTES:** no quirúrgicos, no alérgicos, A + , FUM 17.11.18. ciclos regulares, sin método de planificación familiar, no infecciones. Acude a urgencias por presentar dolor pélvico y escaso sangrado transvaginal, USG endovaginal reporta: embarazo ectópico cervical 7.4sem embrión único vivo. Útero 9.5 x4.3 x 4.1 endometrio ecogénico central regular mide 1cm, a nivel cervical se observa saco gestacional de 2.4cm embrión mide 1.4cm longitud craneocaudal, presenta actividad cardiaca rítmica 146 lpm. Laboratorios hb15g/dl hto 44.9% plaquetas 332 leuc 9.8 neutros 68.2 tp 13.6 tpt 13.3, INR 1.04. HGC-B de 101 805mUI/ml . Hemodinámicamente estable, Inicia tratamiento conservador con metotrexate 1mg /kg IM los días 1-3 y ácido folinico 10 mgr /m2 IM los días 2-4. HGC-B control 48 hrs posterior al tratamiento de 40 000. El 4to día presenta sangrado transvaginal moderado, se decide intervención quirúrgica de urgencia: Se realiza AMEU sin complicaciones, sangrado 100cc, hallazgos de útero 12x10 histerometria indirecta 8cm, abundantes restos placentarios. Control 24 hrs posterior HCG B 13 107 Mul/Ml. USG útero de forma y situación anatómica normal, el miometrio homogéneo, endometrio ecogénico, central, orificio cervical externo se identifica una zona, hipoecoica, avascular, que mide 3.5x2x3.6. Impresión diagnostica, imagen sugestiva de hematoma residual en el cérvix. Se egresa 48 hrs posterior al tratamiento quirúrgico. HCG B 1 semana posterior de 300mUI7ml y ultrasonido entre parámetros normales.

RESULTADOS: Los embarazos ectópicos son relativamente frecuentes, constituyen la emergencia más peligrosa del embarazo temprano. En la literatura la incidencia oscila usualmente alrededor del 1% de las mujeres embarazadas . Los embarazos ectópicos usualmente son condiciones del primer trimestre, manifestándose comúnmente entre las 6 y 10 semanas de gestación. Con dolor abdominal severo e incapacitante, con o sin STV, es de importancia tener en cuenta que el deterioro de la paciente puede ser rápido debido a la probabilidad de un sangrado intraabdominal con gran pérdida de volumen. Aunque hay factores de riesgo asociados, un aproximado de la mitad de los casos no presenta ningún factor de riesgo.

CONCLUSIÓN: Los embarazos ectópicos son relativamente frecuentes, constituyen la emergencia más peligrosa del embarazo temprano. En la literatura la incidencia oscila usualmente alrededor del 1% de las mujeres embarazadas . Los embarazos ectópicos usualmente son condiciones del primer trimestre, manifestándose comúnmente entre las 6 y 10 semanas de gestación. Con dolor abdominal severo e incapacitante, con o sin STV, es de importancia tener en cuenta que el deterioro de la paciente puede ser rápido debido a la probabilidad de un sangrado intraabdominal con gran pérdida de volumen. Aunque hay factores de riesgo asociados, un aproximado de la mitad de los casos no presenta ningún factor de riesgo.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 15

Validación del modelo fullPIERS como predictor de desenlace materno adverso en pacientes con preeclampsia con datos de severidad

Villarreal-González Sergio Alejandro, Rosique-Flota Andrea Isabella, Rodríguez-Fernández Jesús Javier
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud Tec Salud.

ANTECEDENTES: La preeclampsia es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna en el mundo. Afecta del 2 al 5% de mujeres en países desarrollados. En Latinoamérica constituye la causa número uno de muerte materna. Existe un modelo llamado, fullPIERS, el cual predice compli-

caciones maternas dentro de las primeras 48 horas hasta 7 días antes de que aparezcan.

OBJETIVO: Validar el modelo fullPIERS para predecir complicaciones maternas en pacientes con preeclampsia con datos de severidad en el Hospital Regional Materno Infantil de Alta Especialidad.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y transversal.

Se realizó en el Hospital Regional Materno Infantil de Alta Especialidad en Monterrey, México entre 2016-2017. Criterios de inclusión: Mujeres con diagnóstico de embarazo mayor a 20 semanas de gestación. Pacientes con diagnóstico de preeclampsia con datos de severidad. Expediente completo. Criterios de exclusión: Pacientes que presentaron alguna complicación secundaria a la preeclampsia antes de la recolección de muestras. Pacientes referidas a otro hospital. Expediente incompleto. Se tomó como punto de corte 30% para clasificarlas como de riesgo para presentar alguna complicación. Se determinó la sensibilidad, especificidad, VPP y VPN para la calculadora.

RESULTADOS: 30,621 nacimientos en 2 años EHAE prevalencia 4.6%. Se incluyeron 482 pacientes (1.5 %). Al utilizar un punto de corte en 30%, se obtuvo una sensibilidad de 9.3%, especificidad del 100%. Una tasa de falsos negativos del 91%, una tasa de falsos positivos del 0%. VPP de 100% y VPN de 83.5%. En las adolescentes se encontró una sensibilidad del 3.2% y una especificidad del 100%. Para las adultas una sensibilidad del 12.7% y una especificidad del 100%.

CONCLUSIÓN: Al utilizar el punto de corte sugerido por la literatura de 30% tiene una baja sensibilidad (9.3%) y una especificidad del 100%. En nuestra población no se logró validar el uso de esta herramienta como predictor de complicaciones maternas en pacientes con preeclampsia con datos de severidad.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 16

Epistaxis incoercible asociada al embarazo

Ilse Ivonne Salinas Herrera, Allan Efraín Alatorre Ordaz, Juan Alberto Reyes Perales, Sarai Niño Pantoja
Hospital General de Saltillo.

ANTECEDENTES: La nariz está ricamente vascularizada por las arterias carótidas interna y externa, el 80 % de las epistaxis son anteriores en el plexo de Kiesselbach, durante el embarazo uno de los cambios fisiológicos es el aumento del volumen sanguíneo circulante. Los estrógenos aumentan la vascularidad de la mucosa nasal que potencia y aumenta el sangrado. La progesterona aumenta el volumen sanguíneo exacerbando la congestión vascular como el sangrado y puede enmascarar la pérdida de sangre en caso de epistaxis severa. Los efectos hormonales indirectos incluyen cambios vasculares e inmunológicos que pueden predisponer a la hipersensibidad nasal. La epistaxis se presenta en al menos 1 de cada 5 embarazadas y la mayoría no requiere de tratamiento de urgencia. Son pocos los casos de pacientes con epistaxis severa sin factores de riesgo; sin embargo, este tipo de epistaxis han ocasionado hemorragias tan importantes que han puesto en peligro la vida del binomio.

OBJETIVO: Presentar el reporte de un caso de una paciente embarazada con epistaxis severa sin factores de riesgo, evolución hospitalaria y ambulatoria, dando a conocer el manejo y tratamiento del binomio, intentando postergar el embarazo de acuerdo a las condiciones materno – fetales.

MATERIALES Y MÉTODOS: Femenina de 23 años secundigesta, con embarazo 28 SDG, con antecedente de epistaxis de 2 días de evolución sin tratamiento. Es ingresada a tococirugía por epistaxis severa sin control, sin síntomas de bajo gasto, niega antecedentes de importancia para dicha patología, signos vitales con datos de choque hipovolémico, se corrobora bienestar fetal con ultrasonido obstétrico: embarazo de 29.5 SDG por fetometría, FCF: 152 lpm, 1,452 grs. Se coloca taponamiento anterior con vasoconstrictor local por parte del servicio de otorrinolaringología, posterior a 2 horas nuevamente inicia con sangrado activo por lo que se toman laboratorios de control y se pasa a quirófano para taponamiento posterior bajo anestesia general donde en la rinoscopia no se localiza sitio de sangrado se coloca taponamiento posterior y se transfunde 1 paquete globular durante procedimiento. En el post quirúrgico se inicia tocolisis, esquema de madurez pulmonar con betametasona, antibioticoterapia, ácido tranexámico oral y se transfunde nuevamente 1 paquete globular. Se decide tener en vigilancia del binomio en hospitalización durante 7 días, se retira taponamiento posterior al 7° día, con estabilidad hemodinámica de la paciente y bienestar fetal se decide su egreso por ambos servicios con embarazo de 29 SDG y continuar seguimiento en embarazo de alto riesgo

RESULTADOS: Acude a consulta en embarazo de alto riesgo 3 semanas posteriores a su egreso, asintomática con embarazo de 32 SDG con biometría hemática de control con hemoglobina de 10.4 g/dL, corroborando bienestar

fetal, se continua su seguimiento en embarazo de alto riesgo. El día 23 de mayo acude a revisión de urgencias obstétricas por actividad uterina, se obtiene vía cesárea por antecedente de epistaxis severa, producto de un embarazo de 38 SDG, 3,220 grs, sin complicaciones aparentes el cual pasa a alojamiento conjunto.

CONCLUSIÓN: El tratamiento de la epistaxis severa de primera línea debe ser conservador: farmacológico como el ácido tranexámico y taponamiento anterior, si este falla debe considerarse dos medidas: quirúrgico como la ligadura de la arteria esfenopalatina y obstétrico (interrupción del embarazo) tratando de evitar las maniobras de Valsalva, está última medida mejora la carga del sistema cardiovascular y cesa los cambios hormonales condicionantes. Son pocas las condiciones urgentes que obligan a la interrupción del embarazo de manera inminente pero guardan estrecha relación con la hemorragia materna o hipoxia fetal.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 17

Embarazo con beta talasemia menor y desarrollo de aloanticuerpo irregular de baja frecuencia. Reporte de un caso

Clementina Soni Trinidad, Rubén Eduardo Vázquez García, Jesús Soni Gallardo, Lucio Ivan Rodríguez Infante, Celia Karina Sosa González
Hospital Regional de Poza Rica, Veracruz.

ANTECEDENTES: La beta-talasemia es una alteración en las cadenas beta de la molécula de hemoglobina por mutaciones puntuales del gen 11p15.5, transmitida a la descendencia de forma autosómica dominante. En Veracruz, en la región de Tamiahua, la beta-talasemia constituyó el 15% de las hemoglobinopatías estudiadas en el año de 1998 y a nivel mundial, en torno a un 7% de las mujeres embarazadas son portadoras de la beta-talasemia o de otra hemoglobinopatía. Con la recurrencia de transfusiones sanguíneas como tratamiento de esta patología, uno de los riesgos es la aloinmunización contra los antígenos de eritrocitos, lo que da lugar a la producción de aloanticuerpos contra uno o más de éstos, lo que causaría complicaciones en el binomio que pueden llegar a ser fatales, sin un adecuado manejo.

OBJETIVO: Describir el caso clínico atendido en nuestra institución sobre una paciente con beta-talasemia menor, su manejo y la consecución de su embarazo.

MATERIALES Y MÉTODOS: Descripción de un caso clínico y revisión de la literatura.

RESULTADOS: Paciente femenino de 29 años, residente del municipio de Cazones de Herrera en el estado de Veracruz, hemotipo 0 con factor Rh positivo. Antecedentes gineco-obstétricos: menarca a los 15 años, ciclos irregulares con sangrado de 3 días de duración, con inicio de vida sexual activa a los 18 años, practica el coito interrumpido como método anticonceptivo. Ingresa al área de urgencias de nuestro nosocomio el día 28 de noviembre del 2013, por presentar palidez de tegumentos, disnea y malestar general, se le solicita realizar una electroforesis de hemoglobina reportando valores de Hemoglobina A 94.9%, Hemoglobina A2 5.1%, Hemoglobina F 0%, confirmándose así el diagnóstico de beta-talasemia menor. El 18 de mayo del 2015, cursando su primer embarazo con semana 15 de gestación por fecha de última menstruación, presentó anemia severa (grado III de acuerdo con la clasificación de la Organización Mundial de la Salud), con valor de 6.1 g/dL, fue tratada por el servicio de Ginecología, cuyo tratamiento consistió en transfundir un total de cinco concentrados eritrocitarios. El síndrome anémico severo se repitió en cinco ocasiones con valores mínimos pretransfusionales de hemoglobina que oscilaron entre 4.8 a 8 g/dL, administrándose un total de 27 paquetes globulares en el periodo comprendido entre febrero de 2014 y noviembre de 2015, abarcando la gestación y el puerperio inmediato. Por lo cual la posibilidad de desarrollar aloinmunización aumentó considerablemente, hasta la formación del anticuerpo irregular Anti-E, con títulos presentes en suero de 1:64. Se obtuvo por cesárea producto masculino vivo, peso de 3550 g, con puntuación de APGAR 9/9 y test de Capurro de 39 semanas de gestación, líquido amniótico claro hialino, cordón umbilical íntegro, anexos normales, sin otros incidentes encontrados, con fecha del 15 de noviembre de 2015. En al año 2019, acude a la consulta externa para el primer control prenatal de su segundo embarazo con 17 semanas de gestación, fecha de última menstruación el día 18 de febrero, presentando sintomatología compatible con síndrome anémico, se indicó una biometría hemática de control que reportó un valor de hemoglobina de 5.3 g/dL, por tal motivo, requirió una interconsulta a patología clínica para confirmar o descartar un proceso de sensibilización inmunohematológico derivado de las politransfusiones de la primera gesta. Solicitándole fenotipo eritrocitario y rastreo de anticuerpos irregulares (Coombs indirecto), además un perfil de hierro, descartándose una sobresaturación del catión. Cabe señalar que nuestra paciente en el transcurso

de su primer embarazo no poseía los recursos económicos necesarios para costear los estudios de inmunohematología y conocer su fenotipo sanguíneo, lo cual se considera como un factor decisivo en su sensibilización y la expresión de aloanticuerpos. Ingresa al servicio de Ginecología el día 24 de junio de 2019, en su semana 18 de gestación, y en base a los resultados de las pruebas realizadas, son solicitados tres paquetes globulares fenotipados por el banco de sangre de esta institución; posterior a la transfusión reporta un valor de hemoglobina 7.7 g/dL, procediendo a su egreso con suplementos de ácido fólico y cita para valoración tres semanas después con biometría hemática de control. Se ha demostrado que la beta-talasemia representa un factor de riesgo obstétrico para desarrollar oligohidramnios, parto pretérmino, preeclampsia, ruptura prematura de membranas y diabetes gestacional, mientras que los anticuerpos irregulares maternos originados por un sistema distinto al AB0 y al factor RhD, pueden atravesar la barrera placentaria y causar anemia hemolítica e hiperbilirrubinemia, características de la enfermedad hemolítica perinatal, por ello, es de suma importancia el diagnóstico oportuno, para anticiparnos a las adversidades que puedan suscitarse.

CONCLUSIÓN: Con nuestra experiencia adquirida en el primer embarazo, es imperante mantener estrecha vigilancia en la segunda gesta de la paciente, su condición beta-talasémica se considera un factor de riesgo obstétrico muy importante, que puede ocasionar consecuencias graves e incluso mortales para el binomio, así mismo, la sangre fenotipada compatible y segura evitará complicaciones hematológicas tanto maternas como fetales.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 18

Ruptura uterina por placenta percreta en el tercer trimestre del embarazo: reporte de un caso

Clementina Soni Trinidad, Benjamín Soni Trinidad, José Ferrer Hernández Cartagena, Daniela Fernanda Velasco Cárdenas, Moisés Soni Trinidad
Hospital Regional de Poza Rica, Veracruz.

ANTECEDENTES: La placenta percreta es la forma más rara e invasiva de los trastornos del espectro de placenta Acreta, ya que supone el 5% de estos casos, y concentra la mayor morbimortalidad materna y perinatal, principalmente por la hemorragia y sus consecuencias. En esta adherencia, las vellosidades han penetrado a través de la serosa uterina, y cuentan con la capacidad de invadir tejidos y órganos pélvicos circundantes, como la vejiga y los intestinos. Un estimado de la incidencia en este tipo de trastornos es de 1 de cada 7000 embarazos dicha incidencia va en aumento debido a que se encontró asociación entre el número de cesáreas previas y placenta previa. La placenta Percreta es la etiología más frecuente de ruptura uterina. El diagnostico histológico a menudo consiste en la ausencia de la placa basal de la placenta y la presencia de tejido trofoblástico en el miometrio y/o la serosa uterina.

OBJETIVO: Comunicar el caso de una paciente con ruptura uterina por placenta percreta en el tercer trimestre del embarazo, resolución, seguimiento y revisión de la literatura.

MATERIALES Y MÉTODOS: Descripción del caso clínico y revisión de la literatura.

RESULTADOS: Paciente femenina de 28 años. Menarca a los 13 años, ritmo menstrual regular e inicio de vida sexual a los 16 años. Gestas: 6, Partos: 3, Abortos: 2. Fecha de última regla el 28/08/18 y fecha probable de parto el 28/05/19. Antecedente de legrado uterino instrumental 10 meses antes de su internamiento. Acudió a 5 consultas prenatales en su centro de salud, sin ultrasonidos reportados. Ingresa por primera vez a la unidad toco quirúrgica de nuestro hospital a la semana 23.1 de gestación, y posteriormente a la 25, presentando en ambas ocasiones: escaso sangrado transvaginal y actividad uterina, siendo tratada con útero-inhibidores y antibióticos por amenaza de parto pretérmino e infección de vías urinarias. Ultrasonidos no reportaron ningún dato relevante. Se egresa por mejoría, sin complicaciones. En la semana 32.5 de gestación, es traída a urgencias en estado de choque e inconsciente, iniciando 2 horas antes con dolor abdominal en bajo vientre. Al ingreso presenta los siguientes signos vitales: Tensión arterial= 50/ 30 mmHg, Frecuencia cardíaca= 120 latidos por minuto (lpm), Frecuencia respiratoria= 42 respiraciones por minuto, Temperatura= 34°C. A la exploración física se encuentra diaforética y con marcada palidez de piel. El ultrasonido reveló feto único vivo con presentación pélvica, Frecuencia cardíaca fetal: 80 lpm, líquido normal sin pérdidas transvaginales. Se activa código Mater y se preparó para cesárea de urgencia, por riesgo de muerte materna y fetal. Laboratorios preoperatorios: Hemoglobina 7.3 gr/dl, Hematocrito 24%, Plaquetas 105000, Leucocitos 17500, Grupo Y RH O+, Tiempo de protrombina 15.3 seg, Tiempo de tromboplastina 32.3 seg, 88.2% Actividad, Fibrinógeno 481 mg/dl, TGO 26 U/L, TGP 18 U/L, Glucosa 333 mg/dl, Urea 10 mg/dl, Creatinina 0.8 mg /dl. Se realizó cesárea corpo-

ral + histerectomía abdominal + salpingooferectomia izquierda. Se obtuvo producto único vivo, sexo femenino, Apgar 4, 6, 7, con un peso de 1450 grs, talla 35 cm y Capurro de 31 semanas de gestación. Hallazgos quirúrgicos: ruptura uterina de aproximadamente 7 cm en cara anterior del cuerpo a nivel del cuerno izquierdo del útero con exposición parcial de placenta, de aspecto percreta en donde se observaban vellosidades. Se reporta laceraciones en intestino, hemoperitoneo 2000cc, coágulos abundantes y 3500 cc de sangrado total. En el transoperatorio se le administró un total de 8000cc de soluciones cristaloides, 4 concentrados eritrocitarios y 4 paquetes de plasma. Patología confirma diagnóstico de ruptura uterina por salida de vellosidades a causa de placenta percreta. Macroscópicamente se describe cavidad uterina dilatada de 6x2 cm con tejido membranoso, al corte el tejido placentario nace de la cavidad, compromete al miometrio y a la mitad del útero, penetrando hasta la serosa, es de color rojizo hemorrágico, se observan sus cotiledones y membranas.

CONCLUSIÓN: La mayoría de los casos reportados se describen en pacientes con ruptura uterina por percretismo entre la semana 9 y 34 de gestación. El 28% se presenta en el primer trimestre, 47.6% en el segundo trimestre y 19% en el tercer trimestre, con mayor frecuencia entre la tercera y cuarta década de la vida. La hemorragia y la coagulación intravascular diseminada son las principales causas de muerte. Sin embargo, el espectro clínico de la enfermedad varía desde el dolor abdominal leve hasta hemoperitoneo y shock. El problema más importante es que el diagnóstico es clínico y se realiza habitualmente cuando el cuadro ya está instaurado, llegando a la única solución en este punto que es la histerectomía obstétrica urgente, siendo esta el método estándar de oro en un paciente hemodinámicamente inestable con hemorragia intraperitoneal masiva. La resonancia magnética, ha demostrado ser la herramienta de detección y confirmación diagnóstica oportuna en estos casos.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 19

Sirenomelia *sympus apus* clase VI: reporte de un caso clínico

Clementina Soni Trinidad, Diana Guadalupe Pérez Santiago, Enrique Pazos Céspedes, Paola Vázquez Huerta, Brenda Rodríguez Guerrero
Hospital Regional de Poza Rica, Veracruz.

ANTECEDENTES: La sirenomelia es una anomalía fetal congénita rara con grados variantes de fusión de las extremidades inferiores, se asocia a severas anormalidades congénitas viscerales que son incompatibles con la vida tales como: anomalías de la columna toracolumbar, anomalías gastrointestinales, anomalías urogenitales, agenesia renal, atresia anorrectal (ano imperforado), arteria umbilical y abdominal únicas. Se considera la manifestación más severa del síndrome de regresión caudal. La incidencia reportada dentro de la literatura es muy variada, va desde 0.8 hasta 4.2 casos por cada 100,000 nacimientos, en México, la prevalencia es de 2.36 en 100,000 nacimientos. La relación por sexo de masculino sobre femenino es de 3:1. Aproximadamente 400 casos de sirenomelia han sido reportados hasta la fecha, de los cuales en 200 casos se han asociado a madres diabéticas. En el presente trabajo, reportamos un caso de sirenomelia sympus apus que por ser una malformación congénita rara y grave es indispensable establecer un diagnóstico temprano.

OBJETIVO: Describir la presentación de un caso clínico de relevancia médica y su importancia del diagnóstico prenatal temprano.

MATERIALES Y MÉTODOS: Descripción de un caso clínico y revisión de la literatura

RESULTADOS: Paciente femenina de 33 años, menarca a los 13 años, ritmo menstrual irregular e inicio de vida sexual a los 15 años, inició su control prenatal en el primer trimestre con un total con 5 citas pero sin ultrasonografía previa, con los siguientes datos de importancia: 4 embarazos, 2 partos (eutócicos, pretérmino y finados) y 2 abortos espontáneos (a las 4 y 8 semanas de gestación respectivamente), fecha de ultima menstruación 21 de octubre de 2019, fecha probable de parto 28 de julio de 2019. Usó anticonceptivos hormonales inyectables sin especificar, niega diabetes mellitus. Pareja actual de oficio herrero con toxicomanías positivas para alcoholismo tabaquismo y cocaína, padre de 4 hijos con otra pareja, aparentemente sanos. Acudió al servicio de ginecología el 22 de mayo de 2019 por presentar actividad uterina esporádica irradiada a región lumbar, se realizó un ultrasonido obstétrico que reportó un producto pélvico con frecuencia cardiaca fetal de 128 latidos por minuto, se determinó una edad gestacional entre 28 y 29 semanas, además se identificó hidranencefalia y cavidades cardiacas muy dilatadas. El día 23 de mayo de 2019 se obtiene producto único pélvico de 30 semanas de gestación por fecha de ultima menstruación, inmediatamente a la expulsión cayó en paro cardiorrespiratorio, sexo indeterminado, flácido, cianótico, con un peso de 1375 gramos, dentro de los

hallazgos se logró observar sirenomelia con fémur, tibia y falange únicos, mielomeningocele y ano imperforado.
CONCLUSIÓN: La sirenomelia es una malformación fatal rara, presenta anomalías viscerales graves tales como agenesia renal, mielomeningocele, hidranencefalia, anencefalia, ano imperforado y malformaciones cardiacas que son incompatibles con la vida según su grado de expresión, en el caso aquí descrito se presentó 4 anomalías de las antes mencionadas, entre los antecedentes que pudiesen estar asociados según la literatura sólo se encontró la toxicomanía a la cocaína del padre aunque es de relevancia mencionar el antecedente de gestas fallidas y abortos previos, sin embargo se requiere de un estudio clínico molecular para encontrar una causa más precisa. Por lo tanto, el diagnóstico prenatal temprano resulta ser importante para permitir el asesoramiento prenatal para la posible interrupción y/o evolución del embarazo.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 20

Cáncer de ovario: resultados de análisis retrospectivo de los últimos 4 año

Alma Rosa González Hernández, Emilio Modesto Treviño Salinas, Juan Antonio Soria López, Debanhi Gabriela Barrios Almaguer, Luis Abel Guzmán Ochoa
Universidad Autónoma de Nuevo León.

ANTECEDENTES: El cáncer de ovario representa el quinto más frecuente en la población femenina y el sexto en la población general, es a su vez la tumoración con mayor mortalidad ginecológica. El 90% de los casos son esporádicos; entre los factores de riesgo tenemos la historia familiar, nuliparidad, factores anovulatorios, edad de menarquía y menopausia, ingesta de anticonceptivos, entre otros. La presentación clínica es variable, con datos inespecíficos que varían según la etapa de la enfermedad.
OBJETIVO: Conocer la incidencia del cáncer de ovario en nuestra institución, así como el método diagnóstico y posterior tratamiento.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, transversal y descriptivo; analizando datos obtenidos de los expedientes clínicos de 82 pacientes con diagnóstico de cáncer de ovario que llevaron su atención y seguimiento en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario 'Dr. José E. González' de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Los datos recabados consistieron en edad al diagnóstico, tipo histológico, estadio al diagnóstico, tamaño de la tumoración, características de la tumoración, presencia o ausencia de metástasis, datos recabados por imagenología, cuantificación de atígeno CA-125 y tratamiento implementado (quirúrgico, quimioterapia, radioterapia).
Para realizar el análisis estadístico se utilizó el software SPSSv15, con el cual se realizó un análisis descriptivo para obtener la mediana de las variables discretas, media para variables continuas y frecuencias para variables nominales. En el análisis comparativo de las variables cualitativas se utilizaron tablas de contingencia con el valor de chi-cuadrada para valorar su significancia estadística. En cuanto a las variables cuantitativas se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnoff en base a la cual para las variables paramétricas se utilizó la prueba de t Student y en las no paramétricas la u de Mann-Whitney.
RESULTADOS: Se revisó un total de 106 expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de tumoración ovárica, de los cuales fueron incluidos 82, el resto fue eliminado por contar con información insuficiente sobre el caso. La mediana de edad al momento del diagnóstico fue de 49 años (20-83 años), según el estadio clínico el más frecuente fue el estadio IV con una frecuencia de 43.8%, seguido del estadio III 35.4%. El tipo de cáncer con mayor frecuencia fue el epitelial (94%), el resto pertenecen a células germinales. Por anatomía patológica el más frecuente fue el cistadenocarcinoma seroso. Se evaluó el volumen de la masa tumoral y se comparó entre la muestra obtenida quirúrgicamente y la medida por tomografía axial computarizada, el volumen medio de la masa tumoral obtenido por cirugía fue de 6,181cm3, mientras que la media de volumen reportada por imagen fue de 3,600cm3. Por imagen se reportó que 9 pacientes (11%) presentaban metástasis al momento del diagnóstico y 6 pacientes (7.3%) presentaban afectación ganglionar. Al valorar el marcador tumoral CA-125, la media fue de 360UI/mL (3-3461UI/mL), se realizó una comparación de éste entre los diferentes estadios obteniendo valores más elevado en los estadios III y IV. En cuanto a la terapéutica utilizada, en 4 casos no se realizó abordaje quirúrgico debido al estadio clínico avanzado, el resto fue intervenido quirúrgicamente; 39 pacientes recibieron quimioterapia, de los cuales a 27 se implementó posterior al tratamiento quirúrgico, 7 recibieron quimioterapia previo a cirugía complementaria, de los 4 restantes 3 recibieron quimioterapia y radioterapia sin intervención quirúrgica y 1 paciente recibió solamente quimioterapia como tratamiento.
CONCLUSIÓN: El cáncer de ovario es una entidad que demanda gran atención debido a la dificul-

tad de realizar su diagnóstico en etapas tempranas por su amplia variedad de presentación clínica, así como la gran capacidad de distensibilidad que representa el abdomen, lo que retrasa la detección de tumoraciones de menor tamaño. Al comparar los resultados obtenidos en nuestro centro, con aquellos descritos en la literatura, el cáncer de ovario se presenta más cercano al primer pico de frecuencia de 50-54 años, en contraste con lo reportado como más frecuente posterior a los 70 años. En cuanto al tipo de cáncer, la variedad epitelial fue la más común concordando con lo reportado en estudios previos. El marcador tumoral CA-125 mostró buena relación con la presencia de cáncer ovárico, así como de su estadio al momento del diagnóstico, esto puede ser explicado en base a la mayor frecuencia de tumores epiteliales que su contraparte germinal o estromal. Corroborando con la literatura casi la totalidad de los casos recibieron tratamiento quirúrgico previo o posterior al tratamiento quimioterapéutico, con resultados alentadores en múltiples casos. El tener en consideración esta patología, así como su continuo estudio y actualización podrá permitir mejorar las técnicas de diagnóstico oportuno, lo cual a su vez brindará a los pacientes un mejor pronóstico de vida disminuyendo la morbi-mortalidad representada por este tumor.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 21

Comportamiento clínico patológico de cáncer de vulva

Emilio Modesto Treviño Salinas, Abel Guzmán López, César Daryl Castro Reyes, Alma Rosa González Hernández, Karen Astrid Pinto García

Universidad Autónoma de Nuevo León.

ANTECEDENTES: El cáncer de vulva es el cuarto cáncer ginecológico más común y corresponde al 5 % de los tumores malignos del tracto genital femenino. Existen pocos estudios en México que reporten las variables para el estudio de este cáncer.

OBJETIVO: Conocer la incidencia del cáncer de vulva así como su comportamiento y posterior manejo en nuestra institución.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio de tipo observacional, transversal, descriptivo y retrospectivo en el cual se analizaron pacientes con diagnóstico de cáncer de vulva que acudieron al Hospital Universitario "Dr. José E. González" de la U.A.N.L; en el periodo comprendido entre 2010 al 2015. El cual fue aceptado por el comité de ética de la institución. Se obtuvieron los expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de cáncer vulvar, teniendo como criterios de inclusión todos los pacientes que recibieron tratamiento en este hospital, que se contara con la confirmación por histología y contar en el expediente con información completa de las variables estudiadas. Se excluyeron aquellos pacientes que no recibieron tratamiento en el hospital universitario o sin reporte histopatológico confirmatorio en el expediente, eliminando las pacientes con expediente incompleto. Se analizaron las variables edad, inicio de vida sexual, gesta, tipo de cáncer, tiempo de evolución, sintomatología inicial, diagnóstico patológico, tratamiento y sobrevida. Los datos obtenidos se almacenaron en el sistema Excel para su posterior análisis estadístico con el sistema SPSS versión 17. Para el análisis estadístico se utilizaron métodos descriptivos utilizando medidas de tendencia central (medias, modas, medianas), junto con sus respectivos indicadores de dispersión, dependiendo de las variables a analizar. La frecuencia de mortalidad se representó en tasa de incidencia, con intervalos de confianza del 95%. Adicionalmente se estimaron funciones de supervivencia con el método de Kaplan-Meier y se compararon estas funciones, según los estratos generados por las variables de interés, utilizando pruebas de rangos logarítmicos.

RESULTADOS: Se analizaron los datos de 14 pacientes con probable diagnóstico de cáncer de vulva, se incluyeron un total de 10 pacientes diagnosticadas y tratadas en el Hospital Universitario "Dr. José E. González" en un período de 5 años. Con base a esto se encontró una incidencia del 0.2 % anual de esta entidad en nuestra institución; así como una tasa de mortalidad del 5%. La edad de las pacientes presentó un rango de 30 a 78 años con una mediana de 65 años. Entre los antecedentes gineco-obstétricos la edad media al momento de la menarca fue de 13 años ± 1.4 (10-15 años). Ocho (80%) pacientes se encontraban en menopausia misma que apareció con una media de 44 años ± 3.6 (30-52 años). La edad de inicio de vida sexual activa presentó una media de 19 años ± 4.2 (14-27 años). El número de compañero sexuales presentó una media 1.5 ± 0.7 (1 a 3, 6); el número de embarazo presentó una media de 6.5 ± 4.3 (2-13). Del total de pacientes, 2 (20%) refirieron haber utilizado método de planificación familiar hormonal durante su vida fértil. Solo una paciente se clasificó con IMC normal (valor de 20-24.9), 4 pacientes se clasificaron con sobrepeso (IMC 25-29.9), las 5 pacientes restantes se clasificaron como obesas. Encontrando una media de 30.1 ± 13.8; identificando que la mayoría de nuestras

pacientes se encontraban en sobrepeso. En cuanto a los antecedentes personales no patológicos, se valoró el hábito el tabaquismo siendo positivo en 2 (20%) pacientes con 6.3 y 10 paquetes año respectivamente, ninguna paciente declaró ingesta habitual de alcohol o drogas recreativas; 3 (30%) pacientes mencionaron exposición a humo de leña. En los antecedentes personales patológicos 2 (20%) pacientes padecían DM y 4 (40%) hipertensión gestacional. Se valoraron los antecedentes heredofamiliares en los cuales dos pacientes (20%) presentaban antecedente familiar materno de enfermedad oncológica, refiriendo el cáncer cérvico-uterino en uno de los casos y cáncer de colon en el otro. Dos pacientes presentaban antecedentes personales oncológicos; una paciente tenía diagnóstico de cáncer cervico-uterino estadio IIA, descartando en ella progresión de la enfermedad; además de otra paciente con antecedente de cáncer en lengua y faringe. Al evaluar la historia clínica, el síntoma principal fue el prurito con un total de 6 pacientes, 5 pacientes presentaron sensación de cuerpo extraño, solamente una paciente se refería asintomática acudiendo a valoración ginecológica para citología anual en la cual se realizó el hallazgo. Por tanto se identificó que las pacientes presentan sintomatología combinada, siendo el prurito y la sensación de cuerpo extraño lo más común con un total de 3 pacientes. La media de tiempo de evolución fue de 10.3 meses ± 8.3 (1 a 24 meses). El tamaño del tumor tuvo una media de 6.8cm ± 5.2 (2-20cm). En cuanto a la localización, siete pacientes presentaban la lesión en labio mayor, 2 pacientes en labio menor, una paciente en meato urinario; una paciente presentó afección en la totalidad de la región vulvar. El estadio clínico en el que se encontró al 60% de las pacientes fue IV, con el 40 % restante en estadio temprano I, siendo el carcinoma epidermoide queratinizante el más frecuentemente identificado con 6 pacientes. Además se encontró carcinoma epidermoide condilomatoso, basaloide y melano en 2, 1 y 1 paciente respectivamente. Cuatro pacientes fueron sometidas a cirugía, realizando los siguientes procedimientos: vulvectomía con linfadenectomía inguinal bilateral, vulvectomía con linfedenectomía izquierda, hemivulvectomía derecha, vulvectomía con colpectomía. Dos pacientes tuvieron complicaciones posquirúrgicas, una de ellas retención urinaria y dehiscencia de la herida quirúrgica, mientras que la otra paciente presentó celulitis a los 48 días posquirúrgicos. Solo una paciente tuvo recurrencia local dos años después de su diagnóstico. Cuatro pacientes fueron sometidas a radioterapia, dos de ellas en estadio IVA y dos en estadio IVB, todas ellas recibiendo dosis de 50Gy, en las dos pacientes cursando estadio IVB sometidas a RT se agregó quimioterapia a base de carboplatino en una de ellas recibiendo 8 sesiones y cisplatino en la otra siendo sometida a 3 sesiones. Se les dio seguimiento a las pacientes por un periodo de 19.6 meses ± 7.7; encontrando que en 7 de ellas el seguimiento fue menor de 12 meses y solo una paciente fue por más de 24 meses. Se reportaron 5 defunciones con un media de tiempo de 11.1 meses ± 8.6 del diagnóstico. Presentándose dos en un periodo menor a los 12 meses y una posterior a 24 meses después de su diagnóstico.

CONCLUSIÓN: Con base en estos resultados, concluimos que el cáncer de vulva no muestra diferencia significativas en la mayoría de las variables estudiadas, tales como el tipo histológico, síntoma inicial, referidas previamente por estudios nacionales. Sin embargo en el centro de México se reporta un diagnóstico en estadio temprano. Por lo que surge la pregunta de qué es lo determinante en nuestra población para acudir al médico mucho tiempo después de su inicio de la sintomatología. Se identificó que el cáncer presenta una media de edad 65 años igual a la reportada por estudios nacionales e internacionales. Se encontró una variable en nuestro estudio que no se ha reportado en estudios como lo es la obesidad. Determinando que el 90% de nuestra población estudiada presenta esta patología, por lo que sería conveniente iniciar un seguimiento para determinar si juega algún papel en el rol de patología. Teniendo en consideración las limitantes de nuestro estudio; retrospectivo y el número de pacientes; se deben de tomar en cuenta los resultados obtenidos por el mismo; así como enfocarnos en el diagnóstico oportuno de esta enfermedad lo que representaría un diminución en la mortalidad de la misma.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 22

Hidradenocarcinoma de vulva. Reporte de un caso

Emilio Modesto Treviño Salinas, Lorena Castillo Saenz, Oscar Rubén Treviño Montemayor, Angélica Mireles García, Alma Rosa González Hernández
Universidad Autónoma de Nuevo León.

ANTECEDENTES: El Cáncer de vulva es el cuarto cáncer ginecológico más común en los Estados unidos (después de cáncer cervical, uterino y de ovario). Existen aproximadamente 6000 casos y 1000 defunciones por esta enfermedad, cada año. El hidradenocarcinoma

es un tumor maligno extremadamente raro, que puede presentar un curso clínico agresivo con aparición frecuente de metástasis. Representa 6% de cánceres ecrinos malignos y tienen una prevalencia tan baja como 0.05%. Afecta principalmente a mujeres en la 5ta-7a década. Suele presentarse como una lesión cutánea solitaria, un nódulo rojizo ulcerado en cara o región axilar de pacientes de edad avanzadas. La resección quirúrgica local agresiva ha sido el estándar de atención para las enfermedades localizadas. Se ha propuesto un papel más importante para la terapia adyuvante basada en el grado, el estado de margen cercano positivo, la extensión perineural, la invasión angiolinfática y la metástasis regional. Algunos reportes han sugerido radioterapia adyuvante para tumores grandes (> 5 cm), y tumores pobremente diferenciados con invasión del espacio linfovascular y pacientes con extensión extranodal.

OBJETIVO: El objetivo de este informe es presentar un caso clínico de una paciente con diagnóstico de hidradenocarcinoma en vulva la cual fue manejada para control local y manejo de los síntomas, con buena respuesta a la radioterapia.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se trata de una paciente de sexo femenino de 47 años de edad, la cual presenta cuadro de dolor tipo urente en región vulvar así como sangrado transvaginal de dos meses de evolución, y la presencia de una lesión en área genital, además de pérdida de peso de 5kg en 3 meses, fatiga y debilidad. Tras persistir con mismo cuadro y presentar aumento de tamaño de la lesión, acude a área de urgencias ginecológicas. A la exploración física, se describe una tumoración abdominopelvica de 20cm aproximadamente que supera la cicatriz umbilical, móvil, de bordes regulares, con leve dolor a la palpación, sin datos de irritación peritoneal. En región inguinal se palparon tres adenopatías, dos adenomegalias en región inguinal izquierda de aprox 2x3cm, dolorosas, y una en región inguinal derecha de mismas características. En región vulvar se observó una tumoracion exofítica, hiperémica, dolorosa a la palpación, de aprox 12cm, en labio mayor derecho que involucraba labio menor homolateral, e introito vaginal, así como horquilla posterior, con área de ulceración, con exudado purulento de 2x2 cm. Al tacto vaginal, se palpo el cérvix con pérdida de la arquitectura, parametrios tomados, así como tercio inferior de vagina tomada, de consistencia pétrea en pared anterior y posterior. Se imposibilita especuloscopía por dolor intenso. Es ingresada para integrar diagnóstico, bajo la sospecha de tumoración maligna en región vulvar.

RESULTADOS: Se solicitaron estudios de imagen, entre ellos una tomografía axial computarizada, la cual mostraba un proceso neoformativo de probable origen cervical que se extendia hacia útero y tercio distal de la vagina con borramiento y realce de los labios mayores que sugería invasión sin poder descartar la posibilidad de invasión a vejiga y recto. Múltiples adenopatías paraaórticas e inguinales así como enfermedad a distancia (Pulmón). Se tomó biopsia de la tumoración, se mantuvo en vigilancia y manejo del dolor durante hospitalización. La biopsia mostró una neoplasia con patrón infiltrativo que respeta el epitelio superficial, la cual se compone de nidos solidos separados por delgadas bandas de colágeno compuestos por células poligonales a redondas con citoplasma eosinófilo, algunas áreas con citoplasmas claros, núcleos redondos, con nucleolo visible; comedonecrosis, y extensa invasión vascular en el espécimen. Se realizaron marcadores de inmunohistoquimica a base de p63, el cual resulto positivo focal; antígeno carcinoembrionario, antígeno de membrana epitelial, coctel de citoqueratina (oscar), y vimentina positivos. Además de receptores de estrógenos y progesterona, los cuales resultaron negativos en células neoplásicas. Se dio tratamiento paliativo con Radioterapia (10 sesiones a pelvis de 30 Gy), y posterior a esta se valorará quimioterapia paliativa.

CONCLUSIÓN: Al tratarse de una enfermedad rara, no está claro algún consenso acerca del tratamiento. Aunque la cirugía representa la piedra angular del tratamiento, con márgenes de resección negativos, esto va a depender del estadio del tumor. El papel de la quimioterapia no es muy clara, y sus beneficios no han sido demostrados. (Capecitabina, 5 fluorouracilo) similar a cáncer de mama o colon. A pesar de que la Radioterapia no es el tratamiento de elecciónón ha sido propuesta cuando la cirugía no está indicada. La braquiterapia es considerada como tratamiento óptimo para carcinomas primarios y recurrentes de vulva y vagina. En este caso, fue una enfermedad avanzada con afección ganglionar, y extensión a órganos distantes, nuestra paciente tolero el tratamiento con buenos resultados y baja toxicidad hasta el momento. Debido a su baja incidencia, todavía se están explorando las estrategias de pronóstico y tratamiento tanto para enfermedades primarias como avanzadas.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 23

Endometriosis polipoide: presentación de un caso

Emilio Modesto Treviño Salinas, José Gerardo Garza Leal, Oralia Barboza Quintana, Juan Antonio

Soria López, Juan Antonio Soria López, Alma Rosa González Hernández
Universidad Autónoma de Nuevo León.

ANTECEDENTES: La endometriosis polipoide fue descrita por primera vez en 1980 por Moustoufuzadeh y Scully; para definir una variante poco frecuente de la endometriosis. Esta enfermedad tiene características histológicas similares a las de un pólipo endometrial. En estos casos se forman masas polipoides grandes y múltiples; las cuales pueden simular una neoplasia maligna. Su aparición es frecuente en la edad posmenopáusica; la edad media de diagnostico es de 50 años. Las características clínicas son: dolor abdominal, masa pélvica, masa polipoide vaginal asociada a sangrado transvaginal y obstrucción intestinal. El sitio mas común de afección es la mucosa colónica, seguido de ovario y serosa uterina; también pueden verse afectados múltiples sitios hasta en el 30% de los casos. Su aparición se atribuye al uso de hormonas exógenas y se han reportado casos asociados a la ingesta de tamoxifeno. Algunas lesiones pueden evolucionar hasta una lesión premaligna o incluso tener transformación maligna.
OBJETIVO: Presentar un caso atípico de endometriosis poco común en nuestra población.
MATERIALES Y MÉTODOS: Femenino de 46 años, gesta 6 con cuatro partos y dos abortos, la cual presenta 6 meses con alteraciones del ciclo menstrual caracterizadas por aumento en la cantidad y días de sangrado, acompañándose de dolor en hipogastrio tipo cólico. Acudió a nuestra institución donde a la exploración física presentó dolor leve a la palpación en hipogastrio, vagina con huellas de sangrado cérvix permeable, útero y anexos no valorables por panículo adiposo.
RESULTADOS: Se realizó ultrasonido que reporto útero en de 16cm aumentado de tamaño a expensas de dos imágenes ovoideas, la mayor a nivel de su pared posterior con medida de 3.7cm compatible con mioma intramural, línea endometrial de 1.13cm, ambos ovarios normales, adyacente a ovario derecho posterior a tercio medio de útero, se identifica imagen ovalada, de bordes parcialmente definidos, heterogénea, de contenido mixto de predominio quístico, multilocular y septada, con ecos de bajo grado en su interior, con componente sólido en la periferia, el cual muestra flujo arterial a la exploración Doppler color con IR de 0.69, con medidas de 6.4cm, sugestivo de proceso neoformativo, a considerar cistoadecarcinoma mucinoso. Se solicita Ca 125 en 75.2UI/ml Ca 19-9 <0.60UI/ml. Es intervenida quirúrgicamente realizándose histerectomía abdominal más salpingectomía bilateral más quistectomía; encontrando, útero de 18cm con mioma tipo 4 a nivel de istmo de aproximadamente 4cm, tumoración de 6cm, adherida a cara posterior de útero de componente sólido y quístico. Se egresa al 2do día postoperatorio con medroxiprogesterona. El estudio anatomopatológico reportó resección de tumoración endometriosis polipoide con hiperplasia atípica.
CONCLUSIÓN: Se trata de una patología recientemente descrita, por lo tanto, son muy pocos los reportes de casos sobre la endometriosis polipoide; es poco lo que se conoce acerca de esta patología. La endometriosis polipoide puede simular una neoplasia maligna en las características clínicas y en los estudios de imagen y a pesar del hallazgo frecuente de glándulas hiperplásicas, así como de atipia, el riesgo de progresión de la endometriosis polipoide a neoplasias malignas parece ser poco frecuente.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 24

Acretismo placentario: abordaje multidisciplinario

Gonzalo Soto Fuenzalida, Heriberto Reyes Sepúlveda, Salvador Garza González, Roman Arguello Hanon, Valeria Gutiérrez
ISSSTELEON, Tecnológico de Monterrey.

ANTECEDENTES: La histerectomía obstétrica es un procedimiento que implica una alta morbimortalidad, debido a la alta probabilidad de lesiones a órgano blanco, politransfusiones y riesgo elevado de shock hipovolémico. En un estudio realizado por García-de la Torre, José Ignacio, et al., el acretismo placentario constituía la segunda causa más frecuente para la realización de histerectomía obstétrica, después de la hemorragia.1El espectro de acretismo placentario es un término genérico aplicado a la adherencia aberrante del trofoblasto al miometrio.2La incidencia mundial de acretismo es de 3 por cada 1000 embarazos, de los cuales 7% se ven asociados a mortalidad materna y se acompaña de histerectomía periparto en más de la mitad de los casos. De hecho, un estudio de 134 pacientes que entraban en el espectro de acretismo placentario encontró que 79 de estos (60%) necesitaron una histerectomía posterior a la cesárea. La complicación más común fue incapacidad de lograr hemostasia. El estudio VALUE en Inglaterra incluyó más de 37,000 histerectomías, 24,000 de las cuales fueron abdominales. 3.6% de las pacientes tuvieron una complicación severa (muerte, tromboembolismo, infarto agudo al miocardio, falla renal, infección severa, entre otras).

OBJETIVO: Describir el protocolo quirúrgico multidisciplinario que utilizamos para disminuir la morbimortalidad asociada a histerectomías obstétricas en pacientes con previo diagnóstico de acretismo placentario.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se realiza un análisis descriptivo de 4 histerectomías obstétricas por acretismo placentario, realizadas entre julio de 2017 a mayo de 2018 en el Hospital San José del TEC de Monterrey, por el servicio de ISSSTELEON. A las 4 pacientes se les indicó un protocolo que incluía: Cateterización de ureteros previo a la cirugía para localización trans quirúrgica; Pinzamiento de labio cervical anterior con pinza Foerster para localización de cúpula vaginal trans operatoria; Oclusión temporal con cinta umbilical de arterias iliacas internas por servicio de cirugía vascular; Histerectomía por equipo de 3 ginecólogos; Ing biomédica para uso de recuperador sanguíneo; Equipo de anestesiología.
RESULTADOS: Durante este período se realizaron 4 histerectomías obstétricas por acretismo placentario en sus diferentes grados, obteniendo: una disminución en el sangrado trans operatorios; no se utilizaron paquetes globulares exógenos de la paciente; recuperación al alta de 3 a 6 días post cirugía; no hubo re internamientos ni re intervenciones en el período puerperal; 3/4 pacientes pasaron a cuidados intermedios las primeras 24 horas para observación y luego pasaron a piso de pacientes sin alteraciones; No se pasó a pacientes a terapia intensiva. Los recién nacidos pasaron a cuidados neonatales sin complicaciones ni lesiones trans operatorias, y se les dio seguimientos y cuidados según su edad gestacional.
CONCLUSIÓN: La histerectomía obstétrica es una cirugía que implica una alta morbi mortalidad materno fetal. 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. Nuestros resultados hasta este momento nos han ayudado a mejorar las estadísticas previas, y mejorar el pronóstico de nuestras pacientes

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 25

Estudio comparativo entre histerectomía laparoscópica, abdominal y vaginal: experiencia en 291 casos

Gonzalo Soto Fuenzalida, Mario Alberto Molina De Haro, Raúl Javier Guerrero Cardoso, Víctor Segura Ibarra, Manuel Alberto Paredes Flores
Tecnológico de Monterrey.

ANTECEDENTES: La histerectomía es el procedimiento ginecológico más realizado a nivel mundial. Las técnicas quirúrgicas desarrolladas con el paso de los años han variado mucho, disminuyendo la morbi mortalidad en las pacientes. Hasta el día de hoy se han realizado múltiples trabajos enfocados a determinar cuáles son las ventajas y desventajas comparativas de cada una de las técnicas, siendo la conclusión actual que la técnica recomendada es la que "mejor realiza el cirujano". En nuestros hospitales TEC Salud estamos desarrollando desde hace varios años el uso de la histerectomía laparoscópica, con muy buenos resultados tanto peri como post operatorios, disminuyendo el dolor post operatorios, los días de internamiento, así como los tiempos quirúrgicos en relación al desarrollo inicial de la técnica. Hemos visto que en países desarrollados existen múltiples trabajos comparativos con diferentes resultados en sus conclusiones. Es por esto que decidimos analizar nuestra estadística para analizar los diferentes resultados y compararlos entre las 3 técnicas de mayor difusión.
OBJETIVO: Este trabajo es un estudio descriptivo y comparativo de los 3 procedimientos principales realizados en nuestra institución para el abordaje de histerectomía., abdominal, vaginal y laparoscópico.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, observacional, analítico, descriptivo, de revisión de expedientes de los Hospitales TEC Salud de Monterrey, en donde se analizaron las histerectomías realizadas durante enero del 2014 a diciembre del 2015.
RESULTADOS: La HTV se presenta con mayor frecuencia en pacientes de mayor edad, mayor paridad, y antecedente de parto vaginal en relación a las otras dos técnicas., y menor número de forma significativa en pacientes con cesáreas previas que HTA (p=0.007). Hay menor tiempo quirúrgico en la HTV (p=0.038). Hay menor sangrado en las pacientes con HTL (p=<0.001). Los días de hospitalización fueron muy similares en los grupos de HTV e HTL, pero significativamente mayor en el grupo de HTA.
CONCLUSIÓN: En nuestro grupo de observación, podemos apreciar que hay un RR aumentado en las complicaciones asociadas a HTL, así como en el ingreso a UCIA, comparado con los otros dos grupos. El riesgo de transfusión es mayor en las pacientes que se sometieron a HTA e HTV, comparado con la vía laparoscópica, así como también observamos un RR

incrementado en re intervención, mayor en histerectomía abdominal respecto a los otros dos segmentos. En nuestro grupo de estudio, el mayor número de histerectomías se realiza por vía abdominal, seguida por la vía laparoscópica, y luego la vaginal. La preferencia de la vía tiene una relación estrecha con la paridad y vía de desembarazo que tuvieron las pacientes. El sangrado y transfusión fue significativamente menor en la vía laparoscópica frente a las otras dos vías. Porcentualmente, hay mayor incidencia de complicaciones post quirúrgicas asociadas a la HTL, sin embargo el riesgo de re intervención es mayor en la HTA. La decisión de realizar una HTV guarda estrecha relación con el antecedente de partos previos. El tiempo quirúrgico fue significativamente menor en la HTV. La HTL está aumentando su uso en nuestro medio, con resultados óptimos y seguros para nuestras pacientes.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 26

Diabetes mellitus neonatal. Reporte de un caso

Gonzalo Soto Fuenzalida, Heriberto Reyes Sepúlveda, Ana Sofía González Guerra, Anna Sofía Huerta Delgado, Valeria Olvera Rodríguez
ISSSTELEON, Tecnológico de Monterrey.

ANTECEDENTES: La diabetes mellitus neonatal (DMN) se presenta en 1 por 100.000-300.000 nacidos vivos, con una edad de inicio que ronda los 6 meses y puede presentarse de forma permanente o transitoria. Su etiología suele ser genética. La hiperglucemia pasa desapercibida con frecuencia y se diagnostica cuando el cuadro clínico empeora por hiperglucemia notable, generando una alta tasa de morbilidad. A continuación, se presenta el reporte de caso de un masculino, producto de un embarazo gemelar nacido por operación cesárea a las 30.3 SDG tras encontrarse RCIU IV, en quien se encontraron niveles altos de glucosa (tratado con insulina) hasta que se realiza el diagnóstico de diabetes neonatal a las 3 semanas de vida al encontrarse valores de péptido C elevado.
OBJETIVO: Presentar el caso de un recién nacido con diabetes mellitus neonatal, y las complicaciones asociadas en el embarazo.
MATERIALES Y MÉTODOS: La madre de 37 años fue ingresada el 19 de septiembre del 2018 por embarazo de 30.3 SDG (Bicoriónico Biamniótico) tras acudir a consulta de control prenatal, donde se realiza ultrasonido Doppler que reporta gemelo A con índices de pulsatilidad normal de arteria umbilical, arteria cerebral media y ductus venoso, líquido amniótico dentro de parámetros normales, fetometría de 31.1 semanas de gestación, percentil de crecimiento 70%. Gemelo B fetometría de 26.4 semanas de gestación, percentil de crecimiento <3%, índice de pulsatilidad de doppler de arteria umbilical, cerebral y Ductus venoso normal, pero doppler de arteria cerebral media menor del percentil 5% y oligohidramnios, con lo que se diagnostica RCIU IV, asociado a actividad uterina, motivo por el cual se decide su hospitalización para término de embarazo mediante operación cesárea. El procedimiento se lleva a cabo sin complicaciones, con incisión en útero tipo Kerr, líquido amniótico claro sin grumos. Se obtienen 2 productos: Femenino, 1860 gr, 40 cm, 9/10 (16:47H). Masculino, 880 gr, 33 cm, 9/10 (16:48H). AHF diabetes mellitus (madre), APNP no relevantes para el caso, APP tabaquismo de 1 paquete/año, etilismo social (ambos suspendidos durante embarazo), con una colecistectomía por laparoscopía (2000). AGO menarca a los 13 años, G4P2C1, con embarazos anteriores: Femenino, 3600 gr, cerclaje a los 3 meses. Femenino, 3500 gr, sin complicaciones. Femenino, 3600 gr, cesárea por probable DCP. FUP: 14/08/2008, FUC: 11/12/2013, FUM: 19/02/20216. El producto masculino ingresa a UCIN con diagnóstico de prematurez + anemia + dificultad respiratoria, en donde se le proporcionan cuidados necesarios. Dos días posteriores a su nacimiento se reportan glicemias elevadas tratadas con insulina y, tras persistencia de la hipeglicemia, se solicita un péptido C a las tres semanas de vida que resulta elevado, con el cual se realiza el diagnóstico de diabetes neonatal.
RESULTADOS: La DMN es un padecimiento extremadamente raro y que se presenta entre 1 en 100,000-300,000 nacidos vivos (1,3,5,6). Se diagnostica en los primeros 6 meses de vida y por su temporalidad de presentación, suele ser más comúnmente resultado de alteraciones genéticas que de trastornos autoinmunes (2,6). A la fecha, se conocen más de 25 (1,2) mutaciones causantes de DMN que permiten identificar diferentes subtipos clínicos de la enfermedad. A grandes rasgos, es posible hacer una distinción en tres grandes grupos (2): transitoria, permanente y síndrome neonatal. La DMN transitoria (50% de los casos) (6,7,8) se debe a alteraciones en el cromosoma 6q24 en los genes PLAGL1/ZAC y HYMAI, o a mutaciones en los canales K-ATP. Suele diagnosticarse por hiperglucemias en los primeros 6 meses, la enfermedad remite y, por lo general, vuelve a aparecer alrededor de los 14 años hasta en el 50-60% de los casos (1,6,7).

Esta variante inicia en la primera semana de vida y persiste hasta su resolución espontánea. Se presenta con más frecuencia en lactantes pequeños para la edad gestacional con hiperglucemia y glucosuria, que producen una deshidratación grave llegando hasta acidosis metabólica. Las respuestas de la insulina a la glucosa son bajas o ausentes (6). Después de la remisión espontánea, las respuestas de insulina a los mismos estímulos son normales. La DMN permanente (50% de los casos), se debe a mutaciones en los genes KCNJ11 y ABCC8 que codifican las subunidades Kir6.2 y SUR1 del canal de potasio sensible a adenosina trifosfato. Esta forma de diabetes puede ser tratada con sulfonilureas.(5) No existen pruebas específicas o protocolos delimitados para el diagnóstico de la DMN ni durante la gestación ni tras el nacimiento (1), de manera que el clínico debe sospecharlo ante la presencia de hiperglicemias persistentes. De manera general, se considera que la administración de insulina es obligatoria durante la fase activa de la DM en el recién nacido. Habitualmente 1 o 2 U/kg/24 horas de insulina de acción intermedia, divididas en dos dosis, producen una mejoría espectacular y una aceleración del crecimiento y de la ganancia de peso.

CONCLUSIÓN: La diabetes neonatal es un diagnóstico raro; sin embargo, resulta relevante mantenerlo dentro de las consideraciones diagnósticas con el fin de evitar las consecuencias de la hiperglicemia en una diabetes no tratada. La presentación en el embarazo con manifestación de restricción del crecimiento en un embarazo gemelar, no es un dato que nos pueda orientar hacia su diagnóstico, ya que sus manifestaciones y evaluación deben ser realizadas ya en el nacimiento.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 27

Higroma quistico. Presentación de caso

Maria Ayumi Ito Nakashimada, David Samuel Flores Macías, Juan Tinajero Corona
Star Medica.

ANTECEDENTES: Presentación de paciente 26 años, sin antecedentes heredofamiliares de importancia, se detecta en primer trimestre por ultrasonido, higroma quístico.
OBJETIVO: Presentación de caso clínico, con abordaje multidisciplinario y revisión.
MATERIALES Y MÉTODOS: Caso clínico, con imágenes ultrasonográficas de higroma quístico, cariotipo, histopatológico y revisión de literatura.
RESULTADOS: Ultrasonido de primer trimestre con presencia de masa a nivel cervical, adema de tejidos blandos, ascitis. Se corrobora por cariotipo: mosaico 45x/46xy/92xxyy.
CONCLUSIÓN: Considerar el estudio de primer trimestre en pacientes de cualquier edad para detección de marcadores de aneuploidías para su diagnóstico y tratamiento oportuno.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 28

Tumor de Sertoli Leydig. Reporte de caso

Alma Rosa González Hernández, Emilio Modesto Treviño Salinas, Juan Antonio Soria López, Lorena castillo Saénz, Oscar Rubén Treviño Montemayor
Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González.

ANTECEDENTES: Los tumores de Sertoli-Leydig representan menos del 0.5% de los tumores ováricos y afectan en su mayoría a mujeres de la década de los 20 a 30 años, y en 1/3 de éstos se presenta virilización de las pacientes por la elevada producción de andrógenos, generalmente la presentación es sólida y en un 15% aproximadamente se presentan con patrón sarcomatoide y de retiforme. En su mayoría al momento del giagnóstico se encuentran en estadío I (80%) de los casos.
OBJETIVO: Es presentar un caso de tumoración ovárica de baja incidencia como lo es el tumor de Sertoli-Leydig y que en este caso se encontró en una paciente en menopausia, con una estimulación endometrial (hiperplasia simple sin atipia) y con patrón retiforme y sarcomatoide
MATERIALES Y MÉTODOS: Mujer de 60 años que acude a valoración por presentar 1 año de sangrado escaso postmenopáusico, en la que se encuentra tumoración anexial y línea endometrial de 0.5mm, y que se interviene quirúrgicamente con cirugía citoreductora y en estadío I.
RESULTADOS: Se reporte un tumor de Sertoli-Leydig con patrón retiforme y sacromatoide, que se encontró en estadío I y donde la paciente presenta una adecuada evolución quirúrgica
CONCLUSIÓN: Los tumores de Sertoli-Leydig se encuentran entre los de presentación rara menos del 0.5%, con presentación entre la década de los 20 y 30 años, en nuestro caso fue en paciente menopáusica y que generalmente son tumores de difícil diagnóstico preoperatoriamente y que su evolución dependerá del grado de diferenciación y presentación sarcomatoide por el elevado índice mitótico que presentan.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 29

Reporte de un caso: gastrosquisis

Roberto González Habib, Arelie Estefanía Navarro Acosta, César

Francisco Saldaña Solorzano, Israel Castro Torres
Christus Muguerza- UDEM.

ANTECEDENTES: La gastrosquisis es una patología que se presenta en 3 a 4 por cada 10,000 nacidos vivos; consiste en un defecto en la pared abdominal lateral (de predominio derecho) al sitio de inserción del cordón umbilical. En dicho defecto, las asas intestinales carecen de recubrimiento, presentando evisceración, implicando en algunos casos a otros órganos abdominales como: estómago, vesícula biliar y vejiga. En la mayoría de las ocasiones, el tamaño del defecto suele ser menor a 4 cm.
OBJETIVO: Caso de un producto con gastrosquisis.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se trata de un paciente femenino de 30 años de edad, cursando su segundo embarazo (cesárea previa) de 35.6 semanas. La paciente no contaba con antecedentes heredofamiliares, personales patológicos o no patológicos de importancia. En cuanto al embarazo actual, inició su control prenatal a las 13 semanas; se realizó ultrasonido anatómico a las 16 semanas en el cual se identificó un defecto en la pared abdominal fetal compatible con gastrosquisis. Se realizó monitoreo mensual mediante ultrasonido. Durante el monitoreo ultrasonográfico, a las 33 semanas se estimó un peso fetal en el percentil 40, cantidad adecuada de líquido amniótico para la edad gestacional y se reportó un segmento de 10 cm intestino por fuera de la pared abdominal, con un diámetro transverso de 2.01 cm y un grosor de la pared intestinal de 0.12 cm. Se decidió continuar con el monitoreo y aplicar un esquema de inductores de madurez pulmonar fetal a las 35 semanas con betametasona 12 mg intramuscular cada 24 horas por 2 dosis. A las 35.6 semanas, la paciente presentó actividad uterina regular de 5 horas de evolución, teniendo una contracción cada 10 minutos, perceptible, dolorosa (5/10 en la escala de dolor), con una duración de 20 segundos cada una, motivo por el cual acudió a Clínica NOVA para valoración en donde se le realizó un tacto vaginal encontrándose 1 cm de dilatación, con un 80% de borramiento, producto libre, cérvix posterior y reblandecido, con membranas íntegras. Se decidió referencia a nuestro hospital para continuar con vigilancia materno-fetal. Continuó presentando actividad uterina, la cual se incrementó tanto en frecuencia como en duración hasta llegar a tener 3 a 4 contracciones en 10 minutos; a su llegada a la unidad de Obstetricia de nuestro hospital se realizó un tacto vaginal encontrándose 9 cm de dilatación, con 90% de borramiento, producto a -1, con cérvix anterior y blando, membranas íntegras. Se pasó paciente a sala de quirófano, bajo bloqueo epidural se obtuvo producto masculino, vía abdominal, con un peso de 2300 gramos y una puntuación de APGAR 7-10. Se realizó exploración física del recién nacido en campos estériles, encontrándose masculino de edad aparente igual a la cronológica, normocéfalo, labio y paladar íntegro, orejas bien implantadas, ojos sin alteraciones, no se presenta datos de dificultad respiratoria, buena entrada y salida de aire de ambos hemitórax, no se auscultan agregados, genitales masculinos Tanner 1, se realizó descompresión gástrica con sonda Nelaton 10 Fr y se colocó una sonda Nelaton 12 Fr a través de esfínter anal para corroborar permeabilidad y posterior realización de irrigación. Se procedió a revisión de asas intestinales, sin encontrar estenosis, atresia u otra complicación. Se procedió a realizar reducción de las asas intestinales (colon, yeyuno e ileon), evidenciándose finalmente el defecto en la pared abdominal de 2 cm de diámetro, el cual se cubrió con parche de duoderm.
El recién nacido se trasladó a la unidad de cuidados intensivos neonatales, en donde cursó una evolución adecuada sin presentar datos de compresión abdominal. La evolución de la madre posterior al evento obstétrico fue normal, sin complicaciones, teniendo un egreso hospitalario a los 3 días, sin complicaciones. El recién nacido fue dado de alta del hospital a los 17 días, con buen estado general.
RESULTADOS: La gastrosquisis es una condición que en primera instancia es muy aparatosa, sin embargo, que puede resolverse fácilmente (en cierto modo) si se cuenta con diagnóstico adecuado y si se inicia un tratamiento de manera temprana. El parámetro ecográfico más estudiado y discutido es la dilatación de asa intestinal del feto, tomándose como corte un diámetro mayor a 18 a 20 mm en un corte transversal. Una vez que se confirma el diagnóstico, se debe realizar un monitoreo ultrasonográfico cada 3 a 4 semanas el cual debe incluir: fetometría, peso fetal estimado, índice de líquido amniótico y visualización de las asas intestinales con el fin de identificar compromiso isquémico. En cuanto a la finalización del embarazo, no existe una recomendación definitiva sobre la vía de nacimiento, sin embargo, lo que sí se ha establecido es que la edad gestacional del nacimiento debe ser lo más cercano posible al término teniéndose las 38 semanas como punto arbitrario. La indicación para realizar una cesárea dependerá si existe una condición que amenace la vida de la madre o el feto.
CONCLUSIÓN: La vigilancia constante del producto mediante ultrasonido debe ser el pilar de

tratamiento para así mejorar los resultados para el binomio materno-fetal. Mediante la identificación del defecto, se puede prevenir la morbi-mortalidad neonatal con un equipo multidisciplinario al momento del nacimiento. La individualización de los casos y toma de buenas decisiones dependiendo la porción eviscerada y las condiciones obstétricas son la clave para obtener éxito al momento del nacimiento del producto.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 30

Reporte de un caso: trombocitopenia gestacional

Manuel Alejandro García Saavedra, Israel Castro Torres
Christus Muguerza- UDEM.

ANTECEDENTES: Se define como trombocitopenia gestacional a un recuento de plaquetas menor a 150,000/µL en una paciente embarazada, siendo el rango normal de 165,00 a 415,000/µL. Es importante remarcar que durante el tercer trimestre es el momento de la gestación en que se presentan los niveles promedio más bajos de forma significativa, probablemente debido a la hemodilución. La trombocitopenia gestacional propiamente definida ocurre en el 7 al 12% de los embarazos, teniendo como manifestaciones clínicas: aparición de petequias, equimosis, epistaxis, gingivorragia y sangrados uterinos. De todas las pacientes embarazadas que presentan trombocitopenia, el 75% de los casos corresponde a esta entidad benigna. Cuando se encuentra una cuenta plaquetaria menor a 80,000/µL se debe realizar un abordaje de estudio para descartar otras causas, pues una trombocitopenia gestacional raramente se presenta con valores menores a 50,00 – 80,000/µL.

OBJETIVO: Caso con trombocitopenia gestacional.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se trata de una paciente femenino de 18 años de edad, primigesta, cursando 38 semanas de embarazo sin antecedentes heredofamiliares, personales patológicos y no patológicos de importancia. Del embarazo en cuestión inició su control prenatal a las 9 SDG, teniendo laboratorios normales (biometría hemática, examen general de orina, VDRL y VIH). A las 25 SDG se volvieron a solicitar laboratorios de control encontrándose nuevamente dentro de parámetros normales. El embarazo cursó satisfactoriamente sin presentar infecciones, sangrados o alguna otra patología. A las 32 SDG, se solicitaron laboratorios correspondientes al tercer trimestre, entre los cuales se encontró alteración en la biometría hemática, con valor del recuento plaquetario de 60,000/µL. Al acudir a la revisión de los mismos la paciente negó haber presentado sangrado espontáneos, aparición de petequias o equimosis. Se le indicó realización de una nueva biometría hemática, la cual corroboró el resultado previamente reportado por lo que se sugirió acudir a valoración por hematólogo. Como parte de la valoración, el médico hematólogo solicitó nuevos laboratorios: biometría hemática (con plaquetas en 80,000/µL), frotis de sangre periférica (sin alteraciones) y realizó interrogatorio dirigido descartándose enfermedades herediatarias. Se indicó tratamiento con prednisona 20 mg vía oral cada 12 horas por 14 días. Se indicó monitoreo nuevamente al terminar el tratamiento.

A las 35 SDG acudió a su cita de control prenatal, con solicitud de una nueva biometría hemática, la cual reportó plaquetas en 80,000/µL, con conteo manual en 100,000/µL; la paciente se encontraba asintomática. Se citó a las 37 SDG con una nueva biometría, teniendo conteo manual de plaquetas en 105,000/µL. De manera espontánea, la paciente inició trabajo de parto a las 38 SDG, por lo que a su ingreso hospitalario se le tomaron laboratorios encontrando plaquetas en 84,000/µL y un conteo manual de 140,000/µL. Se mantuvo en conducción de trabajo de parto y posteriormente se decidió realización de cesárea por diagnóstico de desproporción cefalopélvica. El procedimiento se llevó a cabo sin complicaciones, teniendo adecuada hemostasia. Se dio seguimiento con biometría hemática de control a los 2 días post parto reportando conteos manuales plaquetarios de 158,000/ µL.

RESULTADOS: La fisiopatología de la trombocitopenia gestacional es incierta, se han propuesto varios procesos que influyen como: hemodilución fisiológica de embarazo e incremento característico de la masa esplénica. Se puede clasificar como leve con niveles plaquetarios : 100,000 a 149,000/mm3. Moderada: 50,000 a 99,000/mm3. Severa: < 50,000/mm^3. Generalmente se presenta en el tercer trimestre, auqnue puede aparecer en cualquier trimestre. La mayoría de las pacientes cursan asintomáticas. Se trata de un diagnóstico de exclusión. El seguimiento que está recomendado para los casos leves es de biometría hemática completa cada 4 semanas, recordando que se debe solicitar un estudio de control en toda paciente a partir de las 34 SDG (correspondiente al tercer trimestre), pues en gran parte de los casos, el diagnóstico se realiza al momento del ingreso hospitalario para el nacimiento. En los casos de trombocitopenia severa el monitoreo del recuento plaquetario puede ser requerido cada 4 a 6 horas. (p. Ej., aquellos con HELLP). Al tratarse de una

entidad benigna y asociada a la gestación, los valores regresan a la normalidad a las 4 a 8 semanas posteriores al desembarazo. Es importante la referencia con un hematólogo cuando se tenga la sospecha de algún padecimiento hematológico que condicione la aparición de la trombocitopenia. El tratamiento recomendado para esta entidad es conservador. En cuanto a la vía de nacimiento, no hay evidencia que compare los resultados por parte o cesárea, por lo que debe considerarse una indicación obstétrica para realizar una cesárea. Es importante solicitar un control del recuento plaquetario dentro de las 4 a 12 semanas posteriores al nacimiento del producto.

CONCLUSIÓN: Los embarazos con trombocitopenia gestacional no tienen un mayor riesgo de hemorragia obstétrica, pues raramente disminuten los valores de plaquetas por debajo de 100,000/microl. Estas pacientes no requerirán de pruebas adicionales una vez realizado el diagnóstico ni tampoco de atención especializada, únicamente el seguimiento con biometría hemática. No existe una información consensuada sobre qué tan frecuente hay que solicitar las biometrías hemáticas en los casos leves, solo que se debe tomar en cuenta el entorno clínico y la evolución de la paciente. No obstante, sí hay recomendaciones de expertos sobre realización de conteo de plaquetas cada semana una vez que se identificó el problema. Es importante una detección y clasificación oportuna de la trombocitopenia en el embarazo. Debido a las diversas patologías con grado de severidad que pueden comprometer el bienestar materno-fetal. Así mismo es ideal llevar un control de conteos plaquetarios. Para poder valorar vias de desembarazo.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 31

Mola invasiva. Reporte de caso

Fernando Amilcar Gurrola Peniche, Norma Karina Esquivel Santillán
Hospital General Universitario Torreón, Coahuila.

ANTECEDENTES: Femenino 29 años, G6P4A2, sin antecedentes familiares de importancia para padecimiento actual, AGO: menarca 13 años, ritmo regular 28X3, IVSA 17 PS 1, MPF ACOs, ETS, DOCMA y DOCACU negados. Último embarazo 24 04 19, mola completa, tratada con legrado uterino instrumentado, con cuantificación inicial de hCG de 329 233 mUI/ml. Acude a seguimiento semanal posterior a legrado con las siguientes cuantificaciones: 11554, 11492, 60410 y 109224 mU/ml, por lo cual se diagnostica como Neoplasia Trofoblástica Gestacional, se complementa protocolo de estudio con PFH, QS, tele de tórax, los cuales se encuentran normales. Se hospitaliza para realización de histerectomía total abdominal con estudio transoperatorio.

OBJETIVO: Dar a conocer el caso clínico presentado en el hospital, debido a que las neoplasias trofoblásticas gestacionales tienen baja incidencia, y en este caso, se presentó una mola invasiva con metástasis pulmonares, y la literatura nos dice que sólo el 5% de las molas invasivas presentan metástasis, por lo que se consideró un caso raro, interesante y de mucha enseñanza.

MATERIALES Y MÉTODOS: Paciente JMFG 29 años de edad que acudió a Hospital General Universitario en abril 2019 por amenorrea de 9sdg con ultrasonido compatible con mola completa, a la cual se da seguimiento y termina siendo mola invasiva con metástasis a pulmón.

RESULTADOS: Se realiza histerectomia total abdominal con estudio transoperatorio el cual reportó mola invasiva vs coriocarcinoma, de 4.8cm en su dimensión mayor, que infiltra 7mm en una pared uterina de 2cm. Debido a que no se encuentran datos de invasión macroscópica durante la cirugía, y a que en el estudio transoperatorio el tumor no alcanza la serosa uterina, se decide conservación de anexos. Se realiza seguimiento semanal de hCG post histerectomia con 1554 mU/ml, se administra esquema de metrotrexate-ácido folínico de 8 días y posteriormente se obtuvo cuantificación de hCG de 950mU/ml. Se envió a hospital de tercer nivel, se realiza TC reportando metástasis pulmonares bilaterales, se inicia esquema con múltiples quimioterapéuticos EMA-CO.

CONCLUSIÓN: Paciente presenta metástasis pulmonares, las más frecuentes en mola invasiva. Se considera una neoplasia trofoblástica gestacional de alto riesgo por ser estadio III con un puntaje de riesgo mayor a 6. Opción recomendada de tratamiento de alto riesgo EMA-CO: etopósido, metotrexate, dactinomicina, ciclofosfamida, vinblastina. Actualmente paciente con segunda dosis de quimioterapia, respondiendo favorablemente.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 32

Embarazo gemelar y tromboembolismo pulmonar. Reporte de caso

Israel Castro Torres, Armando Efraín Buenfil Gudiño, Claudia Victoria Meléndez González, Roberto González Habib, Héctor Daniel Tamez Velez
Christus Muguerza- UDEM.

ANTECEDENTES: Las mujeres embarazadas tienen un riesgo de cuatro a cinco veces mayor de

tromboembolismo. El 80% de los eventos tromboembólicos en el embarazo son venosos, con una prevalencia de 0,5 a 2,0 por cada 1.000 mujeres embarazadas; la mortalidad reportada por esta causa es de 6.6%. La trombosis venosa profunda (TVP) y la embolia pulmonar (EP) se denominan eventos tromboembólicos venosos. Aproximadamente el 75–80% de los casos de tromboembolismo venoso relacionado con el embarazo son causados por la TVP, y el 20–25% de los casos son causados por la EP. La mitad de estos eventos ocurren durante el embarazo y la otra mitad durante el periodo posparto. Los principales síntomas son: disnea (82%), dolor torácico (49%), tos (20%), síncope (14%) y hemoptisis (7%). Otros hallazgos clínicos importantes son taquicardia, reforzamiento del ruido del cierre pulmonar, estertores o frote. El diagnóstico se realiza mediante la sospecha clínica y con estudios de imagen como ecografía compresiva, radiografía de tórax, angiografía pulmonar con TAC y gammagrafía de ventilación perfusión. La severidad de esta condición, requiere una consideración especial de manejo y terapia; la cual incluye anticoagulación inmediata y profilaxis para aquellos con mayor riesgo de eventos trombóticos.

OBJETIVO: Reporte de un caso embarazo gemelar y tromboembolismo pulmonar.

MATERIALES Y MÉTODOS: Femenino de 43 años de edad. Sin antecedentes heredofamiliares, patológicos y no patológicos; con antecedentes ginecoobstétricos: menarca: 12 años, ritmo regular de 28x4, G3A2. Cursando con embarazo gemelar bicoriónico-biamniótico de 22.3 SDG a su ingreso. Diagnóstico de IIC tratado con cerclaje Espinosa Flores y progesterona transvaginal. Inició padecimiento 3 horas previas a su ingreso al presentar síncope posterior a bipedestacíón y maniobra de valsalva en su domicilio, perdiendo conociiento por 10 segundos, inmediatamente presenta disnea de moderados esfuerzos, taquicardia y taquipnea, motivo por el cual es referida a nuestra unidad. Durante su traslado, presentó saturación de oxigeno de 74% por lo que se colocó mascarilla-reservorio con oxígeno a 5 L y se logro´ mantener saturación en 94%. A su ingreso refirió disnea de moderados esfuerzos, taquicardia y taquipnea. A la exploración física FC: 142 lpm, FR: 24 rpm. Paciente orientada, con palidez de tegumentos, torax con sibilancias espiratorias basales bilaterales. Abdomen globoso a expensas de útero grávido sin AU palpable. FU: 23 cm y FCF presentes. Solicitaron los siguientes exámenes y estudios: Glucosa capilar: 133 mg/dl. BH: Hb: 11.2 g/dL., Hto: 33.9 %, Leucos: 15.2 K/uL, Plaquetas: 304 K/uL. PB24: Glucosa 145 mg/dL, Col: 209 mg/dL, TGC: 183 mg/dL, CR: 0.5 mg/dL, TGO: 35 U/L. TGP: 36 U/L EKG: taquicardia sinusal. EGO: proteínas +, glucosa ++, trazas de hb, bacterias moderadas, leucos 3-5 por campo. Tele de tórax: Tejidos blandos y estructuras óseas no muestran alteraciones. Hay adecuada expansión pulmonar sin evidencia de infiltrado, consolidación ni derrame pleural. Silueta cardiomediastínica prominente por el tipo de proyección anteroposterior. Se sugiere angiotomografía para valoración adecuada. PCR y VSG: 28.53 mg/dl y 35 mm/hr. US obstétrico: Útero gestante con dos productos vivos. En ambos fetos frecuencia cardíaca rítmica, feto A 153 lpm y feto B 148 lpm. Placenta corporal posterior, grado 1 de maduración, sin evidencia de áreas que sugieran hematoma retro placentario. Embarazo biamniótico. El líquido amniótico con medida bolso único para el feto A de 4 cm y para el feto B de 4. 5 cm. Edad estimada por fetometría del feto A de 22. 3 semanas de gestación y feto B de 21. 6 semanas de gestación. Peso aproximado de feto A 493 g y feto B de 438 g.Se interconsulta neumología, ante la sospecha de tromboemnolismo pulmonar se solicitó : US de miembros inferiores con doppler: Sin datos de trombosis venosa en miembros pélvicos al momento del estudio. Troponina, Dímero D y proBNP: 773 ng/L, 2.25 mcg/mL y 711 pg/mL. Ecocardiograma transtorácico: Dilatación de cavidades derechas, con aumento de la presión sistólica de la arteria pulmonar, insufuciencia tricuspídea severa con fracción de eyección del 60%. Por lo que se establece el diagnóstico de trombosis venosa pulmonar por lo que se indicó enoxaparina 60 mg SC cada 12 horas, mascarilla reservorio de O2 a 8L/min y pasar a UCIA. Posteriomente la paciente es trasladada a hospital de tercer nivel donde continuo con tratamiento con enoxaparina 60 mg SC cada 12 horas. Presenta pérdida de ambos productos al iniciar con trabajo de parto prematuro. Posteriormente se realizó angio TAC de tórax: ambas arterias interlobares trombosadas, arterias intersegmentarias y ascendente izquierda trombosadas, sin cambios en el parénquima pulmonar.

RESULTADOS: El TEP durante el embarazo es difícil de diagnosticar debido a síntomas inespecíficos y compatibles con otras patologías Siempre se debe de pensar en la presencia de TEP cuando se presente una paciente con: disnea, taquicardia, taquipnea, dolor torácico, tos, síncope, hemoptisis. Así se puede realizar un abordaje adecuado, solicitando los estudios complementarios

adecuados y comenzar el tratamiento oportuno, esto con el fin de disminuir la morbi-mortalidad materno-fetal.

CONCLUSIÓN: El caso presentado en este reporte muestra la importancia de considerar el TEP como diagnóstico en los casos de pacientes con el cuadro clínico ya mencionado; además de la importancia que tiene diferenciarlo de otras patologías y de su tratamiento y profilaxis para evitar complicaciones y/o recurrencias.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 33

Adenosarcoma de Müller. Reporte de caso

Israel Castro Torres, Kimberly Daniela Arroyo García, Ernesto González Guajardo, Anna Karen Osuna Zavala, Roberto González Habib
Chistus Muguerza- UDEM.

ANTECEDENTES: Los adenosarcomas uterinos son neoplasias mixtas que contienen un componente epitelial maligno (sarcomatoso) y otro benigno, que son considerados como neoplasias de bajo grado debido a que tienen un bajo potencial maligno y un buen pronóstico. Son neoplasias infrecuentes, representando el 8% de todos los sarcomas uterinos. Como se mencionó previamente, su origen es epitelial-mesenquimatoso y en su mayoría (el 60% de los casos) se diagnostican en etapa I, la cual tiene una supervivencia mayor al 80%. En su presentación clínica frecuentemente ocasionan sangrado uterino anormal. Sin embargo, también se ha descrito que aquellas pacientes que tienen un crecimiento sarcomatoide tienen una recurrencia del 77%, lo cual disminuye la supervivencia a 5 años a un 50%. El tratamiento es quirúrgico y consiste en realizar una histerectomía total con salpingooforectomía bilateral, sin realización de linfadenectomía. Únicamente se recomienda quimioterapia o radioterapia en las pacientes que presentan invasión miometrial o crecimiento sarcomatoide.

OBJETIVO: Reporte de un caso: adenosarcoma de Müller.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se trata de una paciente femenino de 27 años de edad, sin antecedentes heredofamiliares o personales no patológicos de importancia; diagnóstico de endometriosis con tratamiento hormonal, con mal apego. Inició su padecimiento cuatro años previos al ingreso al presentar alteraciones en el patrón menstrual, teniendo ciclos irregulares de 15 a 45 x 7 días, con dismenorrea incapacitante durante los primeros cuatro días, que cedía con la administración de AINES. Dos meses previos al ingreso se agregó aumento en la cantidad de sangrado menstrual (sin especificar el número de toallas de uso por día), que se acompañó de náusea, vómito, fatiga y disnea de medianos esfuerzos, motivo por el cual acudió a consultar con médico ginecólogo quien le solicitó un ultrasonido pélvico reportando masa uterina intramural (no se especifican medidas) y una tumoración quística compleja en topografía del ovario izquierdo (posible cistoadenoma). Posteriormente se solicitó un TAC de abdomnen el cual se encontró útero de 11 cm, con múltiples imágenes sugestivas de miomas intramurales de 0.5 a 1 cm de diámetro; en cuanto a la región anexial derecha se identificó una imagen quística compleja, con presencia de calcificaciones en su interior y un quiste simple en el ovario derecho (no se especifican medidas). La paciente fue programada para laparotomía exploradora, durante la cual se realizó miomectomía (mioma de 7 cm en la pared posterior de útero) y resección de un endometrioma derecho de aproximadamente 3 cm. Posterior al procedimiento quirúrgico la paciente presentó adecuada evolución y se egresó sin complicaciones a los 3 días. El reporte de patología indicó una neoplasia bifásica, con área glandular de apariencia hiperplásica, con área estromal con cambios sarcomatosos consistentes con pleomorfismo nuclear, hipercromasia y nucléolos prominentes, motivo por el cual se programó nuevamente para cirugía: histerectomía radical abdominal, salpingectomía bilateral y oofo-rectomía izquierda. El reporte final de patología presentó datos que correspondían a adenosarcoma de Müller de bajo grado, cervicitis crónica, metaplasia escamosa, adenomiosis y anexo izquierdo con quiste folicular.

RESULTADOS: La incidencia del adenosarcoma de Müller es mayor en pacientes perimenopáusicas o postmenopáusicas aunque se han reportado casos en la niñez, sin embargo, la edad promedio de presentación es de 50 años. El sitio más común de presentación es el cuerpo uterino. La patogenia es desconocida, sin embargo se han descrito factores de riesgo como endometriosis, antecedente de radioterapia, terapia estrogénica por periodos prolongados en paciente postmenopáusicas y el uso de tamoxifeno. El diagóstico definitivo se obtiene por patología como fue en el caso clínico descrito anteriormente, además de marcadores inmunohistoquímicos como CD10 y WT1. Se considera como factor de buen pronóstico el que este confinado al endometrio. Dentro de los factores de mal pronóstico se describen invasión miometrial, recurrencia y metástasis.

CONCLUSIÓN: Debido a que la incidencia y prevalencia del adenosarcoma de Müller es baja en la población general y aún menor en pacientes jóvenes, no se cuenta con una gran cantidad de estudios o evidencia que evalúe la útilidad de tratamientos alternos a la cirugía, por lo que la histerectomía radical sigue siendo el gold estándar. Se trata de una entidad patológica que a pesar de tener un bajo potencial maligno, si no se detecta y trata a tiempo puede tener repercusiones graves en la vida de las pacientes.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 34

Amnioinfusión en ruptura prematura de membranas pretérmino

José Alfredo Jimenez Turrubiates, Dahlia Teresa Haro Anaya, Simón Acosta Durán
Hospital General de Matamoros Tamaulipas.

ANTECEDENTES: La ruptura prematura de membranas en gestaciones pretérmino se presenta en el 3% de los embarazos, responsable de una tercera parte de los nacimientos pretérmino, aumenta la morbimortalidad fetal y materna. Presenta riesgo de corioamnionitis, desprendimiento prematuro de placenta, compresión del cordón umbilical por oligohidramnios así como complicaciones asociadas a prematurez como síndrome de dificultad respiratoria, enterocolitis necrosante, hemorragia intraventricular y sepsis.
Las pacientes entre la viabilidad fetal y antes de las 32 semanas de gestación son candidatas a manejo conservador con maduradores pulmonares y profilaxis antibiótica, actualmente en la búsqueda de mejores resultados perinatales se esta empleando la amnioinfusión.
La amnioinfusión se refiere a la instilación de líquido en la cavidad amniótica, se puede realizar vía transabdominal ó transcervical previo consentimiento informado y se ha descrito para la evaluación y el diagnóstico de anomalías fetales en gestaciones del segundo trimestre con oligohidramnios así como para manejo terapéutico del mismo con la finalidad de restituir y mantener una cantidad de líquido amniótico normal, disminuyendo la morbimortalidad perinatal.
OBJETIVO: Describir un caso clínico en donde se realizo amnioinfusión en la ruptura prematura de membranas en una gestación pretérmino.
MATERIALES Y MÉTODOS: Paciente de 21 años de edad, G4P3C0A0, la cual acude a nuestro servicio por actividad uterina, con un embarazo de 26.6 SDG X FUM, se realiza ultrasonido encontrando anhidramnios con fetometría acorde, por lo que se decide ingreso. Previa aceptación y firma de consentimiento informado, se decide realizar amnioinfusión transabdominal : se localiza bajo guía ultrasonográfica ventana de menor riego y se punciona con aguja 22Fr instilándose 300ml de solución salina previo calentamiento, sin complicaciones. US control : ILA 9.6cm (US anatómico sin malformaciones fetales). Se inicia doble esquema de antibióticos, inductores de maduración pulmonar y uteroinhibición. Se llevo seguimiento con US y hemograma diario, VSG y PCR. Observándose disminución gradual del líquido amniótico, por lo que se decide realizar nueva amnioinfusión con azul de metileno. Se realiza segunda amnioinfusión transabdominal bajo guía ultrasonográfica, se obtiene muestra de líquido para cultivo y con aguja 22Fr se instilan 300ml de solución salina y azul de metileno misma técnica. Se coloca tapón vaginal testigo el cual se mantuvo negativo. US control: ILA 9cm. El cultivo resulto negativo, no hubo datos de infección y el ILA se mantuvo dentro de lo normal, debido a su buena evolución fue dada de alta llevando control en consulta de alto riesgo.
RESULTADOS: Inicia con trabajo de parto espontáneo a las 38 SDG se obtiene femenino de 2.9kg, Apgar 8/9, Capurro de 39 SDG, Talla 47cm, líquido amniótico normal. Presenta puerperio fisiológico inmediato sin complicaciones por lo que se egresa junto con recién nacido sano. Reporte de patología: placenta y cordón umbilical sin alteraciones histológicas
CONCLUSIÓN: En la actualidad la amnioinfusión transabdominal es una opción de tratamiento en la ruptura prematura de membranas en embarazos pretérmino y en pacientes con oligohidramnios, con el fin de prolongar la gestación para mejorar el pronóstico y disminuir la morbimortalidad fetal y materna.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 35

Parálisis hipocalémica en el embarazo. Reporte de caso y revisión de la literatura

Flores Acosta Clara del Carmen, Donato Saldívar Rodríguez, Gregorio Treviño Martínez, Cinthya Viridiana Colegio Torres, Perla Cecilia Gómez Torres
Servicio de Medicina Materno Fetal del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", Monterrey, Nuevo León, México.

ANTECEDENTES: La parálisis hipocalémica es poco frecuente, caracterizada por debilidad muscular aguda, progresiva y de grado variable, asociado a potasio (K) sérico bajo valor menor a 3,5 mEq/l. Se clasifica en: leve 3-3.5mEq/l, moderada 3-2.5mEq/l, grave < 2.5mEq/l. Las causas: aporte insuficiente, perdida renal

o intestinal, y movimiento transcelular. En el embarazo, la secreción renal de K se incrementa por el aumento en la filtración glomerular y la activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona. Actualmente la experiencia en el embarazo se limita a reportes de casos.

OBJETIVO: Presentación de un caso y revisión de la literatura.

MATERIALES Y MÉTODOS: Caso clínico: Femenino de 20 años, G1, acudió a urgencias cursando 31.6 semanas de gestación, por cuadro de 4 días de evolución con parestesias y disminución de la fuerza en miembros inferiores, progresiva con incapacidad para deambulación; y posteriormente progresó a miembros superiores. Exploración física: signos vitales normales, con incapacidad para la bipedestación, abdomen con FU de 30 cm, ocupado por producto vivo con FCF 127 lpm, extremidades con pulsos presentes normales, sensibilidad conservada, reflejos disminuidos y debilidad muscular severa 3/5 en miembros superiores e inferiores. Exámenes de laboratorio: Hb 11.1 g/dL, plaquetas 263.0 miles/mm3, leucocitos de 13.500 células/mm3, glucosa 103 mg/ dL, Cr 0.4 mg/dL, Na 141.6 meq/L, K 2.2 meq/L, Cl 109.5 meq/L, Ca 8.5 meq/L, PFH y EGO normales, (CPK) 1493 UI/L, electrocardiograma sin alteraciones.

RESULTADOS: Se inició la reposición de K por vía intravenosa, presentando mejoría clínica, Se solicitaron nuevos exámenes: Depuración de creatinina de 65.66 mL/min, electrólitos urinarios: Na 47 meq/L, K 15 meq/L, Cl 53.5 meq/L con K en 24h de 58 mEq y Cl en 24h de 250 mEq, THS 6.78 mUI/ml, T4L 0.91 ng/dl por lo que se diagnostica hipotiroidismo iniciando tratamiento con Levotiroxina. Se realizaron reposiciones intravenosas en dos ocasiones más presentando remisión completa de la sintomatología, egresando con Levotiroxina 10 y bicarbonato de K/ cloruro de potasio. El embarazo se resolvió vía abdominal a la semana 38 sin complicaciones.

CONCLUSIÓN: Es importante considerar trastornos electrolíticos en presencia de síntomas vagos que están más allá de las quejas habituales del embarazo. La necesidad de reposición intravenosa es debido a que el diagnostico se realiza en casos severos donde la administración vía oral no es suficiente, por lo que su impacto a nivel de viabilidad fetal es poco conocido. El pronóstico es bueno si se detecta a tiempo y el tratamiento oportuno revierte las manifestaciones clínicas.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 36

El IMC pregestacional y perfil lipídico materno tienen correlación con las lesiones histopatológicas placentarias

Osvaldo Rafael Ramírez Ibarra, Solís Paredes Juan Mario, Lorena del Rocío Ibarra Reynoso, Gonzalo Arroyo Díaz, Salvador Espino y Sosa
Universidad de Guanajuato.

ANTECEDENTES: La presencia de lesiones histopatológicas placentarias (infartos múltiples, aterosis aguda, hipoplasia de vellosidades distales y aumento de nudos sincitiales) están asociadas a complicaciones del embarazo como preeclampsia, parto pretérmino y la restricción del crecimiento intrauterino, incluso en estudios previos se ha asociado con el desarrollo físico infantil en los primero 18 meses de vida extrauterina. La hipercolesterolemia materna se ha asociado con la alteración de la función endotelial de la microvasculatura placentaria, así como a parto pretérmino y bajo peso al nacer. Sin embargo, no existe algún estudio previo que analice factores metabólicos maternos que puedan predisponer a algún tipo de lesión histopatológica placentaria.

OBJETIVO: Analizar la relación del IMC pregestacional y perfil lipídico materno con la presencia de lesiones histopatológicas placentarias.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio clínico longitudinal prospectivo en 17 pacientes embarazadas entre la semana 24 a 28 de gestación con un rango de edad entre 18 y 40 años, y sin evidencia de enfermedades metabólicas. Se realizaron mediciones antropométricas pregestacionales y determinación del perfil metabólico durante estas semanas de gestación, además del estudio histopatológico de la placenta al final del embarazo.

RESULTADOS: Nuestros resultados muestran que los infartos placentarios múltiples se correlacionan positivamente con los niveles de colesterol LDL ($r = 0.629$, $p = 0.011$). La presencia de aterosis aguda se correlaciona negativamente con los niveles de colesterol HDL ($r = -0.522$, $p = 0.045$). Finalmente, la hipoplasia de vellosidad se correlaciona con un IMC materno más alto antes del embarazo ($r = 0.503$, $p = 0.039$).

CONCLUSIÓN: Se encontró una correlación entre el índice de masa corporal pregestacional y el perfil lipídico materno con la presencia de lesiones histopatológicas placentarias, por lo cual se sugiere mantener una estrecha vigilancia del IMC y el perfil de lípidos antes y durante el embarazo con el fin de evitar complicaciones materno-fetales.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 37

Embarazo en paciente con síndrome de Klippel Trénaunay

complicado con preeclampsia severa. Reporte de caso

Angel Moreno Colin, Annette Valerie Gaspard Cervantes, Jessica Yazmin Bear Mendez, Laura Nathiel Herrera Arenas, Analilia Villanueva Calvillo
Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México.

ANTECEDENTES: El Sx de Klippel Trenaunay Weber descrito por 1° vez en por Maurice Klippel y Paul Trénaunay en 1900. Es una malformación vascular congénita. De acuerdo a la clasificación de las anomalías vasculares de la International Society for the Study of Vascular Anomalies, reconocida oficialmente en 1996, existen 4 tipos de síndromes neurocutaneos el tipo II mas frecuente (síndrome de klippel trenaunay) , caracterizada clínicamente por la tríada de malformaciones capilares, varicosidades atípicas o malformaciones venosas e hipertrofia ósea o de los tejidos blandos que afecta habitualmente a una extremidad. Incidencia (1/27,500 recién nacidos). Su etiología es incierta secundaria a una probable mutación en el AGGF1 (VG5Q- angiogénesis)/ translocación 5q y 11q, /alteracion cromosoma 18 que afecta a las líneas angioblástica, linfoblástica y osteoblástica.
OBJETIVO: Presentación de caso clínico.
MATERIALES Y MÉTODOS: Femenino de 18 años con antecedente de Sx. de klippel Trenaunay diagnosticado a los 10 años de edad en Instituto nacional de pediatría (INP), con tratamiento no especificado en dicha institución hasta los 12 años de edad. Sin tratamiento o seguimiento medico posterior hasta el momento actual. AGyO: Gesta:1. 3 consultas de control prenatal desde la 6ta SDG en centro de salud. Inicia padecimiento actual 1 día previo a su ingreso a UCIO al acudir a realizar ultrasonido de rutina detectándose edema de miembro pélvico izquierdo (++/++++) y tensión arterial de 158/98 mmHg brazo derecho y 154/95 mmHg brazo izquierdo iniciando tratamiento con nifedipino 10 mg cada24 hrs y enviada a nuestra unidad hospitalaria. A su ingreso a urgencias con edema de MPI (++++/++++) y cifras tensionales de 155/94 mmHg brazo derecho y 158/96 mmHg en brazo izquierdo. No datos de encefalopatía hipertensiva. EF de ingreso: Fondo uterino de 25 cm, con feto único vivo , especuloscopia sin aumento de vascularidad en paredes vaginales. Miembro pélvico derecho con edema ++/++++ e insuficiencia venosa CEAP 2, miembro pélvico izquierdo , con mancha de vino oporto que se extiende de cara lateral externa hasta cara posterior de muslo izquierdo acompañado de eritema, tumefacción y aumento de la temperatura, insuficiencia venosa grado CEAP 3 , edema generalizado de la extremidad que abarca desde zona inguinal izquierda hasta metatarso, signos de homans y olow negativos llenado capilar inmediato. pulso pedio y poplíteo presentes.Diámetros pierna derecha: tobillo 23 cm, pierna 34 cm, muslo 37 cm. Diámetros pierna izquierda: tobillo 30, pierna 40 cm, muslo 44 cm. Su evolución durante las 24 h posteriores presenta amaurosis fugax, disnea de mínimos esfuerzos, dolor en miembro pélvico y torácico escala EVA 8/10. Decidiendose interrupción del embarazo vía abdominal. Mediante incisión tipo Kerr producto femenino 986 grs, Capurro 29.3 sdg. Apgar 4/7 y ano imperforado, destino UCIN sangrado aproximado de 550 mL. En cara anterior del útero con dilatación de los vasos uterinos.
RESULTADOS: analitica: lab ingreso: hb 11.9, htc 36.7, VCM 79.3, plaquetas 234 000, leucos 9.5, alt 34, AST 28 ldh 230, BT 0.8 bd 0.6, bi 0.2, tp 9.8, act 100%, inr 0.83
Ro: proteinuria 8681.8 mg/24 hrs, depuracion de creatinina 91.75 ml/min. Lab control:hgb 9.5 plaquetas 198 000, leucos 7.3, ALT 103, ast 233 ldh 440, bt 0.9, bd 0.6, BI 0.3 mg/dl. Miembro pélvico izquierdo 17/08/2018: Insuficiencia venosa secundaria a evento trombótico de grado leve a moderado (ii), particularmente sistema tibial pero c on flujo ya visible en región femoral, condicionando edema de pierna y oclusión parcial de un 50 - 60% por un trombo de 5.7 mm de tercio superior de tibial posterior. Obstétrico 17/08/2018. Puvi 29.3 semanas de gestación. Placenta corporal posterior grado ii de maduración. IIa 14.2 Hadlock: 1388 gramos. USG mmf 20.08.2018. Puvi pelvico, fetometriapromedio 26.4 sdg, peos fetal estimafo 960 gramos. Chamberlain 40 cm. Fcf 140 LPM. Placneta corporal posterior grado I. Sin alteracion estructural aparente, pendietne valoracion de cara. IP aum 1.42, diastole ausente. Ip acm 1.20 , IPM AUT 1.20. Vena umbilical no pulsatil, IP ductus venosos 0.45. Onda atrial positiva
CONCLUSIÓN: Presentamos un caso de paciente con Sx. De Klippel Trenaunay y embarazo .Con un reporte de 14 casos en la literatura en el periodo 1989 a 2016, nuestro caso cumple con las características clínicas y epidemiológicas descritas en la literatura, mas sin embargo al ser una entidad poco frecuente , no se cuenta con información suficiente para emitir recomendaciones. Debe considerarse como un embarazo de alto riesgo, debido a las comorbilidades asociadas al padecimiento per se (tromboembolismo, celulitis, flebitis , disfunción endotelial etc.) asociadas al estado pro trombotico del embarazo. La resolución del embarazo deberá realizarse en base a la exploración

física, antecedentes y evaluación actual del síndrome, considerando que siempre se tiene riesgo aumentado de sangrado por la tortuosidad de los vasos y probables malformaciones vasculares. En cuanto a la afectación del producto, en nuestro caso, se desconoce la causa de ano imperforado del producto ya que el padecimiento no se asocia a malformaciones fetales. En ocasiones puede asociarse a peso bajo para edad gestacional por alteraciones del flujo placentario, y rara vez se asocia a riesgo de heredar la enfermedad.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 38

Cáncer de páncreas en el embarazo: presentacion de un caso

Ángel Moreno Colín, Annette Valerie Gaspard Cervantes, Jessica Yazmin Bear Méndez, Sergio Renato Silva Pérez, Rodrigo Castillo Hernández
Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México.

ANTECEDENTES: El adenocarcinoma pancreático se desarrolla raramente antes de los 40 años, y es excepcional durante el embarazo. Hasta el 2012 se habían descrito 10 casos de adenocarcinoma pancreático durante el embarazo. Los factores genéticos implicados aún no son bien conocidos. El adenocarcinoma pancreático a menudo se presenta como ictericia indolora.
OBJETIVO: Presentación de caso clínico.
MATERIALES Y MÉTODOS: Femenino de 41 años sin antecedentes de importancia.
AGyO: Gesta: 8 Para:7, con embarazo de 21 SDG. Inicia padecimiento actual 9 días previos a su ingreso a UCI, con dolor en epigastrio EVA 8/10, acudiendo a hospital rural detectándose anemia (no se especifica características) ameritando transfusión de 4 concentrados eritrocitarios. 4 días posteriores coloración ictérica de piel y tegumentos por lo que se envía a HGA donde se ingresa a UCI. EF de ingreso: coloración ictérica de piel y tegumentos ++, en epigastrio se palpa masa de 6x4 cm no móvil, epigastrio doloroso a la palpación , fondo Uterino de 20cm con producto único vivo situación no valorable,sin otras alteraciones a la exploración. La evolución tendió al empeoramiento clínico con encefalopatía, presentando BT 42.3, BD 27.9 BD 14.4 FA 419 TGO 128, DHL 702. Se realiza Laparotomía encontrándose masa de 6x4 cm en cabeza de páncreas, se refiere como irresecable, se toma biopsia. El reporte de patología concluye carcinoma anáplasico poco diferenciado a expensas de glándula pancreática. Se concluye T4M1 Estadio IV tasa de supervivencia a 5 años de aproximadamente 1%.
RESULTADOS: Laboratorios al ingreso: BT 4.31 BD 3.6 BI 0.7. US abdominal con masa en cabeza de páncreas de consistencia heterogénea con alto flujo en ECO Doppler. Además nódulo en lóbulo derecho hepático de 14mm sugerente de metástasis. Alfa feto proteína 86.3, Antígeno carcinoembrionario 8.93, Ca 125 7.48, Ca 19-9 de 62, 500. Resonancia magnética con imagen de 6x5 cm dependiente de cabeza de páncreas heterogénea con alta vascularidad, en segmentos hepáticos VII y VIII dos imágenes nodulares sugestivas de metástasis, producto de 22 SDG, se concluye probable tumor en cabeza de páncreas, embarazo evolutivo
CONCLUSIÓN: Presentamos un caso de paciente con cáncer de páncreas y embarazo hasta el año 2012 se habían descrito únicamente 10 casos de carcinoma pancreático en embarazo, nuestro caso cumple con las características epidemiológicas descritas en la literatura, sin embargo con discrepancia en la presencia de dolor con ictericia la cual si ha sido reportada en otro caso en México. Este padecimiento presenta un mal pronostico para el binomio

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 39

Cirrosis hepática Child C con hipertensión portal en el embarazo. Reporte de caso

Clara del Carmen Flores Acosta, Gregorio Treviño-Martínez, Abel Guzmán-López, Oscar Rubén Treviño Montemayor, Mónica Salazar Leal
Servicio de Medicina Materno Fetal, Hospital Universitario "Dr. Eleuterio González" Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León.

ANTECEDENTES: La cirrosis es una alteración crónica e irreversible que representa la etapa final de diversos procesos agudos o crónicos que afectan al hígado (alteración en la arquitectura del hígado por fibrosis y nódulos de regeneración), clínicamente se puede sospechar por los antecedentes y los diversos datos clínicos.
Los cambios histológicos condicionan una alteración vascular intrahepática y una reducción de la masa funcional y como consecuencia se desarrolla hipertensión portal e insuficiencia hepática, dando como resultado: ascitis, hemorragia digestiva, ictericia y encefalopatía hepática. Las causas más frecuentes: el alcohol y el virus de la hepatitis C, si no se logra identificar ninguna de estas, se debe ir en búsqueda de enfermedad autoinmune, genética o metabólica, toxicidad, cirrosis de causa digestiva o congestiva. Normalmente la cirrosis provoca esterilidad (alto nivel de estrógenos), sólo se pro-

duce la gestación si la enfermedad está razonablemente compensada. En los casos de embarazo, existe una morbilidad materna asociada al riesgo aumentado de hemorragia digestiva por varices esofágicas, ascitis y encefalopatía. También se ha observado una mayor incidencia de prematuridad y de fetos muertos a término.

OBJETIVO: Reporte de un caso de cirrosis hepática e hipertensión portal en embarazo. Revisión de la literatura.

MATERIALES Y MÉTODOS: Femenino de 19 años G2A1, antecedente de asma desde la infancia, reciente diagnóstico de cirrosis y varices esofágicas en el 2018 sin etiología aparente. Primer internamiento en nuestra institución por hematemesis, cursando con embarazo de 17.3 sdg; se realizó ligadura de varices esofágicas, reportando gastropatía portal severa, se inició tratamiento con Ocreptide 50 mcg/hr por 48 hrs. Se realiza estudio de probable etiología de hepatopatía crónica descartando causa viral, infecciosa, genética, inmunológica o tóxica. US abdominal con doppler reportó datos de trombosis, dimensiones hepáticas reducidas 8 cm y esplenomegalia de 21 cm. Resultados de laboratorio con pancitopenia (descartando patología neoplásica por aspirado de medula ósea) e hiperbilirriubinemia. Acude por segundo episodios de hematemesis de un día de evolución, cursando embarazo de 26.2 semanas e hiporexia.

RESULTADOS: A la exploración física como hallazgos de importancia palidez de tegumentos e ictericia, actividad uterina irregular, al tacto vaginal con 3 cm de dilatación, 50% de borramiento, producto libre, membranas integras en reloj de arena. Se realiza ultrasonido reportando producto vivo acorde a edad gestacional. Resultados de laboratorio continúa con pancitopenia e hiperbilirriubinemia. Se inicia esquema de maduración pulmonar, cursando con embarazo de 26.6 semanas, presenta RPM y prolapso de cordón, obteniendo femenino de 780 g, 25 cm, Apgar 0/4, Balard de 26 semanas sin complicaciones, continuando manejo por gastroenterología.

CONCLUSIÓN: Es importante reconoce las enfermedades hepáticas antes y durante el embarazo, ya que con un reconocimiento precoz podemos actuar contra las causas que la están produciendo y así, retardar en la medida posible, la culminación de la gestación, dependiendo de la gravedad de la enfermedad.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 40

Himen imperforado. Reporte de un caso

Clara del Carmen Flores Acosta, Donato Saldívar Rodríguez, Mauro Antonio Macedo, Diana Alicia Cortez Plata, Eleazar Pérez Vázquez
Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario "José Eleuterio González", Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey; N.L.

ANTECEDENTES: El himen imperforado con incidencia entre 0.1% y 0.05%, es la anormalidad congénita obstructiva más común del tracto genital femenino. Suele ser asintomática, hasta que llega la menarquia, por el hematocolpos, hematómetra o hematosálpinx que produce. El diagnóstico y corrección es primordial para evitar complicaciones. El tratamiento de elección es la corrección quirúrgica.

OBJETIVO: Presentación de un caso de himen imperforado y revisión de la literatura.

MATERIALES Y MÉTODOS: Femenino de 13 años, con antecedente de estreñimiento. Virgen. Inició padecimiento dos horas previas con sangrado transvaginal escaso al intentar evacuar. Se detecta por su madre tumoración en región vulvar, acude a urgencias. A la exploración física se observó se observó himen imperforado a tensión. En el ultrasonido pélvico demostraron hematocolpos. Se realizó incisión en el himen, drenando 700 mililitros de material achocolatado.

RESULTADOS: La paciente cursó con adecuada evolución y se egresó sin complicaciones.

CONCLUSIÓN: El himen imperforado es una patología poco frecuente, el diagnóstico suele ser complejo y en ocasiones retrasado, por lo que debe sospecharse en pacientes con amenorrea primaria y síntomas abdominales o urinarios. Es importante la historia clínica y la exploración física, para dar un tratamiento oportuno.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 41

Miomatosis de grandes elementos y embarazo de término: presentación de un caso y revisión de la literatura

Karen Astrid Pinto-García, Jaime Eduardo del Ángel-Ramos, Donato Saldivar-Rodríguez, Clara del Carmen Flores Acosta
Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario "José Eleuterio González", Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey; N.L.

ANTECEDENTES: Los miomas son neoplasias sólidas benignas, constituidas por fibras musculares lisas y tejido fibroso, que pueden ser únicos o múltiples, aparecen muy frecuentemente durante las edades reproductivas de la vida, con mayor frecuencia en pacientes negras o mestizas y nulíparas. Pueden causar diferente sintomatología

dependiente de su localización. En las mujeres con miomas submucosos predomina la metrorragia; con intramurales, el dolor y la metrorragia pueden estar presentes; y con subserosos pueden cursar en forma asintomática o pueden presentarse síntomas de compresión sobre los uréteres, vejiga, intestino delgado o colon, hígado y vasos retroperitoneales, entre otros, en dependencia del tamaño y su posición. La asociación de leiomioma uterino y embarazo tiene una frecuencia variable entre 0.09 y 3.9% de los embarazos, pero esta frecuencia muestra en la actualidad un aumento, debido a la tendencia de las parejas a retrasar la primera gestación después de los 30 años de edad, lo que eleva el riesgo de padecer miomatosis uterina conforme avanza la edad de la mujer (17.3%). Los miomas de gran tamaño se asocian con aumento en el riesgo de placenta previa. Entre 20 y 30% de los miomas aumentan de tamaño durante el embarazo, pero el crecimiento no suele ser mayor de 25% de su tamaño original. La mayor parte de los embarazos evoluciona de forma normal a pesar de desarrollarse en el interior de un útero con miomas, incluso si éstos son de gran volumen. Se estima que 10% de las pacientes con miomas uterinos tendrá alguna complicación durante el embarazo. Algunos han descrito un mayor riesgo de parto por cesárea, amenaza de parto pretermino o parto pretermino, desprendimiento de placenta, disminución del peso al nacer, en mujeres con miomas, mientras que otras han informado sin mayor riesgo de estos resultados adversos. Los miomas tienden a aumentar de tamaño con la gestación por mecanismos de hiperplasia e hipertrofia debido a la influencia hormonal, por lo general los miomas no complican el embarazo, pero ocasionalmente pueden sangrar y necrosarse causando dolor, náuseas, vómitos e irritación peritoneal También pueden obstruir el paso del feto por el canal del parto. El alumbramiento también puede dificultarse por falta de contracción del músculo uterino que predispone al sangrado posparto, la mayoría de los miomas sufren regresión después del parto. Mecanismos por los cuales los miomas aumentan el riesgo de resultados obstétricos s desconocido, pero especulaciones sobre la distensibilidad del útero, física obstrucción, eficacia de los patrones de contracción, inflamación y alteraciones en la estructura endometrial y señalización molecular todos han sido postulados. Los hallazgos del análisis sobre el tamaño del mioma, el número y la ubicación sugieren que parte del mayor riesgo de resultados obstétricos adversos puede ser atribuible a un efecto global sobre el útero o la placenta y no a través de una interacción física directa entre el placenta y el mioma.

OBJETIVO: Presentación de un caso miomatosis de grandes elementos y embarazo.

MATERIALES Y MÉTODOS: Femenino de 27 años G2C1 con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 desde los 26 años tratada con metformina 850mg cada 12 horas. Acudió por primera vez al Hospital Universitario José Eleuterio González cursando 20.4 semanas de gestación para control prenatal donde se solicitaron estudios prenatales, se mantuvo en seguimiento en la consulta de alto riesgo, a la semana 22.3 se decidió iniciar tratamiento con insulina NPH y rápida por monitoreo de glucosa con más del 50% de los valores alterados. Se realizó ultrasonido anatómico cursando 24.5 semanas de gestación donde se reportó crecimiento y valoración anatómica fetal normal así como un mioma intramural en cara anterior a nivel de istmo uterino de 70x72mm. Continuo su control prenatal con monitoreo del control metabólico y seguimiento ecográfico. Cursando 33.3 semanas de gestación se realizó ultrasonido de control donde se reportó producto en situación transversa con polo cefálico a la derecha peso estimado de 2173g percentil 56% y un mioma gigante a nivel de segmento uterino inferior de aproximadamente 20cm. Se decidió programación para interrupción del embarazo a la semana 38. Ingreso con hemoglobina en 12.1 leucocitos en 8.75 plaquetas en 149, glucosa 98 creatinina 0.5, se solicitaron 2 paquetes globulares en reserva y se realizó una cesárea tipo corporal encontrando un mioma a nivel de istmo uterino de 25x18cm, presentando posterior al cierre de la histerotomía un periodo de atonía uterina sin respuesta a medicamentos por lo que se decidió realizar una histerectomía obstétrica con un sangrado de 4000cc, se solicitó una gasometría arterial transoperatoria que reporto PH 7.34 PCO2 30 PO2 175 Lactato 1.5 HCO3 16.2 EX Base -8.7 hb 7.8. Se transfundieron 4 concentrados eritrocitarios, 4 plasmas frescos concentrados y 4 concentrados plaquetarios. Los gases arteriales a las 24 horas reportaron PH 7.43 PCO2 25 PO2 77 Lactato 0.7 HCO3 16.6 EX Base -6.7.

RESULTADOS: Se mantuvo en vigilancia estrecha durante el postoperatorio con una evolución favorable y se egresó cursando 4 días post operada de histerectomía obstétrica por hemorragia obstétrica secundaria a atonía uterina con hemoglobina en 9 leucocitos 9.9 plaquetas 300 con seguimiento por la consulta para retiro de puntos y resultados de patología.

CONCLUSIÓN: La miomatosis uterina en una enfermedad común en mujeres en edad reproductiva, su asociación con el embarazo se

ha visto en aumento por la tendencia actual de retrasar la primera gestación, Entre 20 y 30% de los miomas aumentan de tamaño durante el embarazo La mayor parte de los embarazos evoluciona de forma normal a pesar de desarrollarse en el interior de un útero con miomas, incluso si éstos son de gran volumen. El alumbramiento también puede dificultarse por falta de contracción del músculo uterino que predispone al sangrado posparto, la mayoría de los miomas sufren regresión después del parto. Los Mecanismos por los cuales los miomas aumentan el riesgo de resultados obstétricos adversos son controversiales pero tamaño del mioma, el número y la ubicación sugieren que parte del mayor riesgo de resultados obstétricos adversos puede ser atribuible a un efecto global sobre el útero o la placenta. Por lo que se debe tener un adecuado control prenatal y seguimiento por ultrasonido de los volúmenes y localizaciones de los miomas en una mujer embarazada con esta patología para de forma oportuna decidir el momento y la vía de atención del nacimiento.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 42

Embarazo gemelar bicorial con un óbito

José Alfredo Jiménez Turrubiates, Dahlia Teresa Haro Anaya, Joel Domínguez Rodríguez
Hospital General de Matamoros Tamaulipas.

ANTECEDENTES: El embarazo gemelar esta asociado a una mayor morbi-mortalidad perinatal, es fundamental la determinación oportuna de la corionicidad y de la edad gestacional, ya que el embarazo monocorial tiene alto riesgo de mortalidad. La muerte intrauterina de uno de los fetos es una complicación poco frecuente, antes de las 22 sdg ocurre en un 0.7% bicorial, 0.9%monocorial, después de las 22 sdg 0.6% bicorial, 1.7%monocorial. La etiología es variable, puede ser por causas fetales (síndrome transfusión feto-feto, malformaciones, infecciones, restricción crecimiento intrauterino), ovulares (infarto placentario, inserción velamentosa cordón, entre otros.) y maternas (enfermedades hipertensivas, diabetes gestacional y trombofilias), en un 25% de los casos se desconoce la causa. Hasta el día de hoy el manejo no se encuentra claramente definido, se ha observado un mejor pronóstico en los embarazos bicoriales con menos riesgo de complicaciones para el gemelo sobreviviente, dando la oportunidad de un manejo conservador con una vigilancia estrecha del gemelo y la madre.
OBJETIVO: Describir en base a un caso clínico la evolución de un embarazo gemelar bicorial complicado con muerte in útero de un gemelo.
MATERIALES Y MÉTODOS: Primigesta de 15 años, la cual acude al servicio a revisión por dolor tipo obstétrico, cursando con embarazo gemelar de 30.6 SDG. Control prenatal adecuado, US del primer trimestre reporta embarazo bicorial biamniótico. Hospitalización en la semana 17 por anemia. A la EF AFU 27cm, producto G1 cefálico, longitudinal, dorso a la izquierda, FCF 150lpm, no se identifica G2, se palpa actividad uterina, al tacto vaginal cérvix posterior, cerrado, formado. Se realiza US (Fig 1) detectando muerte del segundo gemelo. Se ingresa por amenaza de parto pretérmino, se decide manejo conservador y expectante con uteroinhibición, inductores de maduración pulmonar y antibioticoterapia para infección de vías urinarias. Hemograma y tiempos de coagulación normales. Se realizó control ecográfico fetal semanal para evaluar bienestar en el gemelo sobreviviente y seguimiento bioquímico por riesgo de coagulación intravascular diseminada. Dado el bienestar fetal del gemelo sobreviviente y de la paciente, el embarazo se prolonga hasta las 37 semanas .
RESULTADOS: Se realiza cesárea obteniéndose gemelo I: presentación cefálica, sexo masculino, peso 2600gr, apgar 8/9, Capurro 37SDG, Gemelo II papiráceo, sexo masculino, peso 315gr, placenta muy calcificada. Bicorial biamniótico, liquido amniótico de gemelo vivo claro. Posteriormente presenta buena evolución clínica, estudios de laboratorio normales, egresándose satisfactoriamente.
CONCLUSIÓN: En la actualidad los embarazos múltiples se encuentran en aumento a nivel mundial, debido a los tratamientos de reproducción asistida. Y estos se encuentran asociados a mayor morbi-mortalidad perinatal con alto riesgo de muerte in-útero de un gemelo. Por lo que es muy importante la detección oportuna de los embarazos múltiples definiendo corionicidad y edad gestacional, para el diagnostico oportuno de complicaciones, mejorando el pronóstico del binomio.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 43

Enfermedad renal crónica en estadio V y embarazo. Reporte de un caso

Oscar Rubén Treviño-Montemayor, Clara del Carmen Flores Acosta, Mario José López Ruiz, Gabriel Edgar Villagomez-Martinez, Donato Saldivar-Rodriguez
Servicio de Obstetricia, Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González". Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León.

ANTECEDENTES: La enfermedad renal crónica es vista en aproximadamente el 4% de mujeres en etapa reproductiva, e incluye tanto enfermedades renales primarias como secundarias a un trastorno sistémico. Sin embargo, la asociación de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) en estadio 5 y gestación es un hecho infrecuente, con una incidencia variable, entre 0,002 y 0,01% según las series. Incidencia de LES entre 9 a 31/100 000 personas año. Relación hombre: mujer 10-15:1. Complicaciones maternas: Recaídas, Empeoramiento renal, Inicio de HTA, Empeoramiento de HTA, Preeclampsia, Trombosis. Complicaciones Perinatales: Abortos, RCIU, Parto pretérmino, Síndrome de lupus neonatal. La nefropatía lúpica contraindica el embarazo. Y si ocurre durante el mismo el pronóstico empeora al binomio.
OBJETIVO: Describir la evolución clínica y resultados maternos y perinatales del embarazo en una paciente que se encuentran en terapia de sustitución renal.
MATERIALES Y MÉTODOS: Femenino de 22 años, cursando con embarazo de 26.5 semanas, acude a su primer CPN, con historia de ERC diagnosticada hace 3 años, con tratamiento médico con Azatioprina, ciclofosfamida, prednisona y furosemida. Siendo valorada por obstétrica y nefrología, Presión arterial 110/70mmhg, Temperatura 37°. En laboratorios de seguimiento proteinuria +++ en cinta de uroanálisis, se le indica estudios, por lo que se ingresa. Estudios de laboratorio: Hemoglobina 7.62, hematocrito 23, leucocitos 10.6, Plaquetas 53.000, Frotis: plaquetas disminuidas++ con macroplaquetas. creatinina 5.4 glucosa 83 sodio 139 mmol/L, cloro 107.5 mmol/L, potasio 4.2 mmol/l. Transaminasas sin alteraciones, recolección de proteínas en orina de 24 hs: 3.4 gramos/vol y depuración de creatinina: 5 ml/min. Gasometria arterial pH 7.25 pCO2 17 pO2 87 HCO3 7.5. Se realiza hemodiálisis diaria a partir de la semana 32 hasta finalizar el embarazo. Valoraciones fetales seriadas desde la semana 32 con desaceleración de la velocidad de crecimiento. Desde percentil 11.6 (32 sem), 5.5 (34 sem), 2,4 (36 sem) con flujometría Doppler normal todo el embarazo. Biopsia renal: glomerulopatía mesangiopática mediada por inmunocomplejos consistente con nefropatía lúpica clase II. Datos de microangiopatía trombótica. Inmunofluorescencia: IgG 3+, IgA negativo, IgM 1+, C`3 3+, C`1q 3+, fibrinógeno negativo Kappa 3+ Lambda 2+. Reumatológico: anti-DNA doble cadena: negativo, ANCA negativo ANA 1:160 Hep 2. complemento C3 disminuido. Se finaliza embarazo a las 37 semanas vía cesárea por cesárea previa + presentación pélvica. Cesárea sin eventualidades. RN femenino 1810gr Capurro 36.6 Apgar 7/9 en alojamiento conjunto.
RESULTADOS: En este caso observamos complicaciones perinatales: RCIU tipo I, y complicaciones maternas: actividad hematológica del lupus, necesidad de terapia sustitutiva renal en tercer trimestre del embarazo.
CONCLUSIÓN: El manejo de la paciente con enfermedad renal Crónica desaconseja el embarazo, principalmente cuando las cifras de creatinina sérica sobrepasan los 2.8 mg/dl. Cuando la paciente llega con embarazo en tercer trimestre, con insuficiencia renal y amerita terapia sustitutiva renal se convierte en un verdadero reto el manejo. Y el pronóstico es malo tanto materno como perinatal y requiere una vigilancia continua y estrecha tanto de la paciente como del feto y valorar riesgo beneficio en el día a día hasta qué momento es el adecuado para la finalización de embarazo. Cuando hay una causa de la ERC como el Lupus Eritematoso Sistémico las decisiones son más difíciles y se debe individualizar cada caso.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 44

Útero bicorne bicollis: reporte de un caso

Sandra Vidal Flores, Yadira Márquez Ramírez, Miguel Eduardo Guigón Canseco
Hospital Central del Estado de Chihuahua.

ANTECEDENTES: femenino 28 años. Antecdente de espina bifida y ano imperforado
Ooferectomia izquierda por quiste de ovario hace 2 años. Nuligesta. 10 parejas sexuales
Ciclos menstruales regulares 30 x 5 dias. Diagnostico de vejiga neurogenica. Dolor pelvico cronico. Laparotomia hace 2 años con proceso adherencial severo.
OBJETIVO: Presnetar caso clinico de una paciente con utero bicorne bicollis diagnosticado de manera incidental.
MATERIALES Y MÉTODOS: Historia clinica. Presentacion de un caso clinico.
RESULTADOS: Diagnostico de utero bicorne bicollis asi como su clasificacion, cuadro clinico y tratameinto.
CONCLUSIÓN: Para llegar al diagnostico de esta entidad es necesario realizar una historia clinica y evaluacion completa, sin embargo al presentarse asintomaticas la mayoria de las pacientes, los aportes de radiologia son de gran importancia para su deteccion, siendo la ecografia la primer herrmaienta diagnostica debido a su bajo costo y facil acceso, sin embargo en algunas pacientes es necesario la realizacion de otros estudios como la tomografia axial computarizada y la resonancia magnetica nuclear

para lograr un diagnosticos mas preciso y su clasificacion.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 45

Embarazo ectópico de implantación rectal: reporte de un caso

Sandra Vidal Flores, Luis Carlos Morales Martínez, Cristina Ivette López Ramírez
Hospital Central del Estado de Chihuahua.

ANTECEDENTES: Paciente Femenino de 16 años de edad sin antecedentes de enfermedades cronico-degenerativas, heredofamiliares e infectocontagiosas de relevancia clínica, con antecedente de parto vaginal eutócico 2 años previos a su ingreso. Cuenta con prueba de embarazo positiva, con un embarazo de 8.4 semanas de gestación por fecha de ultima menstruación. Ingresa por presentar dolor tipo cólico en hipogastrio de cuatro días de evolución el cual se exacerba el día de su ingreso y se acompaña de sangrado transvaginal menor al de una menstruación y datos de sindrome anémico. A la exploracion física se encuentra con palidez de tegumentos, abdomen con rebote positivo en mesogastrio y hemiabdomen inferior de predominio en fosa iliaca izquierda, al tacto vaginal con escaso sangrado rojo vinoso, dolor a la movilizacion cervical y abombamiento de fondo de saco posterior. Se encuentra hemodinámicamente inestable con índice de choque grado III (Frecuencia cardiaca 126 latidos por minuto y tensión arterial sistólica de 100). Laboratorios a su ingreso: hemoglobina 5.6 g/dL, hematocrito 17.20%, plaquetas 234 mil K/UI, fracción beta de 7851.2 mUI/ml. Sonografia endovaginal reportando útero en anteroversoflexion, endometrio de 12.1 mm sin observarse saco intraútero, con masa pélvica de 13 cm aproximadamente sin lograr observarse ovarios. Se pasa a quirofano para realizar laparotomía exploradora urgente por probable embarazo ectópico roto. Se encuentra hemoperitoneo de 2000cc, útero, salpinges y ovarios normales. Se localiza embarazo ectópico roto implantado en recto y lesión en sigmoides grado I de aproximadamente 4 cms, además de lesión en espejo en recto grado I de 2 cm, las cuales se reparan por el servicio de cirugía con puntos invaginantes y se coloca penrose en hueco pélvico izquierdo. Se cuantifica sangrado aproximado total de 2300 cc, se realiza reanimacion hidrica, se transfunden dos paquetes globulares y se valora por el servicio de medicina critica quienes deciden su pase a unidad de cuidados intensivos con diagnóstico de postoperada de laparotomía exploradora por embarazo ectópico roto de implantación en recto y reparación de serosa de recto y colon sigmoides. Biometría hematica postransfusional con hemoglobina de 7.5 g/dL , hematocrito de 23.5% y paciente con datos de síndrome anémico por lo que se transfunde un tercer paquete globular. Se da de alta de unidad de cuidados intensivos posterior a estancia de 24 horas, egresa sin requerimiento de aminas, hemodinamicamente estable. Fracción beta 48 horas posterior a evento quirúrgico reportándose en 2327.2 y biometría hematica con hemoglobina de 8.7 g/dL, hematocrito 27.1 sin datos de síndrome anémico, se retira penrose. Dos días posterior a su pase a piso se decide su egreso por mejoría citándose a cita de ginecología diez días después donde se realiza retiro de puntos y se decide su alta. Estudio histopatologico de restos ovulares: Presencia de vellosidades coriales normales, viables, de contorno regular. El epitelio trofoblastico no muestra cambios significativos.

OBJETIVO: Presentar el caso clínico de una paciente con embarazo ectópico roto de implantación rectal y su manejo.
MATERIALES Y MÉTODOS: Expediente clinico.
RESULTADOS: Aprendizaje para el abordaje, manejo y tratamiento quirurgico del embarazo ectopico roto de implantacion rectal.
CONCLUSIÓN: El embarazo ectópico abdominal localizado en recto es una de las gestaciones extrauterinas no tubarias mas infrecuente. Es importante un diagnostico y tratamiento oportuno por el alto riesgo de mortalidad y complicaciones que conlleva.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 46

Vólvulo de colon transverso durante la gestación: reporte de caso

Allan Efraín Alatorre Ordaz, Juan Alberto Reyes Pérez, Janete Guadalupe García Eligio
Hospital General de Saltillo.

ANTECEDENTES: Aproximadamente del 0.5% a 2.2% de las mujeres embarazadas requieren de una intervención quirúrgica no obstétrica. El abdomen agudo es el conjunto de afecciones cuya principal manifestación es el dolor abdominal y que requiere de tratamiento quirúrgico de urgencia. En el embarazo a medida que aumenta el útero se convierte en un órgano abdominal a partir de las 12sdg y empieza a comprimir las vísceras abdominales, este crecimiento puede hacer difícil localizar el dolor y puede enmascarar o retrasar los signos peritoneales. Entre las cusas no obstétricas de abdomen agudo se encuentran apendicitis, colelitiasis, quiste de ovario, torsión de ovario. La oclusión intestinal se presenta en 1 de cada 3000 embarazos y las causas mas frecuentes son bridas 55%, vólvulos 24% y hernias 5%.

En la bibliografía están reportados alrededor de 78 casos de vólvulo intestinal complicado con embarazo. El cuadro clínico se presenta con una triada clásica que consta de distensión, dolor abdominal y constipación. Además pueden presentar nauseas, vomito y alteraciones de la motilidad. El diagnostico radiografía simple de abdomen, colon por enema, colonoscopia

OBJETIVO: Presentar el reporte de un caso de una paciente embarazada con diagnóstico de vólvulo de colon transverso, desde la presentación del cuadro clínico, evolución y diagnóstico. Para hacernos consientes que no todo dolor abdominal es de origen obstétrico y de los diferentes diagnósticos que se pueden presentar.

MATERIALES Y MÉTODOS: Femenina de 25 años de edad, cursando embarazo de 35.2 sdg, gesta 5 con 4 partos, sin antecedentes de importancia, Inicia su padecimiento 48 horas previas a su ingreso con dolor abdominal tipo cólico de inicio súbito, localizado en cuadrantes superiores, intensidad 5/10, acompañado de náuseas y vómito en 10 – 12 ocasiones de contenido gastroalimentario, además de presentar estreñimiento de 1 día de evolución, también refiere disuria y tenesmo vesical ya valorada un día previo por medico general quien le da tratamiento no especificado. Al momento de su ingreso refiere dolor en epigastrio e hipocondrio derecho de inicio súbito, intensidad 10/10, de tipo transfictivo, acompañado de dolor a la inspiración profunda, sin atenuantes. Exploración física: consiente, alerta, con adecuada coloración de tegumentos, mucosas bien hidratadas, abdomen blando con rebote positivo, Murphy positivo, peristalsis presente pero disminuida, dolor a la palpación profunda en epigastrio e hipocondrio derecho, sin datos de irritación peritoneal, globoso a expensas de útero gestante, producto longitudinal, cefálico, dorso a la derecha, con FCF 140lpm, extremidades eutróficas sin edema. A la exploración ginecológica: tacto vaginal cavidad eutermica, cérvix con 2 cm de dilatación, 40% de borramiento, de consistencia intermedia, - 3 en la escala de Lee, sin perdidas transvaginales. Valorada por el servicio de Cirugía General, que coloca sonda nasogástrica a derivación con drenaje gastrobiliar de 500cc aproximadamente; solicita ultrasonido y radiografía de abdomen para valorar patología biliar. La paciente inicia con actividad uterina regular sin modificaciones cervicales por lo que se decide terminación del embarazo vía abdominal, además de continuar con la distensión abdominal.

RESULTADOS: Se realiza incisión media infraumbilical, al entrar a cavidad abdominal se encuentra liquido turbio y fétido, se obtiene producto vivo, femenino de 2225gr, 45 cm de talla, Apgar 8/9 y pasa a unidad de cuidados transitorios. LAPE. Se encuentra apéndice cecal sin alteraciones, se observa colon transverso con datos de isquemia transmural, alcanzando flexura cólica derecha e izquierda, se encuentra dilatación de aproximadamente 12 cm de diámetro, con segmento de colon ascendente dilatado, sin datos de sufrimiento vascular en su pared. Se exterioriza segmento isquémico y se identifica vólvulo de colon transverso, se realiza distorsión, sin mejoría de isquemia por lo que se procede a realizar resección de colon ascendente y transverso. Se exterioriza ileostomía hacia flanco derecho y posteriormente se madura con adecuada permeabilidad. Paciente es egresada al área de UCIA. Reporte de patología: Colitis isquémica aguda y hemorragia con ulceración extensa de la capa mucosa y submucosa. Serositis aguda. Limite quirúrgico proximal con proceso inflamatorio agudo leve.

CONCLUSIÓN: El vólvulo intestinal en mujeres embarazadas es una complicación muy rara. En la bibliografía se han reportado poco más de 78 casos. La mortalidad materno-fetal es de 21 y 50%, respectivamente. Éste debe sospecharse siempre en pacientes con abdomen agudo y con datos de obstrucción intestinal; sin embargo, el diagnóstico es difícil debido al propio embarazo que hace aún más complicada la exploración física abdominal. El objetivo del tratamiento es reducir la mortalidad materno fetal, con alto índice de sospecha y tratamiento adecuado y oportuno; y por ningún motivo minimizar cualquier tipo de dolor abdominal durante la gestación.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 47

Histerectomía obstétrica en bloque en paciente con diagnóstico de acretismo placentario y complejo miembro pared

Juan Antonio Soria-Lopez, Oscar Rubén Treviño-Montemayor, Jaime Eduardo del Ángel Ramos, Emilio Modesto Treviño-Salinas, Flavio Hernández Castro
Hospital Universitario Dr. Jose E Gonzalez UANL.

ANTECEDENTES: La histerectomía obstétrica en bloque está indicada en procesos neoplásicos, algunos procesos sépticos de corioamnionitis y en hemorragia secundaria a inserción placentaria anómala.

OBJETIVO: Describir a la histerectomía obstétrica en bloque en pacientes con feto no viable y acretismo placentario.

MATERIALES Y MÉTODOS: Paciente Femenino de 35 años de edad, G3C2, paridad satisfecha, inició a las 13 semanas de ges-

tación al acudir a cita de control prenatal con médico particular quién diagnosticó probable defecto fetal en pared abdominal, por lo cual es referida a nuestra institución acudiendo a las 15.1 semanas de gestación para valoración por Ultrasonido.
RESULTADOS: Se realizó US obstétrico el cual reportó fetometría 14.4 semanas, producto pélvico, peso de 97 gr, observándose defecto amplio e irregular en pared abdominal con protrusión de hígado, intestino y vejiga; se observa además defecto a nivel del tórax por donde protruye parte del corazón; se observa escoliosis y defectos vertebrales lumbosacros con protrusión de meninges; se observa además placenta previa parcial con múltiples lagunas placentarias al flujo Doppler, pérdida del complejo retroplacentario y vasos procedentes de placenta aparentemente soprepasando serosa vesical. Se decidió realizar histerectomía obstétrica en bloque a las 15.5 semanas de gestación, procedimiento donde se llevó a cabo la ligadura de arterias hipogástricas, observándose ligera pérdida de la interfaz entre útero y vejiga, con sangrado calculado de 400cc.
CONCLUSIÓN: La histerectomía obstétrica en bloque puede ser una alternativa terapéutica como tratamiento quirúrgico en pacientes con feto no viable, además de datos de acretismo placentario, lo cual puede disminuir el riesgo de morbilidad materna, en especial la hemorragia obstétrica.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 48

Sala de vigilancia y atención amigable del trabajo de parto: una opción viable para disminuir cesáreas de primera vez

Eduardo Noé Nava Guerrero, Alejandra Salcedo González, Rosario Staines Alarcón, Fidel Cisneros Rivera, Diana Martínez Martínez
Hospital Regional Materno Infantil.

ANTECEDENTES: Contar con una sala de vigilancia de parto amigable reduce las prácticas clínicas innecesarias; al mismo tiempo que reconoce y valora la autonomía de las mujeres, otorgando una experiencia positiva durante el nacimiento. En nuestra sala de parto amigable la paciente es acompañada con un familiar, se encuentra en posición libremente escogida, con técnicas de relajación y de alivio de dolor, dieta de líquidos claros, y sin ninguna de las siguientes intervenciones: canalización de vía periférica, enema, rasurado de vello púbico, cardiotocografía continua, amniotomía, y uso de oxitocina. Siempre manteniéndose bajo vigilancia de un médico.
OBJETIVO: Describir los resultados perinatales y el índice de cesárea de primera vez en mujeres que ingresaron a la sala de atención amigable del trabajo de parto, en un hospital de atención pública de segundo nivel.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, retrospectivo que incluyó embarazadas que ingresaron a la sala de vigilancia y atención del parto amigable del Hospital Regional Materno Infantil en el periodo de Agosto del 2018 a Junio del 2019. Se obtuvieron datos del diario de ingreso a la sala, así como del expediente electrónico. Criterios de inclusión: toda mujer que ingrese a la sala de atención amigable. Para el análisis se utilizó estadística descriptiva, utilizando media y desviación estándar para variables cuantitativas y porcentajes para variables cualitativas. Se utilizó el programa Excel con el componente XLSTAT.
RESULTADOS: Se analizaron un total de 818 casos de pacientes. La duración del trabajo de parto fue de 4.6 horas con una media de ingreso de 5 cm de dilatación. Se obtuvo un porcentaje de cesárea de 4% presentándose solo en el 1.3% complicaciones maternas y fetales. No se presentaron muertes fetales ni maternas.
CONCLUSIÓN: La sala de parto amigable representa una opción segura para la vigilancia del trabajo de parto, reduciendo la morbilidad materna y fetal, presentando una estrategia para disminuir el índice de cesáreas de primera vez, y brindando además autonomía a la mujer embarazada.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 49

Diagnóstico prenatal de bloqueo auriculoventricular. Reporte de dos casos y revisión de la literatura

Juan Antonio Soria-López, Emilio Modesto Treviño-Salinas, Oscar Rubén Treviño-Montemayor, Alma Rosa González-Hernández, Mericia del Rosario Rodríguez-Contreras
Hospital Universitario Dr. Jose E Gonzalez UANL.

ANTECEDENTES: El lupus eritematoso neonatal es una enfermedad poco frecuente asociada al paso transplacentario de anticuerpos maternos a la circulación fetal; afecta a uno de cada 10.000 a 20.000 recién nacidos; y con mayor frecuencia al sexo femenino. La manifestación clínica más grave es el bloqueo auriculoventricular congénito (BAVC), el cual tiene una incidencia de 1-2%; con una alta tasa de mortalidad de hasta un 20%; el cual requiere de la implantación de un marcapasos en la mayoría de los casos. El diagnóstico de BAVC se realiza mediante el examen ecográfico entre las 16 y 24 semanas.
OBJETIVO: Utilidad de la ultrasonografía para el diagnóstico neonatal de Bloqueo auriculoventricular congénito.

MATERIALES Y MÉTODOS: Paciente de 31 años, sin antecedentes que cursa embarazo de 31.5 semanas, se realizo ultrasonido fetal encontrando FC ventricular en 87 lpm y FC auricular en 133 lpm, por lo que se diagnóstica Bloqueo AV. Paciente de 23 años, con diagnóstico de lupus, se diagnostico bloqueo AV completo en la semana 26.
RESULTADOS: Se obtuvo producto femenino de 2290 gr, por vía vaginal con APGAR 9/9; el cual falleció 12 hrs posterior al nacimiento. Se obtuvo producto femenino de 2620 gr, APGAR 8/9, por cesárea, se ingresó a sala de UCIN donde posteriormente se colocó marcapasos, se solicitaron anticuerpos contra lupus, los cuales resultaron positivos; se egresó al 5to día de vida extrauterina con seguimiento por consulta externa.
CONCLUSIÓN: El lupus neonatal requiere de un abordaje multidisciplinario; el diagnóstico oportuno prenatal permite planificar la estrategia de nacimiento. Es recomendable que todas las pacientes con una enfermedad autoinmune conocida, o con anticuerpos positivos, tengan un adecuado seguimiento ultrasonográfico; ya que estas pacientes tienen un riesgo de recurrencia de aproximadamente 20%.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 50

Transfusión fetal intrauterina por anemia severa e hidrops fetal causada por isoinmunización Rh: reporte de caso

Juan Antonio Soria-Lopez, Roberto Guadalupe Martínez-Santos, Oscar Rubén Treviño-Montemayor, Gabriel Edgar Villagomez-Martinez, Abel Guzman-Lopez
Hospital Universitario Dr. Jose E Gonzalez UANL.

ANTECEDENTES: La isoinmunización Rh es catastrófico en el embarazo, asociado a elevada mortalidad neonatal y abortos de repetición. La cordocentésis y transfusión fetal son realizados para el manejo y mejorar el pronóstico neonatal. La mayoría de las transfusiones fetales en la actualidad son realizadas por anemia fetal por isoinmunización Rh.
OBJETIVO: Evaluar manejo y pronóstico de la transfusión fetal por cordocentésis en un caso de anemia fetal severa por inmunización Rh.
MATERIALES Y MÉTODOS: Femenina de 34 años de edad, cursando su cuarta gesta, C2A1, con antecedente de muerte neonatal por hidrops fetal. Se realiza diagnóstico de Hidrops fetal autoinmune en la 13 semana de gestación en vigilancia con Doppler de arteria cerebral media. Biometría hemática y química sanguínea materna dentro de parámetros normales, VDRL negativo, EGO no patológico, Grupo sanguíneo O negativo, Coombs indirecto positivo.
RESULTADOS: Se realiza cordocentesis recabando gasometría pretransfusión fetal con hematocrito <15%, post transfusión hematocrito 22%, se realizan 3 transfusiones fetales. Se egresa cruzando 28.2 semanas de gestación, hemodinámicamente estable, sin datos de complicaciones asociadas al procedimiento. Se decide culminación del embarazo a las 28.5 semanas de gestación vía cesárea por anemia fetal severa e hidrops fetal, obteniéndose producto único, vivo, femenino de 1460 gramos, con hemoglobina de 7 mg/dL, hemodinámicamente estable.
CONCLUSIÓN: La medición de la velocidad del pico sistólico de la arteria cerebral media por Doppler es una técnica no invasiva para monitorizar la anemia fetal en embarazos con isoinmunización por Rh. En manos experimentadas, la transfusión fetal intrauterina es un procedimiento seguro en esta era. La transfusión fetal en embarazos tempranos es un método de rescate de embarazos isoinmunizados por Rh y pueden incrementar la sobrevida en embarazos con desarrollo temprano de hidrops fetal.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 51

Prevalencia de diabetes mellitus gestacional en adolescentes del Norte del país según dos criterios diagnósticos, y su relación con los desenlaces perinatales

Eduardo Noé Nava Guerrero, Alejandra Salcedo González, Cuauhtémoc Gutiérrez Maldonado, Fidel Cisneros Rivera, Claudia Eugenia Hernández Escobar
Hospital Regional Materno Infantil, Monterrey Nuevo León.

ANTECEDENTES: La diabetes gestacional, así como el embarazo adolescente son problemas crecientes de salud pública, particularmente en nuestro país. La hiperglucemia en el embarazo se considera una condición de alto riesgo tanto para la madre como para el feto. Asociándose con resultados adversos del embarazo, como macrosomia, grande para la edad gestacional, distocia de hombros, nacimiento por cesárea, muerte fetal intrauterina, entre otros. A largo plazo las implicaciones metabólicas y cardiovasculares de la hiperglucemia durante el embarazo se reconocen como las principales implicaciones de salud pública, siendo este un problema alarmante en pacientes que inician su historial obstétrico a temprana edad.
OBJETIVO: Conocer la prevalencia de diabetes mellitus gestacional en población adolescente del norte del país según dos criterios diagnósticos internacionales que utilizan la curva de tolerancia a la glucosa de 75 g, y su relación con resultados

perinatales: 1. International Association of Diabetes and Pregnancy Study (IADPSG): uno o más valores alterados: ayuno > o igual a 92 mg/dl, 1 hora > o igual a 180 mg/dl. 2. Fifth International Workshop- Conference on Gestational Diabetes Mellitus (FIWC GDM): dos o más valores alterados; ayuno mayor o igual a 95 mg/dl, 1 hora mayor o igual a 180 mg/dl, 2 horas mayor o igual a 155 mg/dl.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio comparativo, observacional, de cohorte, retrospectivo. Se incluyeron adolescentes menores a 19 años, con embarazo único, a las que se realizó la prueba diagnóstica en su primer contacto independientemente de los factores de riesgo para diabetes gestacional. Se utilizó estadística descriptiva, con media y desviación estándar para variables cuantitativas y porcentajes para variables cualitativas. Se utilizó prueba de ^{2} cuadrada para diferencia de proporciones y prueba de t de student para diferencia de medias. Se consideró significancia estadística una p < o igual a 0.5. La razón de momios se calculó con IC 95%, utilizando tablas de contingencia de 2x2. Se utilizó programa IBM SPSS25.

RESULTADOS: Se analizaron 999 adolescentes que cumplieron los criterios de inclusión. El 72.6% fueron primigestas. La edad gestacional promedio a la que se realizó la curva de tolerancia oral fue de 32 más menos 7 semanas. El 30% de las adolescentes contaban cuando menos con un factor de riesgo para diabetes gestacional. La prevalencia de diabetes mellitus gestacional utilizando los criterios de la FIWC fue de 3% (30/999) y con los criterios de la IADPSG de 29.3% (293/999). Los criterios propuestos por la FIWC fueron los únicos que se asociaron a un resultado perinatal adverso.

CONCLUSIÓN: Con los criterios de la IADPSG la prevalencia de diabetes gestacional aumentó 9.7 veces más que utilizando los criterios de la FIWC sin presentar diferencia en los resultados perinatales. Por la alta prevalencia obtenida y los factores de riesgo presentes en el tercio de las mujeres es relevante realizar la prueba diagnóstica en la mujer adolescente, con la finalidad de tomar acciones preventivas de por vida, para evitar el desarrollo de diabetes mellitus 2 y enfermedad cardiovascular; además de disminuir la morbilidad materna y fetal en el embarazo en curso.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 52

El antecedente de preeclampsia con criterios de severidad se asocia con disfunción endotelial al inicio del embarazo

Oliver Aldhair Miguel Estrada, Salvador Espino y Sosa, Olivia Marisol Mijangos Navarro, Juan Mario Solis Paredes, Sandra Berenice Parra Hernández
Instituto Nacional de Perinatología.

ANTECEDENTES: La preeclampsia (PE) es la primera causa de muerte materna en México. (OMM México 2019) Se define PE temprana aquella que ocurre antes de las 34 semanas de gestación (SDG) (Diguisto et al. 2017) y PE con criterios de severidad (PES) a la presencia de síntomas maternos o alteraciones de laboratorio sugerentes de disfunción orgánica, así como tensión arterial (TA) sistólica ≥160 y/ó diastólica ≥110 mmHg (Castellón Pasos et al. 2013).

La patogénesis de la preeclampsia se caracteriza por una placentación con invasión anormal del citotrofoblasto e insuficiente remodelamiento de las arterias espirales que conlleva a una hipoxia úteroplacentaria con daño oxidativo liberando factores placentarios como factor soluble de tirosin cinasa 1 (sFLT-1) y factor de crecimiento placentario (PlGF), generando un daño endotelial sistémico. (Tal et al. 2010). Las pacientes que cursan con PES tienen establecido un daño endotelial, que persiste posterior al embarazo. El riesgo de presentar complicaciones cardiovasculares aumenta significativamente cuando en el embarazo coexisten factores de riesgo como sobrepeso, obesidad, resistencia a la insulina o dislipidemia. Disfunción endotelial (DE) se define como la actividad anormal del endotelio, caracterizada por una disminución de la biodisponibilidad de óxido nítrico (NO), arteriosclerosis, agregación plaquetaria y trombosis. (Arrebola-Moreno, Laclaustra, and Kaski 2012). Está demostrado que cuanto más grave y temprana sea la HTA en el embarazo mayor es el riesgo que la TA persista elevada posterior a la resolución (Tooher et al. 2013). La evaluación de la función endotelial en el primer trimestre del embarazo con antecedente de preeclampsia severa o temprana refleja el estado basal del endotelio.

OBJETIVO: Evaluar el efecto del antecedente de preeclampsia severa o temprana sobre la función endotelial del primer trimestre del embarazo.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio transversal comparativo, en el que se compararon mujeres con antecedente de PS o temprana en embarazo previo con mujeres sanas con antecedente de embarazo a término con recién nacido eutrófico. Se evaluó la función endotelial por medio del Índice de Hiperemia Reactiva (RHI) con método no invasivo (Endopat 2000®). Cuantificación de sFLT-1 y PlGF en suero previo a la realización de la prueba, presión arterial media e índice de pulsatilidad de

arterias uterinas (IPAU) por flujometría Doppler. Se describen las características demográficas de la población con estadística descriptiva, se compararon las medias de los marcadores con prueba t de Student, y se estableció el nivel de significancia por debajo de 0.05.
RESULTADOS: Se incluyeron 14 mujeres con embarazo de 11.2 a 14 semanas de gestación (SDG), 10 con antecedente de PES o temprana y 4 controles. La media de edad fue de 31 (DE 7.1) y 33 años (DE 8.4) respectivamente, el IMC pregestacional 29.0 (DE 7.25) y 29.5 kg/m2SC (DE 4.9), edad gestacional 12.7 (DE 0.76) y 12.9 sdg (DE 0.7). No encontramos diferencias significativas en la TAM (87.6 [DE 5.5] vs 87.5 [DE 10]) p=0.99, en el IPAU (1.60 [DE 0.61] vs 1.61 [DE 0.3] p= 0.96. Se observaron diferencias significativas en el RHI (1.57 con [DE 0.2] vs 2.53 con [DE 1.0] p=0,15, RHI ln (0,88 [DE 0,4] vs 0,44 [DE 0.13]) p= 0,08 y en el índice sFLT1/PlGF (39.5 [DE 19.4] vs 11.46 [DE 1.8]) p=0,03. Se evaluaron las asociaciones entre ambos grupos mediante prueba de Chi cuadrada considerando un nivel de significancia menor a 0,05: RHI <1.67 p=0.018, RHI ln <0.51 p=0.018, sFLT-1/PlGF<32 p=0.152, IPAU>95% p= 0.007.
CONCLUSIÓN: El antecedente de PES o temprana constituye un buen marcador clínico de riesgo para iniciar el embarazo con disfunción endotelial. Estos datos sugieren la implementación de medidas de cuidado del endotelio (ácido acetilsalicílico y L-arginina) para disminuir la probabilidad de complicaciones.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 53

Enfermedad pélvica inflamatoria y síndrome de Behcet en una adolescente. Reporte de caso

María Ayumi Ito Nakashimada, Beatriz Sereno Gómez, Jorge Alejandro Vázquez Narváez
Star Medica.

ANTECEDENTES: Se trata de paciente de 12 años, quien acude a urgencias con antecedente de cuadro gastrointestinal 10 días previos, manejada con probióticos y antibióticos (ciprofloxacino), fiebre de más de 8 días de evolución sin mejoría con mal estado general. Menarca hace 2 meses, sin vida sexual ni antecedente de abuso sexual. Evacuaciones normales desde hace 5 días. A la exploración física: 48 kg, Talla 1.63, FC 122xmin, FR 25xmin, 40.1º C ulcera oral a nivel de carrillo izquierdo de 3x2 cm, abdomen blando, depresible, peristalsis presente, doloroso a la presión media y profunda a nivel suprapúbico, sin datos de irritación peritoneal, Tanner M3, Tanner P4, ganglios axilares e inguinales aspecto inflamatorio y doloroso, leucorrea amarillenta, purulenta no fétida, labio menor derecho tercio inferior se localiza ulcera de 2x2 cm con borde violáceo doloroso a la palpación. Biometría hemática: Hb 13.2, Neutrófilos 76 %, Linfocitos 14 %, Bandas 10 %, plaquetas 128 miles/mm3.Velocidad de sedimentación globular: 29 mm/h (referencia <10mm/h).
OBJETIVO: Presentar el caso de adolescente con datos clínicos de enfermedad pélvica inflamatoria y ulcera genital.
MATERIALES Y MÉTODOS: Presentación de la paciente, con estudios de laboratorio, gabinete y estudio histopatológico.
RESULTADOS: PCR de Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genylalium, Ureaplasma urealyticum, Neiseeria gonorrhoeae negativo. Estreptococcus agalactiae del Grupo B DETECTADO. Perfil TORCH: Anticuerpo anti rubeola IgG 18 AU/ml. Anticuerpos anticardiolipina IgG e IgM: negativos. Anticuerpos antinucleares: negativo. Ultrasonido pélvico: líquido libre y endometrio de 13 mm. Biopsia: Proceso inflamatorio crónico activo, denso infiltrado de leucocitos y linfocitos, necrosis y depósitos de fibrina. Vasculitis linfocítica en vasos de pequeño calibre. Sugestivo a Síndrome de Behcet.
CONCLUSIÓN: Ante un cuadro de fiebre de origen desconocido y uso de antibióticos sin hemocultivo previo, es útil el estudio de análisis por PCR para bacterias Gram positivas, Gram negativas, Hongos y virus (SeptiFast). La exploración física, estudios de laboratorio, ultrasonido y biopsia llevan al diagnóstico de Enfermedad pélvica inflamatoria, descartando el origen de infección de transmisión sexual y síndrome de Behcet, esta alteración autoinmune es rara la presentación en adolescentes así como la presentación en conjunto con un cuadro de enfermedad pélvica inflamatoria . Se descarta otras enfermedades autoinmunes, sin embargo, se debe considerar la vigilancia estrecha, valoración por reumatología pediátrica, y oftalmología.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 54

Displasia mesenquimatosa placentaria vs mola hidatidiforme parcial: mismas imágenes ecográficas, diferentes pronósticos. Comparación de dos casos

Eduardo Noé Nava Guerrero, Alejandra Salcedo González, Cuauhtémoc Gutiérrez Maldonado, Fidel Cisneros Rivera, Martín Lara Esqueda
Hospital Regional Materno Infantil, Monterrey Nuevo León.

ANTECEDENTES: La displasia mesenquimatosa placentaria es

una condición benigna poco frecuente que se caracteriza por placentomegalia y vesículas, dando apariencia de racimo de uvas; que puede semejarse a un embarazo molar por ultrasonido y examen placentario.
OBJETIVO: Describir la diferencia en la evolución clínica, métodos diagnósticos y tratamiento de dos embarazos afectados por diferentes patologías placentarias.
MATERIALES Y MÉTODOS: Reporte de 2 casos. Se obtuvo la información del expediente electrónico y las imágenes de la memoria interna de la ecografía.
RESULTADOS: Caso 1. Displasia mesenquimatosa placentaria. Mujer de 21 años, gesta 1, embarazo de 15 semanas de gestación al diagnóstico. Ecografía reportando placenta de morfología anormal, con áreas hipoecoicas semejando panal de abejas. Continua control prenatal diagnosticándose RCIU estadío 4 por alteración Doppler y prueba sin estrés clase 3. Se realiza cesárea de urgencia obteniendo recién nacido de 930 gramos, vivo, que ingresa a terapia intensiva. Paciente desarrolla preeclampsia sin datos de severidad en puerperio inmediato. Se confirma por histopatología el diagnóstico. Dos meses posterior al nacimiento se diagnostica en neonato tumor mesenquimal hepático. Caso 2. Mola hidatidiforme parcial. Mujer de 18 años, gesta 1, embarazo de 17 semanas de gestación. Inicia con cefalea, edema de miembros superiores e inferiores, acudiendo a servicio de urgencia. Se reporta en ecografía placenta de morfología anormal con áreas hipoecoicas semajando panal de abejas. A la exploración física tensión arterial de 140/90 mmHg y en laboratorios séricos, pruebas de funcionamiento hepáticos normales. B-HGC 548, 927 mUI/ml. Proteinuria de 24 horas, 7.2 gramos y perfil tiroideo normal. Se realiza amniocentesis para cariotipo y se egresa paciente. Acude nuevamente en 2 semanas, con resultado de cariotipo: triploidía 69 xxx. Continua con elevación de tensión arterial 150/110 mmHg, se agrega diagnóstico de preeclampsia con datos de severidad, por lo que se realiza histerotomía evacuadora. Peso del recién nacido 390 gramos. Cirugía sin complicaciones.
CONCLUSIÓN: La displasia mesenquimal placentaria es una condición benigna que da apariencia ecográfica a racimo de uvas, semejando a un embarazo molar por ultrasonido y examen placentario, por lo que deberá considerarse entre los diagnósticos diferenciales de morfología anormal placentaria dado el pronóstico favorable en comparación a la enfermedad trofoblástica.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 55

Cáncer de ovario en el embarazo

Alba Bricia Ramírez Román, Yvette Carolina Andrade Treviño
Hospital General de Durango.

ANTECEDENTES: Madre cuenta con diagnosticó de hipertensión arterial. Antecedente de hernioplastía inguinal 2010. Gestas: 3 Partos: 2. Fecha de última menstruación: 26-sep-2017
Fecha probable de parto: 3-jul-2018. Menarca: 15 años ritmo: 30 x 7 días. Inicio de visa sexual: 15 años. Compañeros sexuales: 2. Primer embarazo: 15 años. Producto de mayor peso: 4200. Control prenatal: sin control prenata.
OBJETIVO: Presentar caso clinico relevante de cancer de ovario durante el embarazo.
MATERIALES Y MÉTODOS: caso clinico de embarazo de 15,3por fum+ cáncer de ovario durante la gestación.
RESULTADOS: LAPE y lavado peritoneal, salpingooforectomía derecha más ETO
Hallazgos: tumor dependiente de ovario derecho de 20 cm, con pedículo largo de 10 cm, torcido, con capsula íntegra y sin adherencias. Resto de cavidad abdominal sin datos de actividad tumoral. Cistoadenocarcinoma mucinoso de ovario derecho. Estadio IA FIGO.
CONCLUSIÓN: En base al manejo de ca de ovario durante el embarazo según estadio clínico, tipo histologico se dio manejo conservador de la fertilidad.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 56

Infeccion congénita por citomegalovirus. Reporte de un caso

Andrés Sánchez Domínguez, María Andrea Tijerina Torres, Mariana Alejandra Elizondo Treviño, Roberto González Habib, Israel Castro Torres
Christus Muguerza- UDEM.

ANTECEDENTES: El citomegalovirus (CMV) es la causa de infección perinatal más frecuente en los países desarrollados, representando el agente de infección en un 0.2 a 2.2% de todos los neonatos. Los mecanismos por los cuales un feto puede infectarse son: por viremia transplacentaria o por infección directa del recién nacido durante el parto o en la lactancia. La mayoría de las infecciones en los recién nacidos son asintomáticas, sin embargo, extrapolando la clínica en los adultos solo de un 10 a un 15% cursando con un síndrome semejante al producido por mononucleosis. De acuerdo a una revisión de nueve estudios de transmisión vertical del virus, se encontró una tasa de infección del 36% en el primer trimestre, 40% en el segundo trimestre y 65% en

el tercer trimestre. La infección congénita corresponde a un síndrome que puede incluir: restricción del crecimiento, microcefalia, calcificaciones intracraneales, coriorretinitis, retraso mental y motor, deficiencias neurosensoriales, hepato-esplenomegalia, ictericia, anemia hemolítica y purpura trombocitopénica. Se estima que de los 40,000 recién nacidos infectados anualmente, solo 5 a 10% presentan este síndrome.

OBJETIVO: Reporte de un caso de infeccion congenita por CMV.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se trata de un paciente femenino de 26 años de edad, primigesta, sin antecedentes heredofamiliares, personales patológicos y no patológicos de importancia, cursando un embarazo de 36.4 semanas. En el embarazo en cuestión inició su control prenatal a las 12 semanas, sin solicitud de ultrasonido genético y con estudios prenatales de rutina, sin alteraciones. A las 22 semanas se solicitó un ultrasonido anatómico, en el cual se encontró un peso fetal estimado clasificado por debajo del percentil 3, con flujos normales dándose diagnóstico de restricción de crecimiento intrauterino I. Además se identificó hidrocefalia, microcefalia, calcificaciones intracraneales y hepáticas. Como seguimiento se realizaron ultrasonidos cada 3 semanas. A las 35.6 semanas se reportó una fetometría de 29.1 semanas, con un peso fetal estimado de 1494 gramos (por debajo del percentil 3), con un índice de pulsatilidad de la arteria cerebral media disminuido, un pico sistólica de la misma mayor a lo normal, un índice de líquido amniótico de 21 cm (polihidramnios) y placenta sin alteraciones; además se corroboraron los hallazgos previamente descritos: hidrocefalia, microcefalia, calcificaciones intracraneales y hepáticas. Durante la última cita de control prenatal, a las 36.4 semanas se solicitó un registro cardiotocográfico el cual se reportó como categoría II, motivo por el cual fue referida a nuestro hospital para operación cesárea. A su ingreso la paciente tenía signos vitales normales (presión arterial: 118/70 mmHg, frecuencia cardiaca: 68 latidos por minuto, temperatura: 36.2º C). Cardiopulmonar sin compromiso, abdomen globoso a expensas de útero grávido, con fondo uterino de 23 cm, sin actividad uterina palpable, producto cefálico longitudinal dorso izquierdo. No se realizó exploración genital. Se llevó a cabo operación cesárea, obteniéndose producto de sexo femenino, en presentación cefálica, con un peso de 1510 gramos (<p3), APGAR 6-8 (a expensas de frecuencia cardiaca <100, esfuerzo respiratorio débil, tono muscular con flexión moderada de extremidades, muecas de reflejo de irritabilidad y color de piel cianosis generalizada), se requirió intubación a los 10 minutos de vida. A la exploración física del recién nacido se encontró perímetro cefálico 27 cm < p3 (microcefalia), abdomen con hepatomegalia 3 cm de reborde costal derecho, esplenomegalia grado IV, lesiones cutáneas violáceas no evanescentes, en abdomen y piernas < 1 cm. Pasa a neonatología.

RESULTADOS: Ecográficamente se puede sospechar de afectación fetal por CMV al evidenciar trastornos del crecimiento intrauterino, alteraciones de líquido amniótico (oligohidramnios o polihidramnios), hidrops fetal, calcificaciones intracraneales e intrahepáticas, hiperecogenicidad intestinal, microcefalia, ventriculomegalia, signos de hemorragia intracraneal y aumento en el tamaño de la placenta. Estos hallazgos únicamente están presentes en el 15 al 52% de los fetos con infección fetal confirmada y muchos de estos marcadores ecográficos estaban presentes en el caso presentado, lo que permitió orientar la sospecha diagnóstica. El seguimiento se debe realizar con ecografía cada 2 semanas, neurosonografía cada 4 semanas y resonancia magnética intracraneal a las 30-32 SDG. Es de suma importancia el diagnóstico prenatal para brindar consejería a los padres y confirmar los al momento del nacimiento para brindar un tratamiento oportuno.

CONCLUSIÓN: Ante la sospecha de infección congénita por citomegalovirus es importante un adecuado diagnóstico y seguimiento de las pacientes embarazadas, debido a las importantes secuelas que la infección pueda generar en los fetos. Al día de hoy, la intervención más eficaz sigue siendo la profilaxis o la implementación de medidas higiénico-sanitarias en las pacientes que tengan alto riesgo de exposición. El desarrollo de nuevas líneas de tratamiento en el campo de los antivirales permitirá reducir las secuelas de estos infantes congénitamente afectados, mejorando su calidad de vida, sin embargo, la prevención, detección de factores de riesgo y orientación en las consultas de control prenatal es el área en donde el ginecólogo puede impactar en mayor medida la evolución.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 57

Restricción del crecimiento intrauterino tipo III en embarazo gemelar monocorial

Guillermo Barragán Ramírez, Aréchiga Vargas Rosario, Cruz Hernández Yessenia
Hospital General de Pachuca.

ANTECEDENTES: La incidencia del embarazo múltiple está aumentando, principalmentedebido al retraso en la concepción y la edad materna avanzada, además del uso frecuente de las técnicas de reproducción asistida.

OBJETIVO: Llevar el seguimiento de embarazo gemelar monocorial complicado para asi determinar la edad gestacional para resolucion del embarazo.
MATERIALES Y MÉTODOS: Paciente de 26 años de edad, gesta 2, cesárea 1, con US Doppler de la seman 18.5 monocorial amniótico gemelo A 19.2 sdg, gemelo B 18.6 sdg, evaluación hemodinámica normal, placenta anterior grado 1 , pool mayor 3.35 para gemelo A y 3.75cm para gemelo B.
RESULTADOS: La restricción selectiva del crecimiento intrauterino es una complicación paco frecuente en el embarazo monocoriónico. Sin embargo contrae importantes riesgos para ambos fetos.
CONCLUSIÓN: Es de vital importancia el seguimiento mediante US doppler para determinar la edad gestacional para la resolución el embarazo y con ello evitar mayores complicaciones al feto.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 58

Perforación espontánea de colédoco: una causa inusual de peritonitis en el embarazo. Reporte de caso

Ángel Moreno Colín, Annette Valerie Gaspard Cervantes, Jessica Yazmin Bear Méndez, Ofelia Itzel Sánchez Pacheco, Analilia Villanueva Calvillo
Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México.

ANTECEDENTES: La incidencia de afectación del tracto biliar durante el embarazo varía de 0.05% a 0.3%. La litiasis biliar representan la segunda condición no ginecológica más común que requiere cirugía en el embarazo después de apendicitis. La perforación de la vía biliar ocurre en 3 a 10% de los casos de colecistitis aguda en adultos. La ruptura del conducto biliar espontánea es una afección poco frecuente en adultos y menos frecuente en embarazo, que puede tener su origen en los conductos biliares extrahepáticos o intrahepáticos. La ruptura del conducto biliar extra hepático puede presentarse en el ductus choledochus o conducto biliar común. La ruptura puede ser el resultado de colelitiasis, coledocolitiasis, hepatolitiasis u obstrucción tumoral. El aumento de la presión, causado por obstrucciones, erosión de los cálculos biliares o necrosis de la pared del conducto biliar, puede provocar la ruptura y la peritonitis biliar localizada.
OBJETIVO: Presentacion de caso clinico.
MATERIALES Y MÉTODOS: Femenino de 35 años de edad sin antecedente de importancia para el padecimiento actual. AGyO: Gesta 6, para 5, control prenatal : 3 consultas/Centro salud 1er Trimestre. Ingresa al servicio de urgencias por presentar actividad uterina regular y trabajo de parto en fase latente (3 cm de dilatación y 50 % borramiento) y producto en presentación pélvica , por lo que es ingresada a unidad toco quirúrgica para resolución del embarazo vía abdominal, Mediante cesárea Kerr se obtiene producto femenino en presentación pélvica , Capurro 36.3 SDG, peso fetal 2856 grs destino A/C. 300 cc sangrado, Salpingoplastia bilateral. 14 horas posteriores a resolución evento obstétrico, inicia con dolor abdominal intensidad Eva 9/10, distensión abdominal , vomito biliar y salida de secreción biliar por herida quirúrgica. Valorada por servicio de cirugía quien realizó paracentesis obteniendo liquido biliar además de indicar colangiografía con hallazgo de fuga de medio de contraste, realizándose laparotomía de urgencia .Hallazgos cirugía. Perforación de colédoco de 3 cm en zona proximal , bili peritoneo de 400 cc ,se realiza colecistectomía , exploración de vías biliares, sin datos de tumoraciones o litos, se coloca sonda de Catell, egresa a UCIO, durante las 72 horas posteriores con evolución tórpida con fiebre, insuficiencia respiratoria y volúmenes de drenaje Saratoga de 800 cc y salida de bilis por herida quirúrgica por lo que se realiza LAPE con hallazgos cirugía, sonda Catell doblada presencia de jabones peri pancreáticos, bili peritoneo de 350 cc . Evolución posterior 17 días de estancia en UCIO, con evolución favorable resolución de pancreatitis , se egresa del hospital, desafortunadamente la paciente no acude a revisión a consulta externa hasta 4 meses posteriores a egreso hospitalario, refiriendo que retiro sonda T por decisión propia
RESULTADOS: Colangiografia 20/02/2017: adecuada delimitacion de la via biliar. El paso del agente contrastante hacia arcada duodenal no se realiza debido a presencia de una imagen redondenada regular bien delimitada sugestiva de litiasis residual.
CONCLUSIÓN: Las perforacion del tracto biliar es una causa inusual de peritonitis en el embarazo. Los signos y los síntomas a menudo no son diagnósticos, especialmente durante embarazo, y el diagnóstico puede retrasarse con posible consecuencias fatales [4]. Existen solo 8 casos reportados en la literatura y su incidencia exacta en el embarazo no es conocido. A diferencia de lo reportado en la literatura en nuestro caso , la perforación del colédoco, no fue causada por litiasis y nunca se identifico la etiología especifica.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 59

Paciente con osteogénesis imperfecta tipo II y muerte fetal temprana. Reporte de un caso

Gabriela Garay Serrano, Jessica Yazmin Bear Méndez, Annette Valerie Gaspard Cervantes, Jorge Sánchez Hernández
Instituto Materno Infantil del Estado de Mexico.

ANTECEDENTES: La muerte fetal es uno de los resultados adversos más comunes del embarazoTradicionalmente la causa de muerte fetal se ha diferenciado en maternas, fetal y placentaria. Destaca que un 44% de ellas corresponde a síndromes, 34%, a malformaciones únicas. De esta forma, las malformaciones estructurales del feto son responsables del 75% de las causas fetales de muerte intrauterina. El término osteogénesis imperfecta designa una enfermedad que tiene entre sus características más sobresalientes la susceptibilidad a las fracturas y las deformaciones óseas, constituye una entidad genética de herencia autosómica dominante. Las formas autosómicas recesivas corresponden a mutaciones en genes que codifican las proteínas involucradas en la modificación postranscripcional del colágeno tipo. Todo esto permite encarar la certeza de una atención prenatal para evitar complicaciones asociadas a esta enfermedad de base. **OBJETIVO:** Describir el caso de una paciente con ontogénesis imperfecta tipo II y su manejo obstétrico con muerte fetal temprana. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Femenino de 20 años de edad con antecedente osteogenesis imperfecta tipo II desde el nacimiento diagnosticado en el Hospital del Niño del Instituto Materno Infantil del Estado de México con tratamiento médico no especificado, presentando hasta el momento 8 fracturas en total, 2 en muñeca derecha, 3 fracturas en tibia y peroné, 2 de fémur izquierdo y derecho, 1 fractura de cadera al nacimiento, así como resección de osteoblastoma en mandíbula. Antecedentes gineco-obstetricos: Gesta 1 con inicio de vida sexual a los 19 años sin control prenatal. Paciente la cual acude a valoración gineco- obstétrica refiriéndose asintomática, presentado embarazo de 20.4 semanas de gestación por fecha de ultima menstruación, realizándose ultrasonido obstétrico donde se observa producto con perdida de la actitud fetal, así como cabalgamiento de parietales y ausencia de frecuencia cardiaca fetal. Exploración física: fondo uterino de 20 cm, producto sin frecuencia cardiaca fetal, sin modificaciones cervicales a su ingreso. Se decide ingreso al área de toco cirugía para maduración cervical a base de prostaglandina E1, completando dilatación y borramiento, se pasa a sala de expulsión y se obtiene vía vaginal producto masculino a las 00:50 hrs con un peso de 160 gramos con edad gestacional promedio de 20.2 semanas de gestación. Posteriormente bajo bloqueo subaracnoideo por parte de anestesiología se procede a realizar revisión instrumentada de cavidad uterina donde se obtiene moderados restos corioplacentarios con sangrado total estimado de 115 cc, así como oclusión tubarica bilateral consentida por ambos padres, sin incidentes o accidentes. Paciente no acepta estudio necropsia en producto obtenido. Se decide envió de placenta al servicio de patología con el siguiente resultado: placenta monocorial monoamniotica con vellosidades coriales del segundo trimestre decidua con necrosis isquémica y hemorrágica, corion sin alteraciones, cordón con 3 vasos. **RESULTADOS:** Tras la intervención la paciente es trasladada a hospitalización. la evolución es favorable, permanece afebril durante todo el periodo postoperatorio y con profilaxis antibiótica a base de penicilina y analgésico. Ante la evolución clínica satisfactoria, la paciente es dada de alta con cita a la consulta externa especializada. **CONCLUSIÓN:** Un abordaje multidisciplinario es fundamental para mejorar el pronóstico de los productos de madres con ontogénesis imperfecta, debido a que las displasias esqueléticas son anomalías congénitas de las cuales se han descrito más de 350 variedades, su diagnóstico exacto es difícil por lo que la importancia radica en establecer de forma prenatal la letalidad del cuadro la cual está determinada en gran parte por la hipoplasia pulmonar que produce además de intentar ofrecer a los padres el asesoramiento más acertado posible. También es fundamental informar la posibilidad de autopsia fetal para estudios histológicos y moleculares lo que permitiría identificar su origen y conocer si esto puede influir o no en el futuro reproductivo de la pareja.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 60

Tumor de Krukenberg bilateral en un embarazo de término. Reporte de caso

Andrea Isabella Rosique Flota, Salvador Mario Berlanga Narro, Catalina Flores Arocha, Sonia M. Cadena Berman
Hospital Metropolitano "Dr. Bernardo Sepúlveda".

ANTECEDENTES: La incidencia de tumoración anexiales en el embarazo varía de 0.1 a 2.4% y aproximadamente del 1 al 6% de estas masas son malignas. Durante el embarazo el cáncer de ovario de tipo epitelial es el más común y representa el 25- 50% de los casos, seguidos por los tumores de células germinales que se atribuyen un 18-26% y los tumores de los cordones sexuales con un 10- 20%. El tumor de kurkenberg represen-

ta el 1-2% de las neoplasias de ovario. Es una tumoración ovárica poco frecuente que se describió inicialmente como una malignidad derivada del estroma ovárico, con degeneración mucoide y células en anillo de sello, el cual se llamó también carcinoma microcelular. Esta entidad se ha expandido para incluir todas las metástasis ováricas de carcinomas glandulares de diferentes sitios.

OBJETIVO: Analizar un caso clínico.

MATERIALES Y MÉTODOS: Reporte de caso.

RESULTADOS: Reporte de caso.

CONCLUSIÓN: El diagnóstico prenatal y el seguimiento de las pacientes con estos hallazgos es de suma importancia para la evolución del cuadro clínico. Se trata de una entidad muy poco frecuente con un mal pronóstico en la que las consecuencias maternas fueron fatales. De ahí reside la importancia de identificarlos y tratarlos a tiempo.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 61

Correlación cito-colpo-histológica en lesiones premalignas del cuello uterino

Araceli Espinosa Guerrero, Annette Valerie Gaspard Cervantes, Cynthia Daniela Hernandez Cruz, Jessica Yazmin Bear Mendez
Hospital de Ginecologia y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de Mexico.

ANTECEDENTES: El cáncer cervicouterino es una de las amenazas más graves para la vida de las mujeres. Actualmente en el mundo lo padecen más de un millón de ellas. En Ecuador, ocupa el segundo lugar en incidencia y causa 1,2 % de muertes anuales en el país. Su detección oportuna es posible gracias a la citología cervicovaginal que contribuye eficazmente a detectar lesiones precancerosas y disminuir significativamente el carcinoma del cuello uterino. El estudio de la paciente se complementa con colposcopia y toma de biopsia para aumentar la certeza diagnóstica. En algunos casos, no se ha observado una buena correlación diagnóstica(1=.

OBJETIVO: Determinar la correlación que existe entre el resultado citológico-colposcópico e histopatológico de las pacientes con lesiones pre malignas y malignas del cérvix en la clínica de displasias del HGyO IMIEM.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, no aleatorio de Julio 2018 a Diciembre del 2018 en el servicio de displasias del hospital de ginecología y obstetricia IMIEM con un total 44 pacientes con resultado citológico alterado.

RESULTADOS: Total 44 casos, edad de las pacientes varió de 16 a 68 años con una media de 34.7 ±11.6 años. Factores de riesgo: parejas sexuales de 1 a 5 media de 2.2 ± 1.2, Inicio de vida sexual activa 12 a 27 años media de 17.5 ± 3.5 (Gráfica 5), paridad 0 a 12 con media 2.7 ± 2.02, resolución embarazo vía vaginal 0 a 12 media 2.1± 2.0 De total de las pacientes estudiadas, antecedente familiar de CaCu5 (11.4%), sin antecedente familiar de CaCu39 (88.6%). Tabaquismo 5(11.4%), sin tabaquismo39 (88.6%). El 100% no consumió ACO >5 años. Escolaridad analfabetas5 (11.4%), primaria18 (40.9%), secundarían (25%), bachilleratos (18.2%) y licenciatura2 (4.5%). Reporte citológico de envió; ASCUS 1 (2.3%), LIEBG19 (43.2%), LIEAG18 (40.9%), Ca in situ6 (13.6%). Diagnósticos de colposcopia, inflamaciónll (25%), LIEBG16 (36.4%) y LIEAG 17 (38.6%). Diagnóstico de histopatología del Hospital Regional de Alta Especialidad Veracruz, inflamación4 (9.1%), LIEBG 16 (36.4%), LIEAG23 (52.3%), otro sí (2.3%). Diagnostico histopatológico del primer patólogo externo, inflamación4 (9.1%), LIEBG28 (63.6%) y LIEAG 12 (27.3%). Diagnóstico del segundo patólogo externo, inflamación3 (6.8%), LIEBG19 (43.2%), LIEAG22 (50%). La concordancia entre colposcopia e histopatología HRV, coeficiente Kappa = -0.025 pobre. La concordancia entre colposcopia e histopatología patólogo 1, coeficiente Kappa = 0.042 leve. La concordancia entre colposcopia e histopatología patólogo 2, coeficiente Kappa = 0.1 leve.

CONCLUSIÓN: Se concluye que el diagnóstico de las lesiones premalignas y malignas de cuello uterino se ha incrementado, sobre todo los casos de programa (PDPCCU). Las lesiones histológicas más diagnosticadas fueron los NIC I y los NIC II. Las edades más afectadas entre los 25 y 44 años. La correlación cito-histológica en las lesiones se incrementó con la severidad de la lesión. El virus papiloma humano se diagnosticó tanto por histología como por citología en un número bajo de pacientes, pero superior en la histología. La mayor sensibilidad diagnóstica se presentó en el Carcinoma in situ, y se demostró su incremento, con la severidad de la lesión, mientras la especificidad no mostraba variaciones entre los diferentes diagnósticos.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 62

Importancia de la exploración genital para detección de lesiones malignas. Melanoma vulvar: reporte de caso y revisión bibliográfica

Luis Antonio Azamar Vázquez, Carlos Vargas Carriche, José Alanis Fuentes
Hospital General Dr Manuel Gea González.

ANTECEDENTES: El cáncer de vulva representa el 5% del total de cánceres ginecológicos y corresponde al 1% de la patología maligna femenina. La entidad histológica más frecuente es el cáncer de células escamosas (90-95%). El melanoma representa la segunda patología maligna en frecuencia (8-10%). El melanoma vulvar fue descrito por primera vez por Hewett en 1861. Se trata de un tumor raro con cierta predisposición por el área vulvar. El 3-7% de melanomas cutáneos en mujeres se desarrollan en la región vulvar, cuando ésta representa tan sólo el 1-2% de la superficie corporal. La piel vulvar tiene una estructura cutánea y mucosa más compleja que la hace especialmente susceptible al desarrollo de cáncer de células escamosas y melanoma.
OBJETIVO: Femenino de 80 años de edad residente de San Mateo Yoloxochitlán, Oaxaca. Gestas: 9 Partos: 9, sin complicaciones. Fecha de ultima menstruación: hace 35 años. Ultima citología cervical en 2001, refiere sin alteraciones. Acude a valoración a nuestro hospital refiriendo sangrado vaginal de dos meses de evolución de coloración oscura, inicialmente abundante en cantidad que posteriormente fue disminuyendo con el paso de los días, hasta la fecha persiste el sangrado de cantidad escasa. A la exploración física en región vulvar se observa la presencia de múltiples lesiones pigmentadas, en labios mayores y menores, de predominio en menores, cerca del introito. Son totalmente asimétricas, rebasan los 6 milímetros de diámetro, de color oscuro heterogéneo, con bordes irregulares. Tacto vaginal: se palpa tumoración irregular pétrea, dependiente de pared lateral izquierda de vagina, que abarca los tres tercios, cérvix central cerrado, de bordes regulares, copulizado, no móvil por tumoración de vagina, útero de aproximadamente 9 centímetros a la palpación bimanual, con escaso sangrado al retirar guante explorador. Tacto rectal: con tumoración de amente 3 centímetros de diámetro lateralizada a la izquierda. Se aplica ácido acético y se observa puntilleo grueso en pared vaginal izquierda. Se toma biopsia de región subclitoridia, introito vaginal y pared vaginal izquierda. Reporte histopatológico: Biopsia referida como de pared vaginal izquierda: Melanoma in situ (MELAN A+, HMB45+, S100+) Biopsia referida como subclitoridia: Melanoma in situ. Biopsia referida como introito vaginal: Melanoma (MELAN A+, HMB45+, S100+) con lesión en bordes y lecho quirúrgico. Se refiere a instituto nacional de cancerología para valoración y manejo.
MATERIALES Y MÉTODOS: Reporte de caso.
RESULTADOS: El melanoma vulvar es una entidad curable si se detecta en etapas tempranas, como sucede en la mayoría de las enfermedades malignas. Debido a que las lesiones pigmentadas en la piel de los genitales son menos típicas morfológicamente que en la piel extragenital, la biopsia es indicada para determinar la necesidad de terapia versus observación. Un examen físico completo cutáneo y mucocutáneo debe ser realizado en forma regular para un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.
CONCLUSIÓN: Se hace énfasis en la importancia de la exploración genital de rutina para la detección de lesiones hiperpigmentadas de la vulva, que deben ser estudiadas para el diagnóstico temprano de enfermedades malignas y su tratamiento oportuno.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 63

Hiperflexión de cadera en producto por parto distócico secundario a tabique vaginal longitudinal. Reporte de un caso

Clementina Soni Trinidad, Lucio Ivan Rodríguez Infante, Víctor Hugo Romero Mejía, José Alejandro Torres Ríos, Ramiro Millán Martínez
Hospital Regional de Poza Rica.

ANTECEDENTES: Las malformaciones Müllerianas son un grupo misceláneo de anomalías uterinas que resultan de alteraciones en el desarrollo, fusión o canalización de los conductos Müllerianos (paramesonéfricos). Estas estructuras son responsables de la formación de las trompas de Falopio, útero y los dos tercios superiores de la vagina; cuando existe este tipo de anomalías la literatura indica un aumento en el número de partos pretérmino espontáneos, podálicos o fetos con restricción del crecimiento intrauterino, lo que aumenta el riesgo de mortalidad perinatal. Las manifestaciones clínicas de las anomalías útero vaginales son diversas. En las adolescentes, por ejemplo, toman la forma de dolor pélvico cíclico o no cíclico, dismenorrea, sangrado vaginal anormal, irregularidades menstruales como hipomenorrea o amenorrea y dispareunia. En la etapa reproductiva, pueden agregarse diversas manifestaciones, como la infertilidad asociada con complicaciones obstétricas
OBJETIVO: Presentar un caso clínico de tabique vaginal longitudinal diagnosticado al momento del parto.
MATERIALES Y MÉTODOS: Descripción del caso clínico y revisión de la literatura.
RESULTADOS: Paciente femenino de 25 años perteneciente a la comunidad Tejamanil, municipio de Cazones de Herrera, Veracruz, en unión libre, que ingresa al servicio de ginecología y obstetricia de nuestro nosocomio por presentar labor de parto con 32 semanas de gestación en fase expulsiva. Antecedentes gineco-obstétricos: primigesta, menarca a los 15 años,

ciclo menstrual regular de 28 días con cuatro de sangrado, inicio de vida sexual activa a los 21 años, no recurre al uso de métodos anticonceptivos, con fecha de última menstruación el 13 de octubre de 2018, con tres consultas de control prenatal con su médico comunitario. Se recibe neonato femenino pretérmino con 32 semanas de gestación en el área de tocolabor, por parto distócico con feto en posición cefálica, presentando bajo peso para la edad gestacional de 1160 gramos con talla de 45 cm, no vigoroso por lo cual se realiza reanimación ventilatoria durante un minuto, además de despejar secreciones con perilla de goma y aspirador automático, procediendo a la aplicación de presión positiva durante un minuto, mostró escala de APGAR 7-8/10 y Capurro con valor de 32 semanas de gestación. Durante el parto se realizan maniobras de rotación y tracción para posicionamiento de los miembros pélvicos del producto, al ejercer un efecto de palanca que dificultaba considerablemente la extracción de este. Al momento del nacimiento presenta las extremidades pélvicas hiperextendidas y sin movilización a la flexión con equimosis en ambas rodillas y dolor al aducir; ingresa a la unidad de cuidados intensivos neonatales con diagnóstico de síndrome de dificultad respiratoria, se solicita radiografía de miembros pélvicos e interconsulta a traumatología y ortopedia para valorar una probable displasia en el desarrollo de la cadera, obteniéndose resultados una semana después por los cuales se descartando esta patología. A la revisión de cavidad uterina se palpa tabique longitudinal no doloroso, abarcando el tercio medio e inferior de la vagina, con comunicación en el tercio superior en su porción posterior, se observó cérvix rudimentario en hemivagina izquierda. El puerperio inmediato transcurrió sin incidentes y la paciente fue dada de alta en condiciones satisfactorias con colocación de implante subdérmico, se le aconsejó asistir a consultas de seguimiento para la realización de estudios complementarios de resonancia magnética e histerosalpingografía para descartar otras anormalidades del aparato urogenital, se programó la resección quirúrgica del tabique longitudinal en seis semanas. En el caso presentado, los aspectos relevantes son el hecho de la paciente no comunicó ninguna sintomatología antes y durante el embarazo como dispareunia, hematocolpos, dolor pélvico o infertilidad, que son las manifestaciones clínicas más frecuentes en la literatura reportada para el tabique vaginal longitudinal, al igual que el producto presentó una posición cefálica lo que no complicó aún más la labor de parto. Si bien el diagnóstico fue realizado con base exclusivamente en la exploración ginecológica, es muy importante para la certeza, recurrir al apoyo de técnicas de imagenología, siendo la Resonancia Magnética el estándar de oro, ya que ha demostrado ser eficaz en el 96-100% de los casos. El manejo en todos los casos de tabique vaginal longitudinal la resección quirúrgica es el procedimiento de elección a realizar para el tratamiento de esta condición; sin embargo, debe tenerse el cuidado de no provocar ninguna lesión accidentar tanto en la vejiga como en el recto; aunque el procedimiento no es necesario en pacientes asintomáticas facilitará un parto vaginal posterior. La presentación de la hiperflexión de cadera en el producto crea la sospecha de alguna malformación uterina que haya restringido su crecimiento y provocado la prematurez, la paciente actualmente no cuenta con los recursos económicos necesarios para realizar estudios complementarios que esclarezcan estas dudas.

CONCLUSIÓN: Las malformaciones Müllerianas son un grupo morfológicamente diverso para el desarrollo de trastornos que involucran los genitales internos femeninos. Establecer un adecuado diagnóstico es esencial para el desarrollo de un plan de tratamiento y manejo a seguir. Para la realización del procedimiento quirúrgico se debe evaluar también la capacidad de la paciente para llevar una vida sexual saludable y también lograr resultados reproductivos exitosos y sin complicaciones.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 64

Tumor Buschke-Löwenstein: reporte de caso

Donato Saldivar Rodriguez, Alina Victoria Hernandez de la Cruz, Mauro Antonio Macedo, Oscar Vidal Gutierrez, Lezmes Dionicio Valdes Chapa
Hospital Universitario Dr. Jose E. Gonzalez.

ANTECEDENTES: El tumor Buschke-Löwenstein (BLT) es conocido como un condiloma acuminado gigante causado por el virus del Papiloma Humano (VPH), es una forma clínica extremadamente rara de verrugas genitales, caracterizada por un crecimiento agresivo en las estructuras dérmicas subyacentes.
OBJETIVO: Se reporta el caso de una paciente en la que se diagnosticó un Tumor de Buschke-Löwenstein la cual se trató con electrofulguración de forma satisfactoria.
MATERIALES Y MÉTODOS: Mujer de 18 años, G1C1, antecedente de abuela con Diabetes y madre con VIH, menarquia a los 7 años, ritmo regular 30 x 7 días, IVSA 13 años, parejas sexuales 2, MPF DIU (2015- Actual), G1C1. Acude

por presentar condiloma en región vulvar tratado previamente con Imiquimod sin presentar mejoría por lo cual acude. En la exploración se observa vulva con condiloma gigante acuminado que se extiende hacia labios mayores, anteriormente hasta monte de Venus y posteriormente a región perianal, con secreción amarillenta no fétida. Clítoris, uretra, labios menores y esfínter anal externo no se encontraban involucrados. Citología cervical: alteraciones inflamatorias inespecíficas compatible con vaginosis bacteriana. Laboratorio: Hb 8.5 Wbc 13.7 Plt 487 TP 14 TTP 35.3 Gluc 118 BUN 5 Creat 0.7 EGO: pH: 6, proteína 1 g, Sangre 200Hem/mL, 10 leucos/campo, escasas bacterias. VDRL negativo Panel Viral: negativo. Tipificación de VPH 18.

RESULTADOS: Se realizó resección de condiloma con electrocauterio, con un sangrado de 1200 cc, se trasfundieron 3 paquetes globulares, se mantuvo en internamiento por 4 días con curaciones cada 8 horas con furacin y se egresa con cita cada semana para valoración. Acude de 6 meses después para citología cervical de control reportando alteraciones inflamatorias inespecíficas y con mejoría completa. BH POST: BH: Hb: 9.51 Wbc 12.2 Plt: 422.

CONCLUSIÓN: El tumor Buschke-Löwenstein (BLT), es un tumor de crecimiento lento, aunque histopatológicamente benigno, se le considera una enfermedad rara clínicamente maligna. El estado inmunológico del paciente juega un importante rol en el desarrollo de la enfermedad. El método de tratamiento más importante es la excisión de la tumoración.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 65

Perforación uterina posterior a AMEU por embarazo ectópico anembriónico en cicatriz uterina. Reporte de caso

Donato Saldivar Rodríguez, Diego Vidal Torres, Erick Isaias Phillips Esparza, Oscar Rubén Treviño Montemayor, José Gerardo Garza Leal
Hospital Universitario Dr. Jose E. Gonzalez.

ANTECEDENTES: El embarazo ectópico en cicatriz uterina previa es relativamente un nuevo sitio de implantación ectópica debido al aumento de cesáreas, representando un 6% de los embarazos ectópicos en pacientes con 1 cesárea previa. Las complicaciones más comunes al realizar un aspirado manual endouterino son, hemorragia, perforación uterina y laceración cervical. En pacientes con antecedente de cesárea previa hay que buscar intencionadamente la localización de la implantación por riesgo un ectópico en la cicatriz uterina previa, por alto riesgo de perforación.

OBJETIVO: Se reporta el caso de una paciente en la que ocurrió una perforación uterina al realizar un AMEU con un diagnóstico de embarazo anembriónico implantado en la cicatriz uterina de cesárea previa que no respondió a la aplicación vaginal de misoprostol.

MATERIALES Y MÉTODOS: Mujer de 26 años, G3C2 con periodo intergenésico corto, acude a valoración por presentar sangrado tansvaginal escaso e indoloro. Se diagnostica embarazo anembriónico mediante ultrasonido vaginal. Se decide dar tratamiento médico con misoprostol 800mcg vía vaginales 1 dosis cada 3 días por 2 dosis.

RESULTADOS: Al no ocurrir cambios cervicales ni evacuación de restos ovoplacentarios, se procede a realizar un AMEU iniciando con una histerometría de 8cm, seguido de una hemorragia postaborto, con pérdida del tono uterino. Se procede a realizar Laparotomía Exploradora encontrando útero con perforación a nivel ístmico izquierdo en cicatriz uterina previa. Se realizó una Histerectomía abdominal simple. La paciente cursó con adecuada evolución y se egresó 3 días después del procedimiento.

CONCLUSIÓN: La perforación uterina es una complicación esperada de un AMEU o LUIBA, sin embargo hay que tener presente la posibilidad de un embarazo ectópico en la cicatriz uterina previa por el incremento en el riesgo de perforación uterina. Teniendo antecedente de una cesárea previa siempre hay que prestar atención en el ultrasonido para poder sospechar de este diagnóstico previo a realizar cualquier procedimiento.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 66

Síndrome de Guillan Barré en el embarazo. Reporte de caso

Gabriel Edgar Villagómez Martínez, Clara del Carmen Flores Acosta, Iván Vladimir Dávila Escamilla, Gregorio Treviño-Martínez, Anais Berlanga-Garza
Servicio de Medicina Materno Fetal, Hospital Universitario "Dr. Eleuterio González" Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León.

ANTECEDENTES: El síndrome de Guillain-Barré (GBS) es una enfermedad que causa una polineuropatía rápidamente progresiva con debilidad o parálisis, que puede ser simétrica, de comienzo distal, progresiva, con afectación troncal, parálisis facial, oftalmoplejía externa y arreflexia generalizada, hasta el máximo de expresión que sería una parálisis respiratoria. La incidencia es del 0,75-2/1.000.000 habitantes, y en embarazadas 1,7/100.000, lo que puede ensombrecer el pronóstico. (1,2) Hay un informe de caso

de GBS congénito en el recién nacido de una madre afectada. (3,4) Las principales modalidades de terapia consiste en ingreso a UCI, monitorización cardiorespiratoria, intercambio de plasma y la administración de inmunoglobulina intravenosa, mantener el equilibrio hidroelectrolítico, y anticoagulación profiláctica(5,6). La mortalidad secundaria a complicaciones como sepsis, neumonía o tromboembolismo pulmonar es del 3 - 8%. La mortalidad materna es debida en mayor parte a las complicaciones respiratorias.

OBJETIVO: Reporte de un caso de una paciente con Guillian-Barré en el embarazo y revisión de la literatura.

MATERIALES Y MÉTODOS: Mujer de 19 años, G2 P2, con antecedente de control prenatal normoevolutivo y exámenes de laboratorio normales, ultimo parto eutócico a la semana 39, con adecuado peso y apagar egresando ambos sin complicaciones. Acudió a urgencias cursando 18 días de puerperio, por presentar 2 semanas de evolución, con disminución de la fuerza en región proximal y distal hasta imposibilitar la de ambulación. A la exploración: TA 100/60, FC 92, FR 16, T 36°, consiente, orientada, sin alteración del lenguaje, exploración de pares craneales normal, fuerza disminuida en 4 extremidades de forma simétrica de predominio proximal (2/5 MS y 3/5 MI), reflejos osteotendinosos normales, imposibilidad para de ambulación. Exámenes de laboratorio; HB 13.3 g/dl, WBC 6.81 K/uL, Plts 231 K/uL, TP 12.4seg, TTP 31.3 seg, Glucosa 72 mg/dl, Creatinina 0.5 mg/dl, AST 34 UI/L, ALT 50 UI/L, Alp 96 UI/L, BT 0.7mg/dl, CPK 215 UI/L. TAC DE CRÁNEO sin alteraciones, se realizó electromiografía y velocidades de conducción nerviosa en extremidades inferiores con evidencia de lesión axonal motora aguda, punción lumbar: proteinorraquia, hipocelularidad por lo que se diagnostico SDG.

RESULTADOS: Se inició tratamiento con recambios plasmáticos, realizando un total de 2L de recambio, con un total de 8 frascos de albumina al 25% por sesión, con un total de 5 sesiones, Así como plasmaferesis, presentando mejoría clínica en el 4to día de EIH, con de ambulación sin apoyo egresando con seguimiento en terapia física y neurología.

CONCLUSIÓN: El SGB durante la gestación el cuadro es atípico, por lo que es difícil seguir un patrón clínico. El diagnóstico diferencial se realiza con la polimiositis, la mielitis aguda, la mononucleosis infecciosa con polineuritis, la hepatitis viral con polineuritis aguda y la polineuritis periférica. (2) No existe prevención primaria para este síndrome; por lo general, entre el 5 y el 10% de todos los pacientes presentan una recuperación incompleta, el 5% fallecen en la UCI por causas principalmente respiratorias, y hasta el 10% presentan episodios de recurrencia.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 67

Coriocarcinoma con metástasis a pulmón en niña de 12 años. Reporte de caso

Chavarría-Noriega Luis Rodrigo, Macías-Morfín José Francisco, López Rojas Joel, Anguiano-Franco Juan Eduardo
Unidad Medica de Alta Especialidad Hospital Gineco-Pediatria No 48 IMSS León Gto.

ANTECEDENTES: El coriocarcinoma (CC) es una neoplasia maligna originada por el trofoblasto gestacional que se caracteriza por hiperplasia trofoblástica con anaplasia, ausencia de vellosidades, hemorragia y necrosis. Es de gran agresividad cuando no se trata a tiempo. De la enfermedad trofoblástica gestacional (ETG), es el tipo histológico más agresivo, con gran capacidad para metastatizar, principalmente en pulmón (50%) y vagina (30-40%), pero también en cerebro, hígado y riñones. La incidencia de CC en Europa y Norteamérica se estima en 3/100.000 gestaciones, en México se calcula con una incidencia de 0.133/100 000 mujeres. La ETG se considera como el tumor ginecológico más curable debido a dos características fundamentales: es altamente sensible a la quimioterapia y ser productor de la fracción beta de la Gonadotrofina Coriónica Humana (β-hCG), que es un marcador tumoral, base del diagnóstico. Dentro de los factores de riesgo están los antecedentes de abortos, embarazo múltiple, nuliparidad, o edad mayor de 35 años. Clínicamente, las manifestaciones más comunes son el sangrado transvaginal asociado a un crecimiento uterino mayor a la amenorrea, y la aparición de manifestaciones de insuficiencia respiratoria. Actualmente tienen una tasa de curación superior al 90%, incluso en presencia de enfermedad metastásica generalizada.

OBJETIVO: Informar sobre el caso de una niña con diagnóstico de coriocarcinoma y metástasis pulmonares, tratado exitosamente.

MATERIALES Y MÉTODOS: Femenino de 12 años de edad, primigesta, sin antecedentes de importancia. Menarca 10 años, Inicio de visa sexual tres meses atrás. Acude a consulta por presentar sangrado transvaginal de dos días de evolución, nauseas, vomito, disnea, además de amenorrea de ocho semanas. A la exploración física, palidez (+), sólo destaca útero aumentado de tamaño, ecográficamente se demostró embarazo molar sin evidencia de saco vitelino, ni estructuras embrionarias. Se

solicita β-hCG la cual se reporta en 1 337 445 mUI/ml, biometría hemática con hemoglobina 11.2 g/dl, hematocrito 32%, plaquetas 150 mil/ml, tiempos de coagulación, pruebas de función hepática, renal y tiroidea normales. Radiografía de tórax mostró patrón intersticial nodular difuso mal definido (imagen 1), al día siguiente se realizó una tomografía computarizada (TC) que reveló neoplasia endometrial localmente confinada al útero con metástasis pulmonares (imagen 2 y 3), clasificándose como estadio III (por invasión a pulmón). Al tercer día se le practicó legrado uterino instrumentado (LUI) sin complicaciones aparentes. La resonancia magnético nuclear (RMN) cerebral fue normal. El estudio histopatología reporta coriocarcinoma de 8x6 cm (imagen 4). Tras el LUI la β-hCG descendió a 120 000 mUI/ml. Obtuvo una puntuación de alto riesgo (7 puntos) según la FIGO (tabla 2) por lo que se indicó tratamiento con poliquimioterapia. El día 12 la paciente recibió el alta hospitalaria y se derivó al servicio de oncología médica. Al mes del alta, la paciente inició el esquema EMACO, con intención curativa, cada 21 días por 5 ciclos. A los 3 meses del inicio de la quimioterapia se realizó una TC que mostró una gran disminución de los nódulos pulmonares. Tras completar los 5 ciclos de tratamiento quimioterapéutico, la β-hCG fue indetectable y la TC mostró una respuesta completa. La determinación mensual de β-hCG sigue siendo indetectable y la TC a los 3 meses de haber finalizado el tratamiento no evidencia recaída de la enfermedad.

RESULTADOS: El diagnóstico de la ETG se realiza principalmente por el análisis conjunto de los síntomas y pruebas diagnósticas como ecografía y la determinación de la de β-hCG. El caso descrito se clasificó como estadío III en base a la presencia de metástasis pulmonares. Además por la β-hCG superior a 100.000 mUI/ml en el momento del diagnóstico y al tamaño tumoral superior a 5 cm, se obtuvo una puntuación de alto riesgo según FIGO. Por la edad y paridad de la paciente el tratamiento de elección fue LUI y administración del esquema quimioterápico EMACO, tal y como se describe en la literatura y en las Guías de Práctica Clínica. La paciente respondió de forma completa. Al completar los 5 ciclos de tratamiento la β-hCG fue indetectable, coincidiendo este resultado con el descrito en la literatura. El hallazgo de una β-hCG elevada de forma franca en una paciente con metástasis compatibles con la enfermedad, es patognomónico de enfermedad trofoblástica maligna metastásica (ETMM). A diferencia de otros tumores en los que las metástasis implican una probabilidad de curación muy baja o nula, la ETMM tiene muchas posibilidades de curación, como se demuestra en nuestra paciente. Con todo ello se quiere recalcar que la determinación de la β-hCG es básica, ya que constituye un marcador tumoral sensible que se correlaciona bien con la progresión y persistencia de la enfermedad. También destacar la intención curativa de la quimioterapia aún en el contexto de una enfermedad avanzada.

CONCLUSIÓN: El CC es el tipo histológico más agresivo de la ETG. La utilidad de la β-hCG es importante para el diagnostico, y valorar la progresión y persistencia de la enfermedad. Es importante estadificar y clasificar adecuadamente a las pacientes, ya que de ello depende la conducta terapéutica a seguir. La tasa de curación de esta enfermedad es muy alta.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 68

Estudio clínico, comparativo y doble ciego para valorar la eficacia de lidocaína intravaginal en pacientes con dismenorrea

Angélica Mireles García, Emilio Modesto Treviño Salinas, Ana Lucía Polanco Sosa, Ana Karen Montemayor Peña, Viridiana Colegio Torres
Universidad Autónoma de Nuevo León.

ANTECEDENTES: Se define como dismenorrea a la menstruación dificultosa y dolorosa que afecta hasta el 20% de las mujeres. La dismenorrea se considera el síntoma más común de todas las quejas menstruales, especialmente durante la adolescencia media y posterior. Las tasas de prevalencia oscilan entre 67% y 90% en mujeres jóvenes entre 17 y 24 años. El tratamiento por lo general es a base de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) inhibidores de las prostaglandinas y analgésicos, ya que se ha demostrado que el nivel de citosinas es elevado en mujeres con dismenorrea. Los anestésicos como la lidocaína que actúan por bloqueo de las compuertas de los canales de sodio han demostrado eficacia en el tratamiento del dolor neuropático.
OBJETIVO: Valorar la eficacia de la lidocaína por vía intravaginal para disminuir el dolor de la dismenorrea según la escala visual análoga del dolor en comparación con un grupo control (Placebo).
MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio experimental, analitico, prospectivo , controlado con placebo, doble ciego. Se identificaron pacientes con dismenorrea que cumplieron los criterios de inclusión y se asignaron de manera aleatoria en dos grupos. Utilizando una fórmula para comparación de medias con una confianza del 95% bilateral y una potencia del 80% con una diferencia esperada de 3 puntos en la escala visual análoga del dolor entre ambos grupos, se requirieron al menos 7 pacientes por grupo. Se utilizaron medidas de tendencia central. Una vez obtenida

la autorización mediante consentimiento informado, se procedió a la recolección de datos de las pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, quienes se sometieron a la aplicación del medicamento intravaginal (lidocaína/placebo). Se colocó la paciente en posición ginecológica, se colocó especulo vaginal de Graves, se realizó asepsia y antisepsia vaginal con solución yodopovidona, se introdujo cánula ginecológica fina en el útero, aplicando lidocaína al 2% vs solución fisiológica (cloruro de sodio 0.9%) a concentración de 1mg/ml diluida en solución fisiológica en 3 aplicaciones intrauterinas en el día 6 a 12 del ciclo menstrual en 3 ocasiones consecutivas, con separación de un mes entre cada aplicación. Las diferencias entre los grupos fueron comparadas con χ^2 o prueba exacta de Fisher y con t Student.

RESULTADOS: Se encontraron diferencias significativas (P = 0.0003) en los niveles de dolor entre el grupo control y el grupo con lidocaína intravaginal, siendo el grupo con lidocaína intravaginal el que presentaba niveles más bajos de dolor según la EVA y con menor fluctuación en los niveles entre aplicaciones a comparación del grupo control. En el grupo al que se le aplicó lidocaína intravaginal, la dismenorrea disminuyó en todas las pacientes entre el dolor inicial y la primera aplicación con una media de 3.14±2.19. Se observó que 42.85% de las pacientes tuvo mejoría progresiva del nivel de dolor sin volver a reportar niveles más altos del dolor entre aplicacionesLa disminución global de dolor del grupo con lidocaína se sacó por medio de T Student, dando como resultado P = 0.0003, lo cual lo hace altamente significativo y, por ende, señala que el uso de lidocaína intravaginal sí es eficaz como alternativa para disminuir la dismenorrea en el grupo seleccionado. La media de disminución global fue de 5.85±1.95. Respecto al uso de analgésicos (Ketorolaco) se encontró que en el grupo experimental se usaron significativamente menos al compararlo con el grupo control (P = 0.04), de manera global durante la realización de todo el estudio.

CONCLUSIÓN: El uso de lidocaína intravaginal acompañada de ketorolaco es ligeramente más eficaz en la disminución de dolor en pacientes con dismenorrea tanto primaria como secundaria que el uso aislado de ketorolaco aislado al presentar mejores resultados en la Escala EVA en cada uno de sus momentos de medición. No hubo efectos secundarios indeseables en ningún grupo, por lo que se concluye que el uso del medicamento del grupo experimental fue seguro. Del mismo modo el uso de analgésicos en el grupo de lidocaína presento una disminución significativa en su uso en comparación al control en todos los momentos del estudio.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 69

Embarazo ectópico con sospecha de enfermedad trofoblástica: reporte de un caso

Angélica Mireles García, Emilio Modesto Treviño Salinas, Ana Lucía Polanco Sosa, Ana Karen Montemayor Peña, Viridiana Colegio Torres
Universidad Autónoma de Nuevo León.

ANTECEDENTES: El embarazo molar forma parte de un grupo de enfermedades clasificadas como enfermedad trofoblástica gestacional, la cual es resultado de una fertilización aberrante y tiene el potencial de invadir el útero localmente, así como de metástasis. Se presenta con concentración elevada de subunidad beta de hormona gonadotrofina coriónica humana, sangrado vaginal y discomfort abdominal. El embarazo ectópico molar raramente ocurre y tiene una incidencia estimada de 1 de cada 20,000 a 100,000 embarazos.

OBJETIVO: Describir el diagnóstico, manejo y pronóstico de un caso de hidroadenocarcinoma en vulva.

MATERIALES Y MÉTODOS: Femenino de 33 años de edad, en su segundo embarazo cursando 8 semanas de gestación, quien presentó de forma insidiosa cuadro de dolor abdominal tipo cólico en hipogastrio, sin irradiaciones, (3/10 EVA), de cuatro días de evolución, sin presentar historia de sangrado transvaginal, u otro síntoma acompañante. Se realizó ultrasonido observando útero vacío e imagen de saco gestacional hacia anexo derecho. Se recabaron estudios de laboratorio: BHCG reportada en 14,730 mUI/mL, hemograma y tiempos de coagulación dentro de parámetros normales. Se decidió manejo quirúrgico con abordaje vía laparoscopía, donde se encontró embarazo ectópico derecho ístmico (5x4cm) con salpinge tortuosa, ovarios normales. La paciente se mantuvo con adecuada evolución en su postoperatorio y es egresada.

RESULTADOS: Se recibe reporte de Anatomía Patológica que reportó: Embarazo ectópico tubárico roto con sospecha de enfermedad trofoblástica. Se mantuvo en seguimiento con BHCG, reportada en 557 mUI/mL, la cual fue disminuyendo paulatinamente hasta cifras indetectables.

CONCLUSIÓN: Cuando se sospecha de embarazo ectópico molar esta indicado el tratamiento quirúrgico. Aunque no existe un estudio específico la vía laparoscópica es la preferida. El diagnóstico definitivo es por anatomía patológica. La aplicación de marcadores como vimentina, bhCG, hPL, PLAP, citoqueratina, desmina, CD68, p53, p57(KIP2) y citogenética

contribuyen a una mejor definición de los grupos histológicos de la enfermedad trofoblástica gestacional. El seguimiento del embarazo ectópico molar es idéntico al que se recomienda para pacientes con embarazo molar intrauterino y se debe realizar ya que existe el riesgo de que progrese a una Neoplasia Trofoblástica Gestacional Postmolar.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 70

Dengue grave en el embarazo como causa de muerte materna: reporte de un caso

Flavio Hernández-Castro, Clara del Carmen Flores Acosta, Iván Vladimir Dávila Escamilla, Gabriel Edgar Villagómez Martínez, Roberto Guadalupe Martínez-Santos
Servicio de Medicina Materno Fetal, Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León.

ANTECEDENTES: Dengue es una enfermedad trasmitida por vector, puede ocurrir a cualquier edad y etapa de la vida, incluida el embarazo. La tasa de mortalidad es 0.8–2.5%, y el embarazo es factor de riesgo para enfermedad grave. El pronóstico materno-fetal continúa incierto.
OBJETIVO: Describir el diagnóstico, manejo y pronóstico de un caso de dengue grave en el embarazo.
MATERIALES Y MÉTODOS: Femenino de 33 años, con diagnóstico de DM2 a las 6sdg sin tratamiento. Cursando embarazo de 20sdg, producto de la cuarta gesta con dos partos y una cesárea previa. Con inicio de vida sexual activa a los 17 años y 4 compañeros sexuales. Inicia 1 día previo a su ingreso hospitalario con dolor abdominal en hipogastrio tipo cólico/punzante, acompañado de fiebre, cefalea, mialgias, artralgias y rash multiforme en extremidades superiores y tórax anterior. A su ingreso se encuentra febril (38.3°C), con cifra de hiperglucemia capilar (255mg) y taquicardia, se realiza gasometría con resultado normal y pruebas de función hepática con elevación discreta de AST (137) y ALT (80). Se realiza prueba de Ag NS1 y PCR para Dengue con resultado positivo. Se corrobora bienestar fetal por medio de ultrasonido, encontrando PUVI con FCF 172lpm, peso fetal estimado en 332gr, fetometría promedio en 20sdg, ILA normal y placenta de características normales. Se inicia tratamiento con insulina para control glucémico. Al tercer día de estancia presenta deterioro hemodinámico y hepático progresivo, con incremento de transaminemia (AST 324, ALT 181) y reporte de trombocitopenia (48.6mil), acidosis metabólica con hiperglucemia y oliguria, se inicia reanimación hídrica y colocación de bomba de insulina, se solicita ultrasonido abdominal con reporte de líquido libre en fosa hepatorrenal con hepatoesplenomegalia, y en tele de tórax se reporta derrame pleural derecho. Se mantiene en vigilancia estrecha y se advierte disminución de cuenta plaquetaria con trombocitopenia severa (15mil), prolongación de tiempos de coagulación e incremento importante de enzimas hepáticas (AST 10186, ALT 3701, FA 158, BT 1.3, DHL 7874) con datos de hipoperfusión tisular (lactato 3.7), se inicia manejo por falla hepática con acceso vascular central e ingreso a UCIA.
RESULTADOS: Presenta acidosis metabólica severa y deterioro neurológico, se decide intubación endotraqueal con apoyo ventilatorio, continua con transfusión de hemoderivados, vitalidad fetal (FCF 109 lpm). Inicia apoyo aminérgico y terapia de reemplazo renal, continua deterioro hepático (AST 31075, ALT 6645, DHL 10721), tensión arterial indetectables, anuria. En rastreo ultrasonográfico se detecta feto sin frecuencia cardiaca fetal, paciente presenta bradicardia sostenida que condiciona RCP durante 20 minutos sin respuesta, falleciendo al cuarto día posterior a su ingreso hospitalario.
CONCLUSIÓN: Existe un incremento significativo del riesgo de muerte materna durante el embarazo con dengue, se requiere de alta sospecha clínica, diagnóstico precoz y manejo oportuno multidisciplinario de las pacientes con dengue grave.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 71

Tromboembolia pulmonar y síndrome hellp. Presentacion de un caso

Valderrama-Santillán José De Jesús, López-Rojas Joel, Macías-Morfín José Francisco, Larriva-Sánchez Karla
Unidad Medica de Alta Especialidad Hospital Gineco-Pediatria No 48 IMSS Leon Gto.

ANTECEDENTES: El primer caso de síndrome de HELLP fue descrito por Pritchard en 1954, aunque no se reconoció como una entidad distinta hasta 1982. Afecta a 0.5-0.9% de todos los embarazos y 10-20% de las embarazadas con preeclampsia severa. Aunque el diagnóstico del síndrome HELLP requiere evidencia de hemólisis, disfunción hepática y la trombocitopenia, los criterios diagnósticos específicos y las presentaciones clínicas varían, lo que dificulta el diagnóstico preciso. Dicho síndrome puede complicarse con disfunción multiorgánica, lo que dificulta la diferenciación entre coagulación intravascular diseminada (DIC), tromboembolia pulmonar (TEP), embolia de

líquido amniótico (ELA), hígado graso agudo del embarazo (HGAE) y púrpura trombocitopénica trombótica (TTP). La incidencia para TEP en mujeres embarazadas comparadas con las que no lo están es de cuatro a cinco veces mayor. En México, la incidencia de TEP es de 4.7 casos por 10,000 consultas obstétricas, y la mortalidad reportada por esta causa es de 6.6%.

OBJETIVO: Informar sobre un caso que describe a una paciente con preeclampsia severa complicada con síndrome HELLP y tromboembolia pulmonar.

MATERIALES Y MÉTODOS: Paciente femenino de 31 años de edad, primigesta, cursando con embarazo de 36.4 SDG por FUM acorde con ultrasonido extrapolado de las 12 semanas.

Acude a revisión médica por presentar disnea de 3 horas de evolución de medianos esfuerzo y actividad uterina, además refiere cefalea generalizada y edema en extremidades inferiores de 7 días de evolución. Ingresa presentando tensiones arteriales de 160/120 mmHg, 150/110 mmHg, FC: 105 lpm, FR: 29 rpm, Temp: 36.5 C, Sat O2: 65% que aumentaba a 85% con oxígeno suplementario en mascarilla 10 l/min. La paciente se encontraba consciente, orientada, con ictericia (+), tórax con precordio rítmico, no soplos, abdomen con útero gestante, fondo uterino de 29 cm, feto único, vivo, cefálico, FCF:150 latidos por minuto, tacto vaginal: cérvix posterior, largo, dehiscente, resistente, sin dilatación. Extremidades con presencia de edema (++) y cianosis periférica, no datos de trombosis venosa profunda.

USG obstétrico a su ingreso reporta embarazo de 34 semanas de gestación con oligohidramnios (ILA 4 cm) más RCIU tipo I (percentil 1 y flujometría arterias uterinas alteradas).

Laboratoriales a su ingreso: hemoglobina 10.5 g/dl, hematocrito 26%, plaquetas 60 mil/ml, leucocitos 11 mil/ml, tiempo de protrombina 12 s, tiempo parcial de tromboplastina 32 s, INR 1.02 , glucosa 111 mg/dl, urea 40 mg/dl, creatinina 1.6 mg/dl, acido úrico 13 mg/dl, albumina 3.6 g/dl, TGP 706 U/l, TGO 815 U/l, fosfatasa alcalina 307 U/l, creatinfosfoquinasa 70 U/l, creatinfosfoquinasa fracción MB 20 U/l, deshidrogenasa láctica 1002 U/l, Bilirrubina total 1.9 U/l, bilirrubina directa 1.7 U/l, dímero D 600 ng/ml, troponina I 759 pcg/ml, fibrinógeno 2g/l. Electrocardiograma y radiografía de tórax (ver imagen 1 y 2). Ecocardiograma: datos indirectos de tromboembolia pulmonar. Sin criterios de falla cardiaca, con dilatación de cavidades derechas, insuficiencia tricuspídea moderada, movimiento de pared del ventrículo derecho discinético, no trombos, con gasto cardiaco de 4.8 por therthz y FEVI 71%. El equipo multidisciplinario concluyen como diagnóstico embarazo de 36.4 SDG más preeclampsia con datos de severidad complicada con síndrome de HELLP más RCIU tipo I con oligohidramnios y probable tromboembolia pulmonar (escala de Wells 4.5 puntos (riesgo moderado) Ginebra 5 puntos (riesgo moderado)), por lo que deciden iniciar tratamiento antihipertensivo y neuroprotección con sulfato de magnesio, e interrupción del embarazo vía abdominal. Se realiza cesarea tipo kerr, obteniendo producto con peso de 1800 g, Apgar 8/9, Capurro 37 semanas, liquido meconial +++. Sangrado 500 cc. Se utiliza anestesia general endovenosa. Se aplica Carbetocina para evitar hipotonía uterina. Se ingresa a la unidad de cuidados intensivos obstétricos en el puerperio inmediato, se continua tratamiento con antihipertensivo, sulfato de magnesio, analgésico, corticoesteroides, antibiótico y anticoagulación a base de heparina no fraccionada de bajo peso molecular. Se solicita angiotomografía pulmonar helicoidal (ver imagen 3). Tras pasar tres días en unidad de cuidados intensivos, con tratamiento especializado y manejo multidisciplinario, ya con tensiones arteriales en metas control, plaquetas y transaminasas a la mejoría con relación a las iniciales, además de estado pulmonar y hemodinámico estable, se egresa del servicio. Al séptimo día de estancia hospitalaria es dada de alta con tratamiento antihipertensivo y anticoagulación profiláctica.

RESULTADOS: La presentación clínica de ésta paciente fue compleja, con características consistentes con varias patologías subyacentes. Los diagnósticos diferenciales iniciales incluyeron HGAE, síndrome HELLP y TEP. Los signos y síntomas de estas afecciones se superponen con frecuencia. La diferenciación de HGAE con HELLP sigue siendo un desafío clínico, incluso con la aplicación de los criterios de Swansea. La presencia de hipoglucemia, ascitis y / o encefalopatía puede ayudar a distinguir HGAE (9), mientras que una distinción cardinal del síndrome de HELLP es la trombocitopenia. El equipo multidisciplinario decidió que el diagnóstico más probable era el síndrome HELLP y TEP. Dado que el síndrome HELLP es un trastorno hemolítico microangiopático, los médicos pueden no apreciar el potencial de complicaciones trombóticas mayores, aunado a los cambios de coagulación en el embarazo y de que existe evidencia bioquímica de disfunción de las células endoteliales en el síndrome HELLP, que puede conducir a la activación y coagulación anormal del complemento. La tromboembolia pulmonar que complica el síndrome HELLP en un paciente sin coagulopatía preexistente es extremadamente rara. La incidencia

y el potencial de alta mortalidad, la prevención y el tratamiento de la TEP en el síndrome de HELLP requieren un alto índice de sospecha y un diagnóstico oportuno. La prueba más sensible para TEP es la Angio-TC (sensibilidad 83%, especificidad 96%). En nuestra paciente la tromobólisis no se indicó de primera instancia ya que había sido sometida a cirugía mayor reciente. Además, los beneficios frente a los riesgos de la anticoagulación en este contexto eran inciertos. El American College of Chest Physicians recomienda la anticoagulación para todos los pacientes con TEP con heparina no fraccionada o de bajo peso molecular, sin embargo, ningún estudio ha explorado explícitamente la profilaxis de TEP en el contexto de HELLP. La anticoagulación profiláctica se instauro en el puerperio inmediato, incluso previo a la confirmación de la TEP con Angio-TC. El esteroide se suspendió a las 72 h. Fue dada de alta con anticoagulante profiláctico y tratamiento antihipertensivo como lo marcan algunas guías.

CONCLUSIÓN: El síndrome HELLP puede ser difícil de diferenciar de otras afecciones agudas como HGAE. Se requiere la transferencia temprana a la UCI y el manejo multidisciplinario para establecer un diagnóstico y tratamiento oportuno. La ecocardiografía es una herramienta de diagnóstico útil en esta población. Aunque la TEP concurrente es una complicación rara, siempre se debe tener la sospecha clínica.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 72

Metástasis por implantación de adenocarcinoma mucinoso en cicatriz quirúrgica: reporte de caso

Valderrama-Santillán José De Jesús, Macías-Morfín José Francisco, López-Rojas Joel

Unidad Medica de Alta Especialidad Hospital Gineco-Pediatria No 48 IMSS Leon Gto.

ANTECEDENTES: El adenocarcinoma mucinoso de ovario es un tumor epitelial maligno del ovario poco frecuente caracterizado, macroscópicamente, por un tumor grande, generalmente unilateral, con superficie lisa y áreas quísticas y sólidas uniformemente distribuidas e, histológicamente, por un complejo patrón de crecimiento papilar con glándulas quísticas microscópicas y restos necróticos. Los tumores mucinosos se parecen en varios aspectos a los serosos, aunque son menos comunes, tomando un 25% de todas las neoplasias del ovario. Ocurren principalmente en mujeres de edad adulta, siendo muy raros antes de la pubertad y después de la menopausia. Solo un 15% son malignos entre los cuales los adenocarcinomas quísticos son relativamente poco frecuentes (aproximadamente un 10% de los casos). El cáncer de ovario puede diseminarse por extensión directa, por vía linfática transperitoneal o, más raramente, vía hematógena. El adenocarcinoma mucinoso de ovario con diseminación a pared es muy raro y por lo regular se puede dar por implantes al momento de la resección quirúrgica de la tumoración primaria

OBJETIVO: Describir un caso clínico de paciente con antecedente de adenocarcinoma mucinoso de ovario con tratamiento quirúrgico y posterior recidiva en cicatriz previa.

MATERIALES Y MÉTODOS: Paciente femenino de 71 años de edad, gestas 12, para 12, con antecedentes patológicos de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistémica, antecedente quirúrgico de laparotomía etapificadora en el 2014 por adenocarcinoma mucinoso invasor con ruptura capsular e implantes a epiplón, tratada con quimioterapia en mismo año. Valorada en el servicio de oncología ginecológica por tumoración abdominal, probable hernia postincisional. Exploración física: Signos vitales normales, destaca a la palpación en abdomen tumoración periumbilical de aproximadamente 5x5 cm. Tomografía en donde se reporta colecciones liquidas en tejido celular subcutáneo de la pared abdominal en región periumbilical con volumen máximo de 63cc. Se ingresa a quirófano para realización de plastia de pared con siguientes hallazgos: implantes peritoneales y abundante mucina, sin presencia de saco herniario ni defecto aponeurótico, tumoración abdominal corresponde a implantes a través de aponeurosis, se retira cicatriz umbilical, se realiza exéresis de implantes teniendo como limite aponeurosis integra.

RESULTADOS: En la pared abdominal se puede desarrollar un tumor metastásico, como resultado de una implantación local o de una diseminación hematógena. De hecho, las metástasis son los tumores malignos más frecuentes en pared abdominal. Estas lesiones se pueden subclasificar en tumores metastásicos en pared abdominal (diseminación hematógena o linfática) o infiltración de la pared abdominal (lesiones secundarias), que incluyen las relacionadas con recidivas locales, infiltración por contigüidad e implantes en cicatriz, drenajes y puerto de laparoscopia. Es indispensable la realización de una adecuada tecnica quirurgica para prevenir la ruptura de la capsula de estos tipos de tumoraciones en aquellos casos en los que la capsula se encuentre integra al momento de la extirpación quirurgica.

CONCLUSIÓN: Creemos que en la metástasis por implantación, es imprescindible la siembra de células de una neoplasia intraabdominal

llevando a un mal pronóstico en la mayoría de los casos. Sugerimos que ante la presencia de cualquier lesión que se presente en pared abdominal con antecedente de cáncer de ovario, especialmente en área de cicatriz, debe realizarse estudio histopatológico para un diagnóstico temprano, valoración de órganos internos y estudios complementarios con el fin de descartar enfermedad metastásica locorregional o distante.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 73

Tumor de células de la granulosa y prolapso de órganos pelvicos IVC: reporte de caso

Valderrama-Santillán José De Jesús, Macías-Morfín José Francisco, López-Rojas Joel
Unidad Medica de Alta Especialidad Hospital Gineco-Pediatria No 48 IMSS Leon Gto.

ANTECEDENTES: Los tumores malignos del estroma de los cordones sexuales de los ovarios son neoplasias raras que representan menos del 5% de todos los tumores malignos de ovario. Este tipo de tumores surgen de la granulosa, la teca, las células de Sertoli y las células de Leydig o los fibroblastos del estroma. El tumor de células de la granulosa (TCG) fue descrito por primera vez en 1855 por Rokitansky. Se encuentran bilateralmente en el 3% de los casos y se divide en dos subtipos (adulto y juvenil). El de tipo adulto es más común en mujeres de mediana y avanzada edad (50 a 54 años), representa el 95% de estas neoplasias. Las manifestaciones clínicas suelen asociarse con sangrado uterino disfuncional e irregularidades menstruales, dolor y masa abdominal. El diagnóstico suele establecerse en etapas tempranas, sobre todo por síntomas relacionados con hiperestrogenismo. El estadio clínico es el factor pronóstico más importante de supervivencia y recurrencia de la enfermedad.

OBJETIVO: Describir un caso clínico de paciente con prolapso de órganos pélvicos IV C y tumor de células de la granulosa.

MATERIALES Y MÉTODOS: Paciente femenino de 74 años de edad, gestas 13, para 12, aborto 1 (embarazo molar), con legrado uterino instrumentado hace 30 años, menopausia a los 50 años. Acude a consulta médica en el servicio de uroginecología por presentar sensación de cuerpo extraño en cavidad vaginal. Exploración física: Signos vitales normales. Destaca a la palpación en abdomen tumoración en fosa iliaca derecha de aproximadamente 7 x 6 cm. Genitales con prolapso grado IV C en la escala POP-Q. USG pélvico: útero de 40x30x40 mm, endometrio de 9 mm, quiste complejo de ovario izquierdo (152x118x110 mm, volumen de 721 cc, múltiples imágenes anecoicas, con presencia de septos menores a 2 mm, sin vascularidad al Doppler). Se realiza biopsia endometrial con resultado histopatológico de hiperplasia simple sin atipia citológica. Marcadores tumorales: antígeno carcinoembrionario de 1.2 ng/ml, alfafetoproteina de 0.9 ng/ml, Ca 19-9 de 1.63 U/ml, Ca 125 de 9.90 U/ml, HGC-β 0.184 mUI/ml, DHL 133 U/l. TAC: anexo izquierdo con imagen de bordes lisos, bien definidos, contenido hipodenso, heterogéneo, con presencia de septo en su interior menor de 3.5mm, con dimensiones aproximadas de 161x121x132 mm. (imagen 1 y 2). Se realiza histerectomía vaginal reconstructiva por parte de uroginecología y laparotomía con salpingooforectomía izquierda por el servicio de oncoginecología (imagen 3 y 4). Histopatológico transoperatorio reporta tumor de células de la granulosa, por lo que se realizar ooforectomía contralateral. Hallazgos quirúrgicos: útero de 5x4x5 cm, tumor de ovario izquierdo de 14x11x11 cm. (imagen 5). Resultado histopatológico definitivo: tumor de células de la granulosa adulta con patrón difuso y microfolicular (imagen 6), limitado a ovario. Útero sin alteraciones histológicas malignas. La paciente es egresa del servicio a las 72 horas del postoperatorio sin complicaciones.

RESULTADOS: El diagnostico clínico del TCG es difícil por los síntomas inespecíficos que suele presentar, el 22.5% de las pacientes no manifiesta síntomas, como es el caso de nuestra paciente en quien fue un hallazgo incidental. La sospecha diagnostica se debe basar en la presencia de masa anexial, acompañada de signos de hiperestrogenismo como la hiperplasia endometrial, la cual, estaba presente en nuestra paciente. Hasta el momento no se han determinado factores de riesgo para esta enfermedad. La inhibina funciona como marcador tumoral de alta sensibilidad. El diagnostico se realiza por histología en el momento de la escisión quirúrgica. Histológicamente el tumor de células de la granulosa de tipo adulto presenta células redondas, pálidas, con escaso citoplasma y núcleos granulados tipo “grano de café”. Las células pueden disponerse en pequeños racimos alrededor de una cavidad central al que se denominan “cuerpos Call-Exner”. La histerectomía y salpingooforectomía bilateral se recomienda para las pacientes con paridad satisfecha o postmenopausicas, lo cual fue realizado en nuestra paciente, aunado a la patología concomitante (POP IV C), la linfadenectomía pélvica y paraaórtica se omitió en este caso por la rareza de metástasis en este tipo de neoplasias.

CONCLUSIÓN: Aunque el TCG granulosa es raro en los tumores de ovario, siempre se debe tener la sospecha diagnóstica sobre todo en pacientes posmenopáusicas. El diagnostico se confirma mediante histopatología y el tratamiento de elección es la histerectomía con la solpingooforectomía bilateral a expensas de los deseos de paridad de la paciente.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 74

Complejo Limb Body Wall: diagnóstico prenatal y descripción de un caso

Pineda Alemán Hugo Francisco, Armenta Monroy Brenda, Aragón-Viloria Laura Catalina, Animas Hernández Pamela Beatriz, Iracheta Silva Xaida Ilse
Prenatal Mty Centro de Diagnóstico Prenatal Privado.

ANTECEDENTES: Las alteraciones del cordón umbilical están asociadas con diversas complicaciones de la gestación a corto y a largo plazo, algunas con pocas probabilidades de sobrevida y relacionadas con lesiones fetales múltiples. El complejo Limb-Body Wall (LBWC), compuesto por defectos de la pared corporal lateral y anomalías por acortamiento de miembros, es una de tales complicaciones, cuyas aún discutidas etiologías, pobre pronóstico y posibilidad de recurrencia hacen que cobre importancia en el diagnóstico ecográfico, la atención neonatal y el abordaje de la autopsia.
OBJETIVO: El objetivo de este estudio fue establecer un diagnóstico prenatal de forma oportuna para el adecuado asesoramiento de los padres en etapas tempranas del embarazo
MATERIALES Y MÉTODOS: Se trata de paciente de 35 años, Gesta 5, Abortos 3, Ectópico 1, que acude para segunda opinión por supuesto síndrome de regresión caudal. En la ecografía transabdominal y transvaginal se detecta feto único vivo el cual se observa hiperlordosis y escoliosis acentuada derecha en la cual la pelvis entra en contacto con el cráneo fetal. Se logra apreciar brevedad de cordón umbilical, identificado con Doppler color, así como asas intestinales libres, hígado y ectopia acordis. Se logra identificar claramente ambos coxales y miembros pélvicos íntegros, así como sistema urogenital completo. Destaca la ausencia de membrana que recubra el defecto toracoabdominal, miembros superiores e inferiores así como estructuras craneofaciales aparentemente integras. Se le propone biopsia de vellosidades coriales a la semana 12 la cual se realiza sin inconveniente reportándose en cariograma bandas G, fórmula cromosómica euploide 46XY. Dos semanas posterior refiere salida de líquido transvaginal que se corrobora con especuloscopía y se interna por aborto inevitable con inducción con prostaglandinas, obteniéndose los hallazgos en imágenes anexas.
RESULTADOS: Las teorías principales sugieren un origen extrínseco de ruptura amniótica temprana, o un origen vascular debido a accidente vascular temprano durante el desarrollo embrionario. Se reporta un caso. LBWC en el cual se realizó un diagnóstico prenatal temprano gracias a la ecografía y posteriormente confirmado por biopsia de vellosidades coriales. Es importante diagnosticar y conocer su pronóstico fetal, con muerte en el periodo prenatal o durante el periodo neonatal temprano, para poder dar una correcta asesoría a las padres.
CONCLUSIÓN: El complejo pared abdominal-miembros (LBWC) se caracteriza por anomalías congénitas múltiples en el feto: exencefalia /encefalocele, toraco- y/o abdominosquisis (anomalías de la pared abdominal) y anomalías de los miembros, con o sin hendiduras faciales. Se han descrito aproximadamente 250 casos en la literatura hasta el momento. El LBWC se asocia generalmente a: cordón umbilical corto, inserción placentaria abdominal, persistencia del celoma extraembrionario, malformaciones anorrectales, anomalías urogenitales, mielomeningocele lumbosacro y cifoescoliosis. El cariotipo es normal y no se ha encontrado correlación con género, edad parental y agentes teratogénicos.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 75

Tumor fibroepitelial gigante de vulva

Sergio Antonio Covarrubias Cornelio, Pedro Adan Ovalle Correa, Adriana Patricia Cruz Cervantes, Marco Antonio Martinez Argüelles, Elizabeth Jimenez Legaspi
Hospital de la Mujer Zacatecana.

ANTECEDENTES: Los pólipos fibroepiteliales son la tumoración benigna mas frecuente, son lesiones asintomáticas, suaves, con pigmentación similar a la piel y en ocasiones hiperpigmentadas; pueden presentar erosión o ulceración y necrosis, generalmente secundaria a fricción; con riesgo de malignidad en el 0.37% de los casos.
OBJETIVO: Presentación de caso clínico.
MATERIALES Y MÉTODOS: Femenino de 45 años, ingresa con tumoración vulvar de aproximadamente 17 cm con 7 años de evolución y crecimiento progresivo durante el ultimo año; manifestando aumento de dolor y ulceración de 3 meses de evolución. Exploración ginecologica: se observa

tumoración dependiente de labio mayor izquierdo de aproximadamente de 17x5 cm, pedículo 5 cm y base de 2 cm de diámetro; de consistencia blanda y pigmentación similar a la piel, papilomatosa, móvil, con área de ulceración y necrosis. Se realiza exceresis de pólipo sin complicaciones.

RESULTADOS: Tumoración pediculada de piel, de 14x10x5 cm con superficie epidérmica color café claro, con ulcera de 9x6.5 cm, con pedículo de implantación de 2 cm de diámetro, al corte longitudinal de color blando aperlado, aspecto mixoide y consistencia ahulada.

CONCLUSIÓN: En este caso la paciente se presenta con una lesión de gran tamaño, característica poco común de los tumores fibroepiteliales. La paciente no presenta ningún factor de riesgo relacionado para dicha patología; presentándose de una forma atípica, se realiza estudio histopatológico, el cual descarta malignidad.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 76

Holoprosencefalia: reporte de un caso

Sergio Antonio Covarrubias Cornelio, Mariana González Perez, María Domínguez Figueroa, Rubí Jahira Tello Enriquez
Hospital de la Mujer Zacatecana.

ANTECEDENTES: La holoprosencefalia es causada por la falta de división del prosencéfalo en dos hemisferios cerebrales, durante la cuarta a la octava semana de gestación. Es la malformación cerebral mas común, con una incidencia de 1:16000 nacidos vivos. Se clasifica en tres tipos de acuerdo al grado cerebral: alobar, semilobar y lobar. Las manifestaciones clínicas varían dependiendo de la severidad. La etiología es multifactorial: anormalidades cromosómicas en 60% (principalmente trisomía 13, mutación del gen shh en holoprosencefalia familiar, diabetes mellitus, ácido 3-5 retinoico, estatinas, torch, exposición a difenilhidantoína, aspirina, misoprostol, metotrexate y alcohol durante el embarazo.

OBJETIVO: Reporte de un caso clínico.

MATERIALES Y MÉTODOS: Paciente de 18 años, g2p1, sin control prenatal. Hermana con óbito con múltiples malformaciones no especificadas. Sin comorbilidades, antecedente de colecistectomía durante el primer trimestre. Acudió con usg estructural de 19.1 semanas con presencia de holoprosencefalia. Se realizo segundo usg: 154lpm, peso fetal 306 grs, holoprosencefalia tipo semilobar, dilatación del sistema ventricular con ausencia de tejido cortical, núcleos basales visibles, encefalocele frontal, ventrículo cardíaco hipoplásico, polidactilia. Se interrumpió embarazo con misoprostol, se obtuvo masculino de 300 gramos con etmocefalia, hipotelorismo, arrinia, probóscide, pabellones auriculares de implantación baja, polidactilia con seis falanges en las cuatro extremidades.

RESULTADOS: La etiología de la hpe incluye factores genéticos y medioambientales. En el caso descrito se identificaron tres factores de riesgo en la madre, la no ingesta de ácido fólico relacionada en la literatura con defectos del tubo neural, colecistectomía durante periodo de embriogenesis con administración de medicamentos anestésicos, antiinflamatorios, analgésicos, antibióticos, entre otros de uso común en patologías quirúrgicas abdominales que se han descrito como etiología probable de hpe no sindromática. Otro factor asociado es el antecedente heredofamiliar de hermana con óbito y múltiples malformaciones similares a las descritas en nuestro caso.

CONCLUSIÓN: Aunque no se realizo cariotipo ni autopsia al feto, integramos el diagnóstico de hpe en su variante semilobar por medio de gabinete radiológico y clínico. La relevancia del caso reportado consiste en la presentación de etmocefalia por ser una de las características faciales severas con menor incidencia. Se sugiere crear protocolo adecuada para el manejo de estas pacientes expuestas a factores de riesgo medioambientales y con alta sospecha de carga genética para hpe sindromática, siendo esta una oportunidad de investigación para futuros trabajos.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 77

Correlación de la biopsia de tru cut con el resultado histopatológico postquirúrgico en lesiones sospechas de malignidad en mama

Javier Gomezpedroso Rea, Paola Iturralde Rosas-Priego, Miguel Ángel Mancera Reséndiz, Daniela Stuht López, Manuel Ubiergo García
Grupo de Alta Especialidad Ginecológica y Mamaria.

ANTECEDENTES: El cáncer de mama en México ocupa el primer lugar en incidencia de las neoplasias malignas en mujeres. El grupo de edad más afectado se encuentra entre los 40 y los 59 años de edad. De acuerdo a cifras del INEGI en México, se registran 28.7 nuevos casos por cada 100,000 mujeres de 20 años y más. En etapas iniciales se presenta de manera subclínica en la mayoría de los casos, y generalmente es detectable por estudios de imagen (mastografía, ultrasonido y resonancia magnética) y en menor proporción por clínica (tumores palpables). El cáncer de mama es una de las enfermedades que no hacen distinción entre la población de países desarrollados

y en desarrollo y es el que tiene mayor presencia en las mujeres a nivel mundial. Las biopsias de trucut guiadas por imagen se han convertido en un procedimiento estándar en la evaluación inicial de lesiones sospechosas de malignidad de cáncer de mama. Este procedimiento permite en la mayoría de los casos, un diagnóstico definitivo de lesiones tumorales, alteraciones inflamatorias, evitando procedimientos invasivos.
OBJETIVO: Evaluar la efectividad de la biopsia por trucut en el diagnóstico de pacientes con cáncer de mama.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio longitudinal retrospectivo en el Grupo de Alta Especialidad Ginecológica y Mamaria del Hospital Ángeles Pedregal. Se analizaron 31 pacientes a las cuales se le realizó una biopsia de trucut de mama guiada por ultrasonido en pacientes que presentan una lesión sospechosa de malignidad y posteriormente se sometieron a diferentes tipos de cirugía para manejo de los distintos tipos de lesiones, ambos procedimientos con estudio histopatológico.
RESULTADOS: De las 31 pacientes estudiadas se les realizó una biopsia de trucut guiada por ultrasonido de una lesión sospechosa de malignidad. La clasificación BIRADS de las distintas lesiones a las que se les realizó biopsia se distribuyeron de la siguiente manera: BIRADS 4 3.2% (1), BIRADS 4A 12.9% (4), BIRADS 4B 16.1% (5), BIRADS 4C 22.5% (7) y BIRADS 5 45.1% (14). Se obtuvo un reporte de lesiones negativas a malignidad en el 19.3% (6) de los casos y lesiones malignas en el 80.7% (25). Se encontraron 25 casos con lesiones malignas en los resultados de las biopsias de trucut, los cuales se corroboraron los 25 casos por estudio histopatológico definitivo en la excéresis completa de la lesión. hubo 6 casos en los que la muestra de la biopsia de trucut resultó negativa a malignidad, sin embargo en la biopsia exsicional se encontró la presencia de carcinoma in situ en 2 casos. Dando como resultado una sensibilidad del 92%, con una especificidad del 100%, valor predictivo positivo del 100% y un valor predictivo negativo del 77%.
CONCLUSIÓN: Desde hace algunos años las biopsias de trucut se han convertido en el estándar de oro para el diagnostico de las lesiones sospechosas de malignidad. En nuestro centro se le realiza biopsia de trucut a todas las pacientes candidatas para poder tener un diagnostico y orientar el manejo de cada una de las lesiones encontradas. De acuerdo a los resultados encontrados en este trabajo podemos concluir que los resultados encontrados en nuestro centro coinciden con los reportados en la literatura nacional e internacional.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 78

Secuencia de perfusión arterial reversa (trap) en embarazo gemelar: reporte de caso

Jaime León Cabrera, Alejandra Paredes Solís, Frank Gutiérrez Bastarrachea
Hopital General Agustín O´Horan.

ANTECEDENTES: La secuencia de perfusión arterial reversa (TRAP) es una rara complicación exclusiva de las gestaciones múltiples monocoriales(1). Afecta al 1% de las gestaciones monocoriales con una prevalencia de 1/35,000 gestaciones(2). Se caracteriza por la presencia de un feto malformado que tiene un corazón rudimentario no funcionante o ausente y no tiene perfusión directa placentaria, sino que llega a través de una comunicación arterio-arterial (A-A) desde el co-gemelo estructuralmente normal, también llamado feto bomba, y luego doblemente desoxigenada tras perfundir al acardio, retorna al feto bomba por una conexión veno-venosa (V-V).
OBJETIVO: Dar a conocer el caso de una secuencia arterial reversa, el proceso del diagnóstico, la terapéutica aplicada, así como los resultados perinatales asociados.
MATERIALES Y MÉTODOS: Paciente de 15 años, originaria de Mérida, Yucatán, sin antecedentes personales y familiares de importancia; enviada a nuestro servicio por embarazo de 26 semanas gemelar monocoriónico monoamniótico con probable síndrome de trasfusión feto-feto. Informacion Capatada de Expediente Clinico.
RESULTADOS: Feto femenino sano con apgar 7/8, peso 1750 gr, cordón umbilical con una arteria y una vena. Presentó dificultad respiratoria por lo que se ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales. El feto acárdico con presencia de extremidades inferiores exclusivamente, cordón umbilical colapsado, peso 50 gr. No fue posible su estudio anatomopatológico ya que la paciente no acepta y solicita que se le otorgue. La placenta fue reportada macroscópicamente como única. El post operatorio discurrió sin problemas y a las 48 hrs la paciente se egreso del servicio sin complicaciones.
CONCLUSIÓN: En nuestro caso la paciente presentó embarazo gemelar monocoriónico monoamniótico con evidencia de un producto dismórfico desde el primer ultrasonido realizado, en el cual se observaba polo cefálico, tórax y extremidades inferiores con presencia de latido cardiaco fetal y diferencia de dos semanas de gestación por longitud femoral con respecto al gemelo sano, situación que llevó al diagnostico de probable síndrome de trasfusión feto- feto, sin embargo

con los estudios ecográficos realizados posteriormente se evidencio la ausencia de cerebro, tórax y corazón, falta de desarrollo del segmento superior de uno de los productos asociado a formación de segmento inferior del cuerpo y presencia de flujo vascular en el cordón umbilical del mismo, de ésta manera pudiéndose realizar el diagnóstico de secuencia TRAP.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 79

División embrionaria posterior a hatching asistido con láser

José Carlos Salazar Trujillo, Carlos Gerardo Salazar López Ortiz, Gonzalo de Jesús Siu Moguel, Oscar Enrique Flores Soto
HISPAREP.

ANTECEDENTES: Desde la introducción de la eclosión asistida o asisted hatching en 1989 por Cohen y asociados se ha utilizado como complemento de técnicas de alta complejidad ya sea FIV y posteriormente ICSI para aumentar las tasas de implantación. Actualmente se ha incluido en protocolos de reproducción asistida para pacientes con FSH basal aumentada, edad avanzada, falla de implantación y zona pelucida engrosada. Actualmente la técnica de Hatching asistida se reserva en casos donde es necesario aumentar la tasa de embarazo la cual consiste en perforar la zona pelúcida del ovocito favoreciendo la implantación embrionaria ó cómo parte del proceso para estudio genético embrionario ya sea para diagnóstico como para tamizaje preimplantación. Esta técnica normalmente se realiza en etapa de clivaje o día 3 y se puede realizar de distintas maneras, ya sea de manera mecánica (disección parcial con micro aguja, piezo micromanipulador), química (solución acidificada de Tyrode) y por fotoablación con láser. Prefiriendo esta última ya que se relaciona con menor presencia de complicaciones, permitiendo una mejor manipulación embrionaria. Este procedimiento se ha asociado con un aumento en incidencia de embarazos gemelares monocigóticos siendo de 0.8, es importante recordar que la frecuencia de estos embarazos de manera espontánea es baja 1:400, incrementándose por este tipo de técnicas. La presencia de una división embrionaria entre día 4-8 post fecundación dando como resultado un embarazo monocorial biamniótico.

OBJETIVO: Identificar la incidencia de embarazos gemelares monocigóticos relacionados a hatching asistido, así como complicaciones durante el embarazo secundario a esta.

MATERIALES Y MÉTODOS: El presente estudio se lleva a acabo en la clínica de reproducción asistida del Hospital Español HISPAREP , se trata de un estudio retrospectivo observacional, se identificó a las pacientes sometidas a ciclos de FIV/ICSI con presencia de hatching asistido de Enero de 2016 a Julio 2019. La indicación del hatching asistido fue secundaria a pruebas genéticas así como edad avanzada, zona pelúcida engrosada, niveles de FSH basales elevados o falla de implantación. Se tomaron en cuenta ciclos en fresco así como vitrificados, se calculó la incidencia de división embrionaria secundario a hatching asistido. La técnica de hatching asistido en todos los casos fue con láser, mientras que la estimulación y preparación endometrial de estas pacientes fue la misma.
Se verifico embarazo en estas pacientes con ultrasonido transvaginal observando presencia de embrión a las 7 semanas con latido cardiaco presente, con posterior seguimiento de embarazo.

RESULTADOS: Se obtuvieron un total de 419 pacientes sometidas a FIV/ICSI, los embriones de 358 pacientes fueron sometidos a vitrificación mientras que los embriones de las 61 pacientes restantes fueron transferidos en fresco. Del total de pacientes sometidas a procedimiento en fresco 20 de estos embriones fueron sometidos a hatching asistido con láser mientras que en el grupo de pacientes con embriones vitrificados se realizó hatching asistido en 150 embriones, no diferenciando entre causas morfológicas o clínicas ni embriones sometidos a pruebas genéticas. Las pacientes sometidas a transferencia de embrionaria con hatching asistido se transfirieron con embrión único, del total de estas pacientes se presentó únicamente en 6 de estas una división embrionaria temprana, de las cuales 4 se realizó el hatching asistido en día 3 y 2 de ellas en día 5, reportando con una incidencia del 0.01. Se transfirieron un total de 12 embriones lográndose embarazo en 8 de ellos en todos los casos se realizó preparación endometrial con mismo esquema así como con mismo soporte de fase lútea, presentando una paciente síndrome de transfusión feto feto diagnosticada en segundo trimestre resuelta con fetoscopía láser el resto de los embarazos cursaron sin complicaciones, obteniendo 8 recién nacidos vivos.

CONCLUSIÓN: El hatching asistido es una técnica segura, el estudio únicamente se enfocó en la presencia de embarazos gemelares en pacientes con transferencia de embrión único , obteniendo una incidencia similar a la reportada en la literatura. Esta técnica no se debe de utilizar en todas las pacientes ya que en varias revisiones aun hay discrepancia en aumento o descenso de tasas de implantación, la limitación de este estudio

es que al ser un estudio retrospectivo únicamente podemos valorar hallazgos sin poder controlar las variables, por lo que se requiere realizar un estudio prospectivo el cual podamos controlar y unificar criterios para la población en estudio valorando si este tipo de técnica afecta la implantación así como su asociación real como factor de riesgo para la presencia de embarazos monocigóticos, por lo que es importante no abusar de esta técnica y limitar su uso hasta no conocer realmente las implicaciones que esta tiene sobre los embriones. De igual manera no podemos valorar la falla de esta técnica ya que hay múltiples variables asociadas como lo son anomalías intrínsecas del embrión, zona preludia y alteraciones en el endometrio.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 80

Síndrome de mano y pie hendidos (Karsch Neugebauer): diagnóstico prenatal y descripción de caso

Pineda Alemán Hugo Francisco, Aragón Viloria Laura Catalina, Borunda Romero Adriana, Paredes Contreras Mariana Selene
Instituto Mexicano Del Seguro Social, Monterrey, Nuevo León, México. UMAE 23, Hospital de Ginecología y Obstetricia "Dr. Ignacio Morones Prieto". Unidad De Medicina Materno Fetal del Noreste.

ANTECEDENTES: El término ectrodactilia (ausencia de dedos) proviene del griego ektroó (abortar) y dáktylos (dedo), también conocida como Síndrome de Karsch-Neugebauer y recientemente adoptando el término de malformación de mano y pie hendidos. Esta enfermedad ocasiona deformidades en las extremidades que pueden o no asociarse a diversos síndromes genéticos, cuyo diagnóstico prenatal es posible de realizarse desde el primer o segundo trimestre del embarazo.
OBJETIVO: El objetivo de este estudio fue establecer de forma oportuna el diagnóstico prenatal para una adecuada planeación del nacimiento y asesoría a los padres desde etapas tempranas del embarazo.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se trata de paciente de 27 años, gesta 4, cesáreas 2, aborto 1, referida a nuestra unidad por malformación en extremidades superiores fetales. Se realiza primera valoración ecográfica a las 27.2 semanas de gestación encontrando datos de ectrodactilia en las 4 extremidades; observando como se muestra en las imágenes, mano izquierda con probable "pinza de langosta o cangrejo" y mano derecha con presencia de 3 rayos digitales. Durante las evaluaciones subsecuentes, se identificó la presencia de una tumoración a nivel abdominal con ecogenicidad heterogénea de 50 x 47 mm dependiente aparentemente de ovario. Se finalizó el embarazo por vía abdominal por antecedentes obstétricos, obteniendo recién nacido de sexo femenino, con peso de 3490 gramos, talla 50 cm, APGAR 8/9, requiriendo maniobras de reanimación básica. En vida posnatal fue valorada por el servicio de genética, quien concluye diagnóstico de extremidades superiores e inferiores con ectrodactilia y se sugiere tamiz auditivo por su alta incidencia en esta patología, con seguimiento en consulta externa. En relación a la tumoración diagnosticada de forma prenatal, se realizó ultrasonido reportando una masa compleja de predominio quístico de 56 x 46 x 38 mm, sugestiva de teratoma, asociado a niveles elevados de a-fetoproteína 12,369 mU/l. Actualmente se encuentra en seguimiento para valorar manejo quirúrgico y de rehabilitación.
RESULTADOS: El síndrome de mano y pie hendidos (SHFM) ocurre en 1 en 8,500–25,000 recién nacidos y representa hasta el 17 % de todos los defectos en las extremidades. Se trata de una entidad con una expresividad clínica muy variable ya que todas las posibles reglas y excepciones en la herencia se observan en las familias afectadas, desde una herencia autosómica dominante, autosómica recesiva, ligada al cromosoma x, entre otras.Las anormalidades pueden variar desde un dedo con forma anormal, manos o pies divididos en mitades o formas más severas de monodactilia, con un rayo digital único; no obstante la clásica deformidad es la "pinza de langosta". Se han descrito dos formas de expresión para SHFM, una forma no sindrómica aislada que se limita solo a las extremidades y la expresión sindrómica que implica otras anomalías.
CONCLUSIÓN: Cualquier anomalía congénita conlleva una efecto psicológico tanto para quién lo padece como para los padres, un diagnóstico de forma prenatal ofrece mejores resultados a corto y largo plazo.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 81

Molde vaginal post himenotomía

Juan Carlos Olivas Chávez, Carlos Andrés Rodríguez Cabral, Adriana Patricia Cruz Cervantes, Pedro Adan Ovalle Correa, Marco Antonio Martínez Argüelles
Hospital de la Mujer Zacatecana.

ANTECEDENTES: El himen imperforado es el resultado de una falla en la canalización del himen durante el periodo neonatal, es la anomalía obstructiva del tracto genital femenino más frecuente, con una incidencia del 0.0014 al 0.1% de los recién nacidos. La pre-

sentación clínica es más frencuente en adolescentes, con amenorrea primaria, dolor en hipogastrio, lumbalgia y retención urinaria por efecto mecánico del hematocolpos. El tratamiento es la himenotomía con incisión cruzada o en anillo, con colocación postquirúrgica de sonda foley o molde vaginal para ferulizar el anillo himeneal.

OBJETIVO: Presentar un modelo accesible para el manejo postquirúrgico del himen imperforado.

MATERIALES Y MÉTODOS: Paciente de 11 años de edad, núbil, se presenta con amenorrea primaria y retención aguda de orina. Tanner III, Abdomen con masa a nivel de cicatriz umbilical. A la inspección con himen imperforado a tensión. US con imagen sugestiva de hematocolpos, 72 x 109 x 84 mm, útero por encima de cicatriz umbilical, volumen estimado de 350 cc3.

RESULTADOS: Se egresa con molde de vaginal continuo por 5 días, 3 semanas con colocación de molde vaginal nocturno y citas semanales para corroborar permeabilidad. Al día 20 post quirúrgico se verifica integridad de las paredes vaginales, ausencia de sinequias e himen permeable 1 cm.

CONCLUSIÓN: El himen imperforado se presenta por lo general como un hallazgo aislado sin asociarse a otras condiciones genéticas. El diagnóstico diferencial principal se realiza con el tabique vaginal transverso. Dentro de las complicaciones post quirúrgicas principales se encuentra la cicatriz y estenosis del anillo himeneal. El uso de moldes vaginales evita lasc omplicaciones post quirúrgicas.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 82

Leiomioma intravesical

Carlos Andrés Rodríguez Cabral, Jaime Iván Bocanegra Bañuelos, Miguel Saráchaga Castillo, Mariana Estefanía Jimenez Castañeda
Hospital de la Mujer Zacatecana

ANTECEDENTES: Los tumores vesicales son una de las neoplasias mas comunes del mundo, de estos el leiomioma vesical representa el 0.43% a 1 % de todos los tumores vesicales, son de origen mesenquimal en comparación de la mayoría de tumores vesicales que son de origen epitelial, se presenta usualmente con síntomas obstructivos y urinarios irritativos, estos síntomas dependen del tamaño y sitio de localización. Algunos casos se pueden presentar con disfunción miccional, hematuria severa e incluso retención aguda de orina, el diagnostico en pacientes asintomáticos suele ser incidental mediante ecografía pélvica.

OBJETIVO: Presentación de un caso clínico de una paciente con leiomioma vesical.

MATERIALES Y MÉTODOS: Paciente de 49 años, cuenta con USG que reporta crecimiento uterino por miomatosis y tumoración vesical. G3 P3,se realiza cistoscopia en consultorio y se observa tumoración de 2x3cm con pedículo, probablemente dependiente de esfínter uretral interno, se toma biopsia. Se realiza cirugía con cistoscopia transquirurgica para cateterizacion ureteral con catéteres Open-End, resección de mioma intraligamentario de 5x8 cm, posterior a esto, resección de tumor vesical de 3.4 x 2.5 cm.

RESULTADOS: Reporte de patología del tumor vesical: Leiomioma Vesical. Paciente egresada con resolucion completa.

CONCLUSIÓN: Los leiomiomas vesicales tienen una presentación sumamente rara, con una incidencia dentro de los tumores vesicales baja, en comparación con los tumores de origen epitelial. El método de elección es la ecografía, de tal manera que al encontrar una imagen sugestiva de tumoración vesical, no hay que olvidar esta posibilidad diagnostica, la cual es de características benignas en su mayoría. La cirugía es el tratamiento de elección, la técnica y abordaje depende del tamaño y localización del tumor.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 83

Ureterocele ectópico

Carlos Andrés Rodríguez Cabral, Miguel Saráchaga Castillo, Jaime Iván Bocanegra Bañuelos, Ileana Monserrat Ancira Felix
Hospital de la Mujer Zacatecana.

ANTECEDENTES: El ureterocele se define como una dilatación quística de la parte terminal del uréter dentro de la vejiga y / o la uretra, una entidad bien conocida sobre todo en la población pediátrica pero permaneciendo como un reto en la población adulta. Prevalencia en mujeres adultas se ha reportado hasta en 1/12,000. Se puede presentar con una amplia variedad de síntomas, lo mas común infecciones de vías urinarias de repetición, retención urinaria o prolapso del mismo. La academia Americana de urología la ha clasificado en función de su ubicación como intravesicales o ectópicos.

OBJETIVO: Presentar el caso de un Ureterocele ectopico y el manejo quirúrgico.

MATERIALES Y MÉTODOS: Paciente de 48 años, antecedente de múltiples manejos por IVU´s de repetición y días previos a la primera atención cuadro de retención de orina espontánea, manejada con antibiótico y sonda urinaria. Durante primera revisión se realiza ultrasonido pélvico en consultorio encontrando imagen compatible con ureterocele (figura 1); 4 días después de la valoración inicial

acude de urgencia por presentar prolapso de ureterocele a través de meato uretral con reducción espontánea (figura 2,3); se realiza cistoscopia en consultorio y se corrobora la presencia del ureterocele, se solicita URO TAC (figura 4) para descartar alguna otra malformación y se encuentra solo con dilatación ureteral importante. Se realiza ureterocelectomia con abordaje vesical transperitoneal, se realiza destechamiento del mismo con colocación de catéter doble J.
RESULTADOS: 6 semanas después se retira catéter y se corrobora la funcionalidad del uretero, con recuperacion de funcionalidad completa.
CONCLUSIÓN: El ureterocele es una patología poco común en la población adulta, en los casos reportados en la literatura los síntomas con que se presentan son muy inespecíficos, siendo de gran apoyo los métodos de imagen, el tratamiento de elección es quirúrgico con una alta tasa de éxito.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 84

Empaquetamiento pélvico con balón de Bakri en paciente con hemorragia obstétrica masiva

Rosbel Vazquez Castro, Carlos Andrés Rodríguez Cabral, José Juan Nuñez Rodríguez, Jaime Ivan Bocanegra Bañuelos, Miguel Saráchaga Castillo
Hospital de la Mujer Zacatecana.

ANTECEDENTES: La hemorragia obstétrica es la primera causa de mortalidad a nivel mundial, incidencia de 6.09% según OMS, en México la razón de mortalidad es de 31.7 defunciones por 100,000 nacimientos. Histerectomía obstétrica 1 de cada 1000 nacimientos, atonía uterina y anomalías en inserción placentaria son las causas mas comunes. Principal complicación de hemorragia obstétrica masiva es la coagulopatía de consumo, que conlleva a uso de técnicas de control de hemorragia en sitio quirúrgico, una de ellas el empaquetamiento pélvico de Logothetopoulos para control de daños, la desventaja es la reintervención para su retiro y mayor morbimortalidad.
OBJETIVO: Presentar una alternativa terapéutica para hemorragia obstétrica masiva y cirugía de control de daños, empaquetamiento con balón de Bakri.
MATERIALES Y MÉTODOS: Paciente de 28 años, G2 P1, embarazo de 31.4 SDG y RPM, pasa a quirófano por DPPNI, con sangrado total de 400cc, presenta atonía uterina, se coloca balón de Bakri, sangrado de 1600cc, 3 horas después inicia con dolor abdominal, hipotensión, taquicardia, se realiza ultrasonido abdominal encontrando liquido libre en cavidad abdominal, pasa a laparotomía exploradora, se encuentra hemoperitoneo 1000cc, útero infiltrado a nivel de segmento uterino, desgarro de puntos de primer y segundo plano de histerorrafia, se realiza histerectomía obstétrica, sangrado de 1500cc, al termino se evidencia sangrado proveniente de cúpula vaginal y de pared abdominal, se reinterviene, se encuentra 500cc de hemoperitoneo, sangrado en cúpula vaginal, se aplica sellador de fibrina, sin remisión, se decide empaquetamiento con 5 compresas, con sangrado de 700cc (4200cc hasta este punto). Presenta gasto por penrose de 900cc, se pasa a LAPE, hemoperitoneo de 600cc, se retiran compresas de cavidad, sangrado activo en hueco pélvico, se realiza ligadura de arterias hipogastricas con técnica de Gala, se realiza empaquetamiento con Balón de Bakri (fig 1) a nivel de hueco pélvico sobre cúpula vaginal hacia cavidad vaginal(fig 2,3) donde se mantiene tensión con 3 kg de peso (fig 4), sangrado total de 5900cc, pasa a terapia intensiva a las 15:40 hrs, hemotransfusión masiva, 14 paquetes globulares, 10 plasmas, 11 crioprecipitados, 14 concentrados plaquetarios.
RESULTADOS: Paciente se egresa en optimas condiciones, con disminucion de tiempo de estancia hospitalaria, sin necesidad de reintervencion para retiro de empaquetamiento.
CONCLUSIÓN: El empaquetamiento pélvico posthisterectomia con Balón de Bakri resulta ser una buena alternativa de cirugía de control de daños, ya que ofrece ventaja sobre empaquetamiento convencional, disminuyendo morbilidad, por no requerir de reintervención quirúrgica para su retiro, ya que este es realizado por vía vaginal, disminuyendo estancia hospitalaria y optimización de recursos empleados en hemorragia obstétrica, y por lo tanto disminución de costos.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 85

Síndrome de Hamman

Juan Carlos Olivas Chávez, Ileana Monserrat Ancira Félix, Minerva Helena Villalpando Treto
Hospital de la Mujer Zacatecana.

ANTECEDENTES: Hamman describió por primera vez la diada de neumomediastino y enfisema subcutáneo en una paciente en trabajo de parto en 1939. El aumento de la presión intratorácica (como maniobra de Valsalva) provoca ruptura alveolar que conduce a seguimiento de aire libre a través del mediastino y luego en los tejidos subcitaneos. Se clasifica en espontaneo y secundario, se consideran causas predisponentes: asma, enfermedades intersticiales, consumo de tabaco o inhalación de

drogas. Se ha encontrado relación con trabajo de parto prolongado. La incidencia se calcula entre 1 en 2,000 y 1 en 100,00 partos, y ocurre habitualmente en jóvenes primíparas con fetos macrosómicos. En México s cuenta con un registro previo en Hospital Civil Juan I. Menchaca de Guadalajara en 2015.

OBJETIVO: Dar a conocer las características generales de esta complicación, que a pesar de ser poco frecuente, debido al mecanismo fisiológico del trabajo de parto, las pacientes pueden llegar a presentarla. Utilizar este caso como referencia y contribuir al conocimiento de patologías que no se observan a menudo en la práctica clínica diaria. Fomentar la curiosidad por la investigación de nuevos temas de estudio y buscar así una retroalimentación en el diagnóstico y tratamiento de éstas.

MATERIALES Y MÉTODOS: Paciente femenino de 16 años de edad, primigesta, sin antecedentes personales patológicos, que ingresa con diagnóstico de embarazo intrauterino de 39.2 semanas, y trabajo de parto en fase activa, posterior a aproximadamente 2 horas en labor de parto, se atiende parto sin complicaciones reportadas en el periodo expulsivo. Durante puerperio inmediato refiere subitamente dolor torácico y disnea, a la exploración física se encuentra paciente con edema en cara y pecho, enfisema subcutaneo y presencia de petequias en cara y tórax, con hipoventilación en hemitórax izquierdo, predominante en región apical, resto sin alteraciones. Se inicia manejo con oxígeno a 8 litros por minuto y medidas generales asi como protocolo de estudio en conjunto con servicio de cirugía general. Radiografía de tórax con presencia de zona libre de trama, que supone bula en zona basal de hemitorax izquierdo y neumotórax menor al 30%. Por lo que se decide tratamiento conservador mediante oxígeno a concentraciones altas, monitorización continua y medidas generales; manteniendo en vigilancia con controles radiográficos cada 48 horas, manteniéndose estable, sin necesidad de modificar manejo. Posterior al sexto día de estancia se egresa a la paciente con notable mejoría clínica.

RESULTADOS: El tratamiento es conservador y requiere medidas de sostén, como analgesia, oxígeno suplementario y observación intrahospitalaria. Se egresa a la paciente con notable mejoría clínia.

CONCLUSIÓN: El Sindrome de Hamman es una patología de baja incidencia y una condición generalmente benigna, que raramente puede amenazar la vida. El trataminto es conservador y requiere medidas de sostén, como analgesia, oxígeno suplementario y observación intrahospitalaria. Usualmente se manifiesta en el puerperio inmediato, en nuestro caso, la paciente presenta dos de los tres factores de riesgo señalados, primigesta y con producto macrosómico, ya que se refiere diagnóstico tardío por la baja incidencia.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 86

Tratamiento de la anemia grave en una paciente con un gran leiomiosarcoma, sin hemoderivados

Fidel Omar García Estudillo, Cecilia Esperanza Camacho Ríos
Unidad Médica de Alta Especialidad 23 IMSS

ANTECEDENTES: El sarcoma de tejidos blandos es una neoplasia poco frecuente que suele diagnosticarse en una etapa avanzada ya que a menudo se confunde con otras patologías con síntomas inespecíficos. 1 de cada 350 pacientes con diagnóstico de miomatosis será diagnosticada con leiomiosarcoma. Aproximadamente el 80% son de tejido blando. Los sarcomas uterinos representan el 3-7% de todos los tumores malignos uterinos. Frecuentemente se presentan con los mismos síntomas que las miomatosis, sin poder distinguirlos clinicamente. La edad media de diagnostico es a los 56 años. Al momento del diagnóstico, un tercio de los sarcomas ya se han diseminado más allá del útero. La recurrencia se encuentra entre el 53 a 71% y la sobrevida a 5 años es del 15 al 20%. El tratamiento curativo primario para los sarcomas es la histerectomía total abdominal. El sarcoma uterino es una enfermedad curable en etapas tempranas y tratable en presencia de metástasis. Los formulas de hierro intravenoso que se usan actualmente se han asociado con inconvenientes como; la necesidad de repetir dosis a corto tiempo, sin embargo, el sacarato de oxido férrico, es viable en pacientes en las cuales no se puede hemotransfundir, logrando niveles terapéuticos que permiten un manejo quirúrgico adecuado.

OBJETIVO: Dar a conocer y describir un caso de una patología poco común y que representó un reto en su manejo debido a la negativa del uso de hemoderivados.

MATERIALES Y MÉTODOS: Presentacion de un caso. Revision bibliográfica.

RESULTADOS: Revision de caso clinico.

CONCLUSIÓN: La hemorragia uterina anormal es un cuadro clínico frecuente en ginecología, impactando en diferentes grados la calidad de vida de las pacientes; por sintomatología, alteración del patrón menstrual y ocasionando diversos grados de anemia que puede comprometer la vida y/o función de la persona. Ante la diversidad que presenta la población, el médico

debe poder adaptar las condiciones y deseos de la paciente, respetando su y decisión en el manejo, logrando en conjunto el tratamiento de la patología de base. Hay que tomar en cuenta la tendencia en aumento de estirpes histológicas diferentes al leiomioma, por lo que el diagnóstico y seguimiento con base a los estudios patológicos de nuestras pacientes es mandatorio para un adecuado manejo y control a largo plazo.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 87

Diferencias de peso al nacimiento en mujeres diabéticas con inducción del parto en embarazos de menos de 38.6 *vs* más de 39 semanas

Pineda-Alemán Hugo Francisco, Esparza-Pérez Ricardo, Cortinas-Abreu Dilia Isabel
Unidad Médica de Alta Especialidad 23 IMSS.

ANTECEDENTES: La diabetes gestacional afecta al 10% de las mujeres en nuestro país. Uno de los principales riesgos son el incremento de las complicaciones como aumento en la tasa de cesáreas, hemorragias; peso grande al nacer, asfixia perinatal, distocia de hombros, trauma obstétrico y muerte neonatal.
OBJETIVO: Evaluar si el peso grande al nacer es menos frecuente en recién nacidos de mujeres con diabetes gestacional y antecedente de inductoconducción resueltas a las 38 semanas que en las de 39 o más.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio transversal comparativo, entre mujeres con diabetes gestacional y antecedente de inductoconducción resueltas a las 38 SDG contra las que se realizó a las 39 SDG o más y se comparó la prevalencia de peso grande al nacer entre ambos grupos, para cuyo análisis estadístico se utilizó razón de momios o xi cuadrada para variables cualitativas y la prueba de Kolmogorov-Smirnof para variables cuantitativas.
RESULTADOS: Se obtuvo un total de 152 pacientes con diabetes gestacional de las cuales 77 cursaron con embarazo <38.6 semanas y 75 con >39 semanas al momento del desembarazo. Ambos grupos de pacientes eran similares en cuando a edad, número de gestas, el peso materno fue mayor en el grupo de < 39 semanas (p = 0.030). No hubo diferencia significativa en la presencia de recién nacidos con peso grande al nacer en ambos grupos. El peso grande al nacer se relacionó más con pacientes que contaban con el antecedente de RN >4kg en embarazo previo (p = 0.018). Se encontró una tasa mayor de cesáreas en el grupo de < 39 SDG que en el de ≥ 39 SDG (p = 0.032). La relación de peso grande al nacer y obesidad mostró significancia estadística, encontrándose en 20 pacientes con obesidad (32%) en comparación con 10 pacientes sin obesidad (19%) (p = <0.001)
CONCLUSIÓN: En este estudió se demostró que la inducción del trabajo de parto posterior a las 39 semanas de gestación en pacientes con diabetes gestacional no aumenta la tasa de peso grande al nacer. Los factores de riesgo más importantes asociados a la presencia de peso grande al nacer fueron el antecedente de recién nacido >4 kilos en embarazo previo, la obesidad materna y edad materna menor a 35 años.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 88

Leucemia promielocítica aguda y embarazo

Gudiño Ruiz Erik Noé, Salazar Hernández Nefi
Unidad Médica de Alta Especialidad 23 IMSS.

ANTECEDENTES: La leucemia aguda promielocítica corresponde al subtipo M3 de las leucemias mieloide aguda, según la FAB, caracterizada por la presencia de promielocitos anormales. La leucemia mieloide aguda (LPA) se refiere a un grupo de neoplasias hematopoyéticas que involucran células comprometidas con el linaje mieloide. La leucemia promielocítica aguda (LPA) es una variante biológica y clínicamente distinta de la AML. La LPA se clasificó como AML-M3 en el sistema de clasificación francés-estadounidense-británico (FAB) más antiguo y actualmente se clasifica como leucemia promielocítica aguda con t (15; 17). La LPA representa una emergencia médica con una alta tasa de mortalidad temprana, a menudo debido a la hemorragia de una coagulopatía característica. Es fundamental comenzar el tratamiento con un agente de diferenciación (p. Ej., Ácido retinoico todo trans) sin demora tan pronto como se sospeche el diagnóstico según los criterios citológicos, e incluso antes de que se haya realizado una confirmación citogenética o molecular definitiva del diagnóstico. Los pacientes con LPA presentan con frecuencia un síndrome hemorrágico distinto causado por hiperfibrinólisis, coagulación intravascular diseminada (CID) y trombocitopenia. Históricamente, LPA fue uno de los subtipos más letales de LMA, pero a través de los avances terapéuticos y con una comprensión profunda de la genética que conduce esta enfermedad, LPA ahora representa la forma más curable de LMA.1 Mejoras constantes que comienzan con la incorporación de antraciclinas en el La década de 1970, seguida de la introducción de ácido retinoico todo trans (ATRA) en la década de 1980, al uso de primera línea de ATRA en combinación con quimioterapia, ha llevado la tasa

de respuesta completa (RC) a más del 90% para la mayoría de los pacientes. con una cura duradera en .80% de los pacientes con LPA. Las complicaciones hemorrágicas tempranas fatales representan la mayor proporción de muertes tempranas en pacientes con LPA. Cuando ocurre un sangrado fatal, es más comúnmente el resultado de una hemorragia intracraneal. Los pacientes con mayor riesgo de hemorragia mortal son aquellos que presentan una enfermedad de alto riesgo, definida por un glóbulo blanco inicial.

OBJETIVO: Informar un caso clinico de Leucemia Promielocitica Aguda y Embarazo con la finalidad de proporcionar una visión general practica y concisa de la presentación, evaluación y tratamiento de la Miastenia Gravis.

MATERIALES Y MÉTODOS: Presentacion de caso clinico.

RESULTADOS: Se trata de primigesta de 27 años que es derivada de 2ndo nivel de atencion a la consulta de embarazo de alto riesgo de la UMAE 23 en el segundo trimestre de embarazo. Sin antecedentes hereditarios de importancia, antecedentes ginecoobstetricos: menarca a los 11 años, frecuencia menstrual de 28 x 7 dias, primigesta, fecha de ultima regla 26 de Marzo del 2019 con fecha probable de parto: 31 de diciembre del 2019, con 16.2 semanas de gestacion por fecha de ultima regla confiable. El diagnostico de Leucemia Promielocitica Aguda se le realizo en 2013 en el Hospital Universitario de la Universidad Autonoma de Nuevo Leon despues de un historial de menorragia, gingivorragia asi como epistaxis ocasional. El ultimo evento agudo que presento fue en 2013 cuando se le realizo el diagnostico y ha estado en contro y en tratamiento siendo dada de alta en febrero del 2018. Actualmente en manejo conjunto con hematologia de la UMAE 25. Los laboratorios con los que se presenta la paciente mostraban los siguientes parámetros Hemoglobina de 10.1 Leucocitos de 3.9, Hematocrito de 29.6 % , Plaquetas 105 K/uL, Tiempo de Protrombina: 12.8 segundos , Tiempo de Tromboplastina Parcial 25.4 segundos, exudado vaginal negativo para infección. Tuvo un embarazo espontaneo. Se realizo el primer ultrasonido obstétrico en la UMAE 23 el día 16 de julio del 2019 presentando los siguientes hallazgos: producto único vivo con latido cardiaco fetal presente con una cantidad de liquido amniótico normal, placenta corporal posterior grado 0 y un peso fetal estimado de 172 gramos con una fetometría de 16.5 semanas. Se le realizo biometría y frotis de sangre periférica el dia 11 de Junio encontrando los siguientes hallazgos: Leucocitos 5.7, eritrocitos 3.97, plaquetas 187,000, el frotis de sangre periférica de serie roja reporta: hipocromía, serie blanca: neutrófilos 65%, Linfocitos 25%, monocitos 9% Eosinofilos 1% y basófilos 0%. Hasta el momento en remisión y cursa manejo conjunto con Hematología y embarazo de alto riesgo. Actualmente cursa un embarazo de 22 semanas de gestación y cursa en remisión y manejo conjunto con Embarazo de Alto Riesgo y Hematología. Con fecha probable de parto el 31 de diciembre.

CONCLUSIÓN: Actualmente cursa un embarazo de 22 semanas de gestación y cursa en remisión y manejo conjunto con Embarazo de Alto Riesgo y Hematología. Con fecha probable de parto el 31 de diciembre.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 89

Síndrome de encefalopatía posterior reversible: reporte de un caso atípico

Mayra Alejandra Hernández Morales, Juan Alberto Reyes Perales, Jorge Francisco Montoya Sarmiento
Hospital General de Saltillo.

ANTECEDENTES: El síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES) es una entidad caracterizada por alteraciones clínicas y radiológicas debidas a un
desbalance en la regulación de los vasos sanguíneos cerebrales. En la paciente, el síndrome es más frecuente en la eclampsia y el síndrome de hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y trombocitopenia (HELLP). El síndrome de encobstétricaefalopatía posterior reversible es una entidad clínico-radiológica poco frecuente caracterizada por un espectro de síntomas como cefalea, convulsiones, alteraciones visuales, alteraciones en el estado mental, náuseas, emesis y signos de focalización, asociados a lesiones en sustancia blanca de predominio parietooccipital evidenciadas en estudios imagenológicos como TAC y RM. Distintas entidades como la encefalopatía hipertensiva, trastornos autoinmunes, falla renal, inmunosupresión y eclampsia se asocian con su presentación. Su prevalencia se desconoce, es más común en mujeres y puede presentarse en cualquier edad. La afectación preferencial de regiones cerebrales posteriores es debida a que la inervación del sistema nervioso simpático es mayor en los territorios sanguíneos anteriores y relativamente escasa en los posteriores, por lo tanto, los lóbulos occipitales serían particularmente vulnerables a la pérdida de la autorregulación, el compromiso de la región anterior estaría implicado en los casos más graves. PRES y Eclampsia

OBJETIVO: Presentar un caso atípico de síndrome de PRES en su localización radiológica, secundario a trastornos Hipertensivos

asociados al embarazo como la eclampsia.
MATERIALES Y MÉTODOS: Femenino de 28 años con diagnóstico puerperio quirúrgico inmediato por producto pélvico con ruptura prematura de membranas de 3 horas de evolución además de hipotiroidismo subclínico, durante sus primeras horas de recuperación postquirúrgicas paciente presenta cifras hipertensas (130/80 mmHg y 130/90 mmHg), se inicia protocolo de estudio para clasificar enfermedad hipertensiva asociada al embarazo.
Paciente presenta fosfenos y amaurosis fugax, posteriormente se presentan 2 eventos convulsivos, cifras tensionales en 140/90 mmHg. Se solicita TAC (figura 1.) encontrando lesiones hipodensas a nivel de hipotálamo por probable lesión vascular. Resonancia magnética (figura 2, 3 y 4) con lesiones hipodensas simétricas a nivel de tálamo, con evidencia de sitios de inflamación secundario a un vasoespasmo sugestivos a un síndrome de PRES de localización atípica. Se inicia con sulfato de magnesio y manejo con antihipertensivo, sin datos neurológicos ni datos de focalización, agregándose anticomicial con ácido valproico con adecuada respuesta.
RESULTADOS: La resonancia magnética es la técnica de elección para establecer el
diagnóstico, pues ofrece mayor sensibilidad y especificidad que la tomografía computada y el ultrasonido transcraneal La terapia antihipertensiva y anticonvulsiva debe iniciarse tempranamente En la crisis hipertensiva, el objetivo terapéutico es mantener la presión arterial en cifras menores de 160 110 mmHg El sulfato de magnesio es el medicamento de elección, debido a su acción vasodilatadora.
CONCLUSIÓN: La eclampsia es una de las condiciones más asociadas al PRES, en las pacientes primigestas, el curso clínico y los hallazgos imagenológicos son menos graves, el tratamiento debe enfocarse en la causa desencadenante, utilizando anticomiciales, calcio antagonistas y medidas anti edema cerebral, además de la terminación del embarazo. El pronóstico del PRES en la paciente obstétrica es bueno, no se ha reportado riesgo de recurrencias.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 90

Tuberculosis ganglionar y embarazo

Gudiño Ruiz Erik Noé, Salazar Hernández Nefi
Unidad Médica de Alta Especialidad 23, IMSS, Monterrey, Nuevo León.

ANTECEDENTES: La tuberculosis (TB) es una enfermedad que representa un importante problema de salud a nivel mundial, es producida por una bacteria de la familia Mycobacteriae, de la cual, la que mas frecuentemente afecta a los humanos en la M. Tuberculosis, bacilo aérobico ácido resistente. Esta patología es conocida como la gran "enmascaradora" ya que sus signos y síntomas pueden ser muy imprecisos y confundirse con muchas otras enfermedades. Alrededor del mundo, la TB mata a más mujeres cada año que cualquier otra patologías infecciosas que afecta durante la edad reproductiva; por lo que el embarazo representa una gra oportunidad para su diagnostico. La tuberculosis es una enfermedad infecciosa producida por uno de los 4 microorganismos que integran el complejo Mycobacterium tuberculosis y cu- yo reservorio es el hombre. Puede presentarse o diagnosticarse en el curso del embarazo. Se transmite por vía aérea; los mayores transmisores son los enfermos con radiografías que muestran cavitaciones pulmonares y pacientes con baciloscopia positiva en esputo. El primer autor que habló de esta asociación fue Hipócrates, quien describe la gestación como un factor beneficioso de esta enfermedad: el crecimiento del útero comprime el árbol bronquial, así como la liberación de hormonas en este período, según Hipócrates, mejora el curso de la tuberculosis. Hasta el siglo XIX se mantiene esta creencia, y es en este momento cuando los expertos de la época se- ñalan el efecto nocivo del embarazo para la tuberculosis. Hasta el siglo XIA se mantiene esta creencia, y es en este momento cuando los expertos de la epoca señalan el efeco nocivo de embarazo para la tuberculosis. Hoy dia se puede afirmar qu en una gestante que padece tuberculosis previa o en el curso de la gestacion, puede finalizar su embarazo y tener un hijo sano, manteniendo incluso la lactancia materna.
OBJETIVO: Informar un caso de Tuberculosis Ganglioma y Embarazo con la finalidad de proporcionar una visión general, practica y consica de la presentación evaluación y tratamiento.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se trata de un caso de primigesta de 22 años que es derivada de 2ndo nivel de atención a la consulta de Embarazo de Alto Riesgo de la UMAE 23 en el segundo trimestre de embarazo. Sin Antecedentes Hereditarios y Familiares de importancia, Antecedentes Personales no Patológicos: Toxicomanías presentes durante el embarazo, tabaquismo de 5-7 cigarros al dia Antecedentes Ginecoobstetricos: Menarca a los 14 años, Frecuencia menstrual de 30x7 días, Primigesta, Fecha de ultima regla: 12 de septiembre de 2019, Fecha Probable de Parto: 19 de Junio de 2019, con 23.6 Semanas de gestación por fecha

de ultima regla. El diagnostico de Tuberculosis Ganglionar se realizo en diciembre del 2018 el cual se realizo por biopsia de ganglio cervical en el Hospital General de Zona 2 en Monterrey, Nuevo León, la cual reporto tumor abscedado, granulomatoso en región cervical nivel II y III, biopsia transoperatoria: inflamación crónica en tratamiento con rifampicina, pirazinamida, etambutol e isionazidaLos laboratorios con los que se presenta la paciente mostraban los siguientes parámetros Hemoglobina de 10.7 Leucocitos de 7.6, Hematocrito de 32.6 % , Plaquetas 170 K/uL, Glucosa 83, creatinina 0.60, examen general de orina normal, VDRL y VIH negativos. Tuvo un embarazo espontaneo. El primer ultrasonido que se realizo en la consulta de Embarazo de Alto Riesgo de la UMAE 23 en el cual no se reportaron alteraciones estructurales, fetometria de 22.4 semanas de gestación, Peso fetal estimado 553 gramos en el percentil 10 y 50, placenta corporal posterior grado 1, liquido amniótico normal. Durante sus dos consultas subsecuentes no se presentaron alteraciones en los ultrasonidos que se le realizaron en la consulta de embarazo de alto riesgo.

El 08 de mayo de 2019 se reporta por primera vez durante el ultrasonido obstétrico se reporta producto único vivo cefálico con una peso fetal estimado de 1762 gramos en el percentil 11 y fetometria de 31 semanas, se realizo flujometria doppler la cual resulto ser normal, por lo que se estableció el diagnostico de feto pequeño para la edad gestacional.

RESULTADOS: El dia 27 de mayor del 2019 se realizo cita de seguimiento a las 3 semanas en donde se reporto un producto único vivo cefálico con movimientos fetales presentes y activos, placenta corporal posterior, liquido amniótico normal, peso fetal estimado 2,200 gramos en el percentil 3, por lo que hace diagnostico de Restricción de Crecimiento Tipo 1, se indica internamiento a las 37 semanas de gestación para inducción del trabajo de parto mediante la aplicación de prostaglandinas intracervical. Se llevo acabo inducción del trabajo de parto.

CONCLUSIÓN: La tuberculosis es una enfermedad de gran importancia ya que la mayor cantidad de casos reportados son en adultos jóvenes de los cuales un número significativo son mujeres en edad reproductiva; aunque el embarazo no es un factor que influye en la patogénesis y progresión de la enfermedad es importante el diagnóstico y tratamiento temprano para minimizar el riesgo de contagio al feto. El tratamiento antituberculoso en pacientes embarazadas es prácticamente el mismo que en las no embarazadas a excepción de la estreptomicina la cual debido a sus efectos ototóxicos para el feto se contraindica durante la gestación. La lactancia materna no esta contraindicada salvo en casos de tuberculosis activa sin tratamiento. Las complicaciones neonatales generalmente se asocian a la tuberculosis materna no tratada tempranamente y la consecuente tuberculosis neonatal, así como al riesgo de contagio durante la lactancia por vía aérea en los casos de madres que no han iniciado el tratamiento aún. El pronóstico de la enfermedad tratada adecuadamente es bueno tanto para la madre como para el neonato.Para evitar complicaciones asociadas al retraso en el tratamiento, el personal médico de atención directa a la mujer embarazada, debe estar familiarizado con los signos y síntomas de las presentaciones atípicas de la tuberculosis, además de tener la sospecha clínica principalmente en áreas de alto riesgo de la enfermedad.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 91

Síndrome de Apert: reporte de un caso y revisión de la literatura

Iván Vladimir Dávila Escamilla, Anais Berlanga Garza, Alejandra Cristina Ángeles Torres, Claudia Yasbek Rodríguez Garza, Carolina Garza González

Servicio Medicina Materno Fetal del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González".

ANTECEDENTES: La craneosinostosis, definida como fusión prematura o detención del crecimiento en una o más de las suturas craneales, ocurre con mayor frecuencia de forma esporádica como un defecto aislado. Sin embargo, la craneosinostosis sindrómica generalmente implica suturas múltiples y con anomalías asociadas; éstas son el resultado de mutaciones autosómicas dominantes de novo que involucran receptores del factor de crecimiento de fibroblastos (FGFR) y genes TWIST.

OBJETIVO: Reporte de un caso de una paciente con diagnóstico prenatal de Síndrome de Apert y y revisión de la literatura.

MATERIALES Y MÉTODOS: Mujer de 24 años, G3P1C1, ambos hijos previos sanos, sin control prenatal, acudió por primera vez a urgencias del Hospital Universitario "Dr. José E. González" cursando embarazo de 34.4 semanas de gestación referida por una probable tumoración intracraneal fetal en región temporal. Se recibió paciente sin datos a la exploración relevantes.

RESULTADOS: Se realizó ultrasonido obstétrico el cual se encontró; embarazo de 34.4, con probable craneosinostosis, Cráneo en trébol,

Polimicrogiria, Agenesia del cuerpo calloso, Hipertelorismo, mega cisterna magna; Se solicitó RMN fetal, confirmando diagnóstico, se realizó cesárea electiva a las 39 semanas.
CONCLUSIÓN: El tratamiento disponible es fundamentalmente quirúrgico paliativo y consta en la liberación de craneosinostosis con avance fronto-orbital, éste se completa a los 6 a 12 meses de edad si la presión intracraneal (PIC) es normal. Sin embargo hasta en un 43%, puede haber aumento de la PIC; y separar las sindactilias en los miembros pélvicos y torácicos. Es importante tener un adecuado diagnóstico prenatal, para así poder ofrecer un adecuado manejo multidisciplinario al nacimiento.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 92

Desenlaces perinatales maternos en pacientes con control prenatal en el primer nivel de atención

Gerardo González Cantú, José Ignacio García de la Torre
Centro Hospitalario la Concepción

ANTECEDENTES: Para la mayoría de las mujeres el periodo de gestación y de parto se traduce en una experiencia positiva y satisfactoria sin complicaciones. Sin embargo la morbilidad materna aumenta si un factor de riesgo no es intervenido oportunamente. Se ha calculado que anualmente mueren más de 500,000 mujeres en todo el mundo de estas 99% en vías de desarrollo. Estas muertes pudieron haberse evitado si las embarazadas o adolescentes hubieran podido acceder a una atención prenatal de calidad. El control prenatal se define como el cuidado recibido por un profesional de la salud para garantizar la mejor atención hacia la mujer y el feto durante el embarazo. La OMS recomienda un mínimo de 8 contactos: 1 contacto en el primer trimestre, 2 en el segundo y 5 en el tercer trimestre. El control prenatal no adecuado se ha asociado en multiples estudios, a un pobre desenlace perinatal tanto materno como fetal. También es un hecho que la calidad del control prenatal, puede ser un predictor importante de los resultados perinatales que la cantidad de consultas recibidas.
OBJETIVO: Identificar los factores de riesgo en pacientes de control prenatal de primer nivel y su asociación con los resultados perinatales maternos.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio Retrospectivo Observacional de los expedientes clínicos de pacientes con control prenatal en un centro de primer nivel de atención, en la ciudad de saltillo Coahuila de Enero del 2019 a Julio del 2019, para buscar los resultados perinatales maternos.
RESULTADOS: Se obtuvo una población de 80 expedientes de pacientes con control prenatal de Enero a Julio del 2019, se eliminaron 15 expedientes incompletos; 65 pacientes que llevaron control con una media de edad de edad de 22 años; el 51% (34) con IMC >25. El 93% (61) tuvo un control adecuado según el modelo de la OMS de más de 8 consultas durante el embarazo y solamente el 7% (4) tuvieron un mal control prenatal (Gráfica 2); la morbilidad mayor asociada con el mal control prenatal fue la anemia con 75%. El 70% (46) tuvo infecciones genitourinarias del embarazo con tratamiento. Hubo una incidencia de prematuridad del 6.1% (3); enfermedad hipertensiva del embarazo de 9.2% (6) DMG 3% (2) e Hipotiroidismo de 4.6% (3). Se obtuvo una incidencia de Hemorragia bstétrica de 4.6% (3) el 66% (2) postparto y 33% (1) postcesárea; Cabe destacar que el 75% (1) no tuvo buen control prenatal. La incidencia de Parto fue de 78.5% (51) cesárea fue de 21.5% (14) respectivamente.
CONCLUSIÓN: Se han propuesto muchos esquemas de control prenatal a lo largo de los años, creemos que se tiene que tener una estrategia regionalizada acuerdo a las características de cada población; Este estudio nos demuestra que nuestra población tiene un problema de sobrepeso y obesidad, asociado a una alta incidencia de infecciones durante el embarazo; Las pacientes sin control prenatal tuvieron una incidencia más alta de morbilidad más comúnmente anemia y hemorragia obstétrica. Se necesitan estrategias enfocadas en prevención y educación de la paciente para disminuir el problema Nutricional que existe en nuestro país, así como el enfoque preventivo de la cita preconcepcional.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 93

Prevalencia de *Gardnerella vaginalis* mediante citología convencional en mujeres aparentemente sanas

Gerardo González Cantú, José Ignacio García de la Torre
Centro Hospitalario la Concepción.

ANTECEDENTES: La microbiota vaginal juega un rol esencial no solo en la salud y la disbiosis, si no potencialmente en la salud de la mujer en todas sus etapas de la vida. La vagina humana es un órgano subestimado, que no solamente funciona como conducto de parto, menstruación, espermatozoides y neonatos; también puede afectar de manera significativa la salud de generaciones. La microbiota vaginal está dominado principalmente por Lactobacillus spp. y el agotamiento de estos, está asociado con varias condiciones adversas importantes. La vaginosis bacteriana es de las principales razones por la cual las pacientes acuden a consulta, al

mismo tiempo es el núcleo de un negocio multimillonario de medicamento de libre receta, para su auto-tratamiento y el diagnóstico adecuado permitiría su tratamiento oportuno y eficiente, limitar el costo, evitar los efectos secundarios y la ansiedad innecesaria. En estudios realizados a nivel mundial se ha encontrado que el 90% de esas infecciones son causadas por tres grupos de agentes etiológicos 1) bacterias anaerobias 2) Levaduras del genero Candida spp 3) Infección por protozooarios Trichomonas vaginalis.. El diagnóstico clínico de la vaginosis bacteriana, se basa en los criterios de Amsel y los criterios para investigación, en la puntuación del sistema de Nugent. Curiosamente a pesar del uso de los análisis moleculares para definir la vaginosis permanece mal definida como un estado polimicrobiano. La vaginosis bacteriana se debe a un desequilibrio en el ecosistema vaginal con proliferación de Gardnerella vaginalis junto con otras bacterias anaerobias. La citología cervical de rutina tiene una sensibilidad de hasta 89% y una sensibilidad de 90%. Se ha detectado una prevalencia de hasta 51% en mujeres asintomáticas en países industrializados, en México se ha reportado una prevalencia de hasta 32% en un estudio realizado en una unidad de medicina preventiva en la ciudad de Mérida.
OBJETIVO: Identificar la infección más común en paciente asintomática con la prueba de citología vaginal con técnica de papanicolaou.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio Retrospectivo observacional, en un consultorio particular de Saltillo, Coahuila con muestras de citología, tomadas de manera convencional en pacientes asintomáticas, de Enero del 2019 a Agosto del 2019.
RESULTADOS: Se obtuvo un total de Población de 128 pacientes con resultado de citología convencional, con una media de edad promedio de 30 años con una mínima de 18 y máxima de 57 años. Se obtuvieron un total de 26 pacientes (20.3%) con algún tipo de infección; 76% provocado por Gardnerella vaginalis. La vaginosis bacteriana por Gardnerella vaginalis fue la infección más común encontrándose en 20 pacientes del total de la población (15.6%), con una media de edad media de 28 años, fue la infección que más se asoció con otras infecciones (Candidiasis y Trichomona) y la infección que más se asoció con LIEBG y ASCUS.
CONCLUSIÓN: Confirmando lo publicado en la literatura mundial la vaginosis bacteriana es la infección más común en la mujer asintómatica, aquí en nuestra población de Saltillo en menor prevalencia que en otras zonas del país, sin embargo es la infección que más se asocia a con otros microorganismos y a lesión intraepitelial. Por lo tanto es de gran interés el estudio de nuestra paciente de manera rutinaria para el diagnóstico temprano y su tratamiento oportuno.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 94

Tumor de Buschke-Löwenstein

Araceli Espinosa Guerrero, Olga Elisa Bernaldez Aguilar, Cynthia Daniela Hernández Cruz
HGO Instituto Materno Infantil del Estado de México.

ANTECEDENTES: Descrito por primera vez en 1925 por Abraham Buschke y Loewenstein Ludwig. Conocido también como condiloma gigante, se caracteriza generalmente por tener una base ancha con capacidad infiltrativa y destrucción a nivel local. En general, las paciente son asintomáticas; cuando presentan síntomas, éstos aparecen de 3 – 8 meses y hasta 18 meses después de la exposición inicial. La sintomatología depende del dolor e incluye sangrado, dolor y comezón. Su presencia se atribuye a los serotipos de VPH 11 y 6. Los factores de riesgo incluyen coito anorreceptivo, VIH e inmunosupresión. No existe un acuerdo general sobre la elección del tratamiento para este tumor. La escisión radical amplia con reconstrucción plástica de defectos de la piel parece ser el mejor tratamiento, mientras que las terapias adyuvantes, como la radioterapia y la inmunoterapia, pueden lograr buenos resultados, pero su efectividad aún es incierta.
OBJETIVO: Identificar los principales factores de riesgo para esta patología. Conocer una opción terapéutica.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se presenta un caso clínico de paciente femenino de 20 años, nuligesta, sin APP de importancia. Diagnósticada de sifilis hace tres meses en base a VDRL positivo sin prueba treponémica especifica. Adicción a marihuana los primeros años de su adolescencia. Alcoholismo y tabaquismo social. Acude por presentar lesiones papulo – rojizas en área perianal, que posteriormente aumentaron de tamaño, se acompañan de prurito ocasional y en ocasiones sangran. Se realiza colposcopía con toma de biopsia, donde se obtiene el siguiente reporte: Biopsia cérvix : NIC II/ Displasia moderada LEIAG. Biopsia vagina: Condilomatosis negativa a displasia. Biopsia vulva: Condiloma acuminado gigante de alto grado.
RESULTADOS: Previo tratamiento con Doxiciclina y mejoría de las lesiones impetiguizadas, de realiza resección quirúrgica de la lesión con éxito.
CONCLUSIÓN: El comportamiento biológico de BLT es intermedio entre Condiloma acuminado y

carcinoma de células escamosas y puede sufrir una transformación maligna en 30 a 56% de los casos, y rara vez conduce a metástasis. Sin embargo, aunque proporcionan considerable destrucción local, estas lesiones no producen metástasis a distancia.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 95

Ausencia de cuerpo perineal e incontinencia fecal. Reporte de caso

Fidel Omar García Estudillo, Francisco Yunior Carrillo Martínez, Jorge Eduardo García Chavarría, Jonathan David Meléndez Vázquez, Marisela Gaxiola Villa
Unidad Médica de Alta Especialidad Número 23, "Dr. Ignacio Morones Prieto" Monterrey Nuevo León.

ANTECEDENTES: La incontinencia fecal (IF) es la pérdida del control voluntario del paso de contenido fecal o gaseoso a través del ano. Puede ser de origen orgánico o funcional. Existen tres tipos de incontinencia: de urgencia, pasiva y ensuciamiento. Según las características del contenido se subdividen en incontinencia a gases, heces líquidas o heces sólidas. Factores de riesgo: historia de incontinencia, enfermedad neurológica, movilidad reducida, daño cognitivo y edad mayor a 70 años. En casos de las mujeres además, antecedentes de trauma obstétrico, traumas quirúrgicos y en un grupo importante se desconoce la causa, la cual probablemente se deba a la denervación de la musculatura del piso pélvico por daños en los nervios pudendos y sacro a consecuencia de partos vaginales. La evaluación se adapta a cada paciente y el tratamiento depende de los datos obtenidos en la anamnesis, la exploración física y los estudios diagnósticos. El tratamiento conservador, la intervención de Secca y la neuromodulación sacra son opciones para pacientes sin defecto esfinteriano. Para aquellas pacientes que presentan un defecto esfinteriano demostrable, se puede ofrecer una reparación esfinteriana.
OBJETIVO: Dar a conocer un caso de ausencia de cuerpo perineal con incontinencia fecal y su manejo quirúrgico.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se presenta el caso de una paciente de 40 años enviada a la consulta de urología ginecológica por presentar incontinencia fecal. Antecedentes heredofamiliares: carga genética para cáncer de mama, hipertensión arterial y diabetes mellitus 2; antecedentes patológicos: hipertensión arterial, apendicectomía hace 29 años, litotomía de riñón izquierdo, salpingoclasia bilateral hace 9 años, hernioplastía umbilical hace 9 años; antecedentes ginecoobstetricos: menarca 12 años, ciclos de 28/4, gesta 3, partos 3, antecedente de parto instrumentado con desgarro perianal. Inicia su padecimiento actual hace 6 meses con incontinencia fecal a sólidos, 1 vez por semana, niega datos de incontinencia urinaria de urgencia o de esfuerzo, no sensación de cuerpo extraño en vagina. A la exploración física: consciente, orientada, cabeza y cuello sin alteraciones, tórax sin alteraciones, abdomen globoso secundaria a tejido adiposo, genitales externos con buen trofismo, reflejos perineales presentes, prueba de la tos capacidades bajas negativa, fuerza de piso pélvico 5/5, especuloscopía se observa cérvix eutrófico, no se observa prolapso, periné con pérdida de la anotomía, vagina y ano se comunican. Se programa para esfinteroplastía donde se repara defecto de la fascia rectovaginal, se diseca hasta localiza esfínter anal externo y se realiza esfinteroplastía con técnica termino-terminal.
RESULTADOS: Resultado postoperatorio exitoso, con continencia a haces y a heces, buen tono del esfinter anal interno y externo.
CONCLUSIÓN: La incontinencia fecal es una patología que causa un importante deterioro de la función sexual y en la calidad de vida de las pacientes. Siendo su principal factor de riesgo el traumatismo obstétrico, es importante identificar los desgarros perianales y repararlos adecuadamente. En este trabajo se muestra el caso de una paciente con IF debido a la ausencia de cuerpo perineal secundario a desgarro perineal en parto instrumentado, se decide realizar abordaje quirúrgico para su reparación por parte del servicio de urología ginecológica con un resultado exitoso.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 96

Dispositivo intrauterino traslocado abdominal

Sergio Antonio Covarrubias Cornelio, Minerva Helena Villalpando Treto, Ileana Monserrat Ancira Felix, Diego Alejandro Favila Escobar
Hospital de la Mujer Zacatecana.

ANTECEDENTES: El dispositivo intrauterino (DIU) es el método anticonceptivo reversible y de acción prolongada más utilizado, con un promedio del 23% de usuarias, ya que, cuenta con bajas tasas de falla. Las complicaciones son infrecuentes, pero pueden ser graves, entre ellas la perforación uterina con posterior migración del dispositivo. Los sitios posibles de la migración incluyen el epiplón, colon, recto, vejiga, anexos y vena ilíaca. La incidencia de perforación uterina por un DIU es entre 0,05 y 13 por 1000 inserciones. La migración del DIU puede manifestarse con sangrado

uterino anormal y dolor pélvico o abdominal principalmente en los primeros meses posteriores a la inserción.
El tratamiento del dispositivo traslocado puede ser mediante procedimientos mínimamente invasivos, incluyendo la histeroscopía, endoscopía y laparoscopía.
OBJETIVO: Recordar la importancia de una adecuada valoración de la paciente previo a la indicación de un método anticonceptivo, tomando en cuenta edad, los antecedentes patológicos y las necesidades de la paciente, así como el deseo de mantener la fertilidad a futuro, logrando de esta manera evitar en lo posible las complicaciones a corto y largo plazo. Dar a conocer más información acerca de las complicaciones que puede provocar un procedimiento que no goza de dificultad elevada, recordando de esta forma la importancia de una adecuada capacitación y prudencia por parte del personal de salud al momento de la colocación del DIU. Mostrar la importancia del seguimiento de las pacientes sometidas a la colocación del DIU, así como una valoración minuciosa en búsqueda de complicaciones como la migración del dispositivo y posterior toma de decisiones en el método diagnóstico y terapéutico de este tipo de pacientes.
MATERIALES Y MÉTODOS: Femenina de 39 años de edad, G3, P3, antecedentes personales patológicos negados, antecedente de colocación de DIU y posterior OTB hace 3 años. Referida por antecedente de colocación de DIU en el postparto inmediato, el cual no se encontró al realizar la revisión, por lo que se sugirió realizar OTB y su extracción durante el transquirúrgico, sin localizar DIU y con 5 intentos fallidos de extracción. Se ingresa para protocolo de estudio y tratamiento definitivo refiriendo dolor tipo cólico irradiado a región lumbar. Durante la exploración física sin datos de irritación peritoneal y a la especuloscopía sin presencia de filamentos visibles, la radiografía pélvica mostró DIU en fosa ilíaca derecha.
RESULTADOS: Se procede a realizar histeroscopía, encontrando múltiples adherencias en cavidad uterina, sin lograr visualizar DIU, por lo que se realiza laparoscopía diagnóstica, encontrando útero de 9x6cm, DIU en interior de luz tubárica derecha evidenciando brazo saliente a través de serosa, con intento de retiro por tracción sin éxito, se decide salpingectomía derecha, hidrosalpinx izquierda, con adherencias periováricas realizando también salpingectomía izquierda, sin eventualidades durante el procedimiento, se egresa paciente a las 24 horas posteriores a la cirugía sin complicaciones.
CONCLUSIÓN: Un elevado porcentaje de pacientes con perforación uterina no presentan sintomatología. La traslocación del DIU, ya sea por perforación o por migración (mucho menos frecuente) depende de muchos factores, entre los que destacan: condiciones del tejido uterino, experiencia del operador y características del DIU por sí mismo. Si bien no es frecuente, la perforación uterina es una complicación que puede llegar a aumentar la morbilidad, por lo que ante la sospecha es importante insistir en a localización del DIU apoyándose en estudios de imagen hasta descartar la lesión de órganos y posteriormente planear la metodología para su extracción.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 97

Embarazo heterotópico: reporte de caso

Óscar Ruben Treviño Montemayor, Mericia del Rosario Rodríguez Contreras, Esstefani Judith García Cantú, René Rodríguez Guajardo, Mauro Antonio Macedo
Servicio de Ginecología de Hospital Universitario José Eleuterio González de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

ANTECEDENTES: El embarazo heterotópico es la presencia de dos embarazos simultáneos en dos sitios de implantación diferentes, ocurriendo en aproximadamente 1 de cada 30,000 embarazos. Existe un gran desafío en el manejo por el diagnóstico erróneo. La presentación clínica de los embarazos heterotópicos imita estrechamente los síntomas de la amenaza de aborto y el embarazo ectópico en otros lugares. Los síntomas incluyen dolor abdominal, masa anexial, irritación peritoneal y útero agrandado. Dado el alto potencial de diagnóstico erróneo, hay una alta incidencia de ruptura en la presentación lo que puede provocar abdomen agudo y shock hemodinámico.
OBJETIVO: Reportar el caso de una paciente en la que se diagnosticó un embarazo heterópico en el Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" en Mayo 2019.
MATERIALES Y MÉTODOS: Caso clínico, anamnesis y expediente clínico completo. Así como revisión de la literatura.
RESULTADOS: Paciente de 40 años de edad, originaria del Noreste de México, con antecedentes personales patológicos y personales no patológicos negados. Paciente cursando 5to embarazo, con fecha de última menstruación el 29 de marzo de 2019 cursando 8.3 semanas de embarazo. Inició su padecimiento 6 horas previas a su ingreso con dolor abdominal que se localiza en epigastrio de moderada intensidad tipo cólico que se irradia hacia fosa iliaca izquierda de moderada intensidad,

sin acompañantes motivo por el acude a institución de segundo nivel de atención en donde se le realiza estudio de imagen, se corrobora embarazo intrauterino y líquido libre en cavidad pélvica motivo por el cual es enviada al Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" al servicio de Ginecología para valoración por el servicio de Cirugía General con la sospecha diagnostica de una colelitiasis aguda. Acude a nuestra Unidad presentando inestabilidad hemodinámica con TA 80/40 FC 98 FR 19 T 36.2°, Abdomen con peristalsis disminuida, blando, depresible, con dolor a la palpación profunda en hipogastrio y fosa iliaca izquierda, rebote positivo. Exploración ginecológica vulva sin datos patológicos, vagina con huellas de sangrado, con fondo de saco posterior abombado, cérvix de 4cm, con signo de Chadwick, útero de 9cm, doloroso a la palpación y anexos no palpables. US Obstétrico transvaginal: producto intrauterino con LCC 18mm para 8.2 semanas de gestación, con FCF en 180 lpm, abundante líquido libre en fondos de saco posterior y anterior, Ovario Izquierdo de 4x4.3cm con imagen anecoica de 3.3cm, Ovario Derecho no visualizado. US FAST: líquido libre en hueco pélvico, de contenido probablemente hemático, Ovario Derecho 2.8x2.4cm, Ovario Izquierdo 3.6x3.3cm con imagen compatible con embarazo extrauterino de 3.2x3.1cm con imagen en halo de fuego y FCF presente. Tras corroborar diagnostico se realiza Laparotomía exploradora encontrando embarazo ectópico ampular izquierdo roto, con 800cc de hemoperitoneo, salpinge izquierda friable con desgarro hacia ligamento uteroovárico izquierdo y sangrado de 1600cc, con transfusión de 3 paquetes globulares. Se realizó Salpingooforectomía izquierda + Salpingoclasia derecha, Posterior a procedimiento se verifica frecuencia cardiaca fetal de producto intrauterino.

CONCLUSIÓN: El embarazo heterotópico es la combinación del embarazo intra y extrauterino. Con el primer caso reportado en Francia en 1708. Se presenta con frecuencia estimada en aproximadamente 1:20,000 a 1:30,000 embarazos. La ubicación del embarazo generalmente se realiza mediante un examen de ultrasonográfico. Los signos que sugieren embarazo heterotópico son una masa o líquido anexial complejo en la pelvis. La salpingectomía es el tratamiento quirúrgico estándar de un embarazo tubárico coexistente, y debe ser la primera línea de tratamiento en pacientes con inestabilidad hemodinámica u otros signos de rotura tubárica. Anatomía Patológica: embarazo ectópico tubárico roto con quiste del cuerpo lúteo. Actualmente cursando embarazo normoevolutivo de 20.3 semanas.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 98

Cardiomiopatía dilatada periparto. Reporte de caso

Héctor Gerardo Triana Saldaña, Alma Rosa González Hernández, Emilio Modesto Treviño Salinas, Juan Antonio Soria López, Abel Guzmán López
Servicio de Obstetricia, Hospital Universitario "Dr José Eleuterio González" Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León.

ANTECEDENTES: La miocardiopatía periparto, es una causa infrecuente de insuficiencia cardiaca, se presenta durante el último mes de embarazo o en los cinco meses del posparto, en ausencia de patología cardiaca primaria preexistente y disfunción ventricular izquierda con fracción de eyección menor del 45%. Su incidencia es de 1/5000 nacimientos. El 78% de los casos se desarrolla en los primeros 4 meses postparto. El diagnóstico se establece por exclusión. Se desconoce su fisiopatología; asociándose a hipertensión y preeclampsia. El tratamiento consiste en disminuir la precarga, poscarga y mejorar la contractilidad ventricular. Entre el 1 y 2% requerirán trasplante cardiaco. Se asocia a una alta morbi mortalidad materna.

OBJETIVO: Reportar un caso de miocardiopatía periparto, su evolución y pronóstico.

MATERIALES Y MÉTODOS: Paciente de 16 años, primigesta, con control prenatal irregular que desarrolla preeclampsia con datos de severidad, motivo por el cual se decidió en otra institución realizar inducto conducción, obteniendo producto de término sin complicaciones neonatales por parto eutócico, la madre fue internada en unidad de cuidados intensivos durante 3 días para control de hipertensión y se egresa al 5º día postparto. A los 16 días de puerperio manifestó disnea, edema de extremidades inferiores y anuria; por lo que acude a urgencias en donde se diagnóstica lesión renal aguda y se envía a nuestro hospital para manejo multidisciplinario. A su ingreso se encuentra hipotensa,taquicárdica con taquipnea y anuria; la radiografía de tórax demostró cardiomegalia Grado III; el ecocardiograma transtorácico reporto fracción de eyección del ventrículo izquierdo de 37%; se diagnosticó miocardiopatía dilatada y se ingreso a la sala de cuidados intensivos; continuo con deterioro hemodinámico sin respuesta al tratamiento médico, certificándose la muerte con diagnóstico de cardiomiopatía dilatada periparto.

RESULTADOS: El reporte de Anatomía patológica fue: Miocardiopatía dilatada, datos de insuficiencia cardiaca y de infarto agudo al

miocardio, focos de neumonía en ambos pulmones y edema cerebral.
CONCLUSIÓN: La cardiopatía periparto es una enfermedad amenazante para la vida y continua siendo un reto médico; ya que es esencial el diagnóstico tempano y el tratamiento multidisciplinario adecuado para disminuir la morbi mortalidad de estas pacientes.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 99

Tratamiento médico en embarazo ectópico cervical

Chavarría Noriega Luis Rodrigo, Cazarez Pérez Karina, Chávez Vega Hugo Alberto, Rojas Peñaloza Sandra, Gutiérrez Gutiérrez Antonio
Instituto Vida Querétaro.

ANTECEDENTES: El uso de Metotrexate en embarazo ectopico es descrito como conservador y preservador de la fertilidad en pacientes que no han logrado embarazos a termino.
OBJETIVO: Presentar el caso de manejo medico exitoso de embarazo ectopico cervical con Metotrexate.
MATERIALES Y MÉTODOS: Paciente de 33 años con antecedente de infertilidad primaria y SIndrome de Ovario Poliquistico, mejora sus condiciones hormonales y se presenta con embarazo espontaneo cervical, tratamiento medico a base de Metotrexate.
RESULTADOS: Disminucion gradual de cuantificacion de HCG y colapso de sco gestacional cervical.
CONCLUSIÓN: El Metotrexate es un agente efectivo para el manejo conservador y preservar la fertilidad en pacientes con embarazo ectopico.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 100

Síndrome de Patau: reporte de un caso

Maria Lucero Chavez Hernandez
Hospital Starmedica Querétaro

ANTECEDENTES: La trisomía 13 (síndrome de Patau) es un síndrome cromosómico congénito polimalformativo grave con incidencia de 1 / 5000 a 1 / 15 000 nacidos vivos, consiste en una trisomía del cromosoma 13, la cual se debe a una disyunción cromosómico meiótica, afecta con mas frecuencia al sexo femenino y la sobrevida después del primer año es excepcional . El fenotipo mas frecuente se caracteriza por retardo del crecimiento intrauterino, graves malformaciones en el sistema nervioso central, gablela prominente implantación baja de pabellones auriculares, labio leporino con o sin paladar hendido, cardiopatía congénitas (comunicación interauricular o interventricular) , defectos en extremidades.
OBJETIVO: Presentar un caso de síndrome de Patau y los datos ultrasonográficos que podemos encontrar en esta patología.
MATERIALES Y MÉTODOS: Paciente femenino de 35 años, gesta 1, con embarazo de 19.6 semanas, niega toxicomanías, al ultrasonido morfológico se encontró dilatación importante de los ventrículos laterales, complejo anterior alterado por dilatación del cavum septum pellucidum, linea media conservada, cerebelo disminuido para edad gestacional, cuerpo calloso hipoplásico, labio leporino bilateral con paladar hendido , en área cardiaca presencia de comunicaciónn interventricular perimembranosa de 3mm con flujo bidireccional , arteria umbilical única, riñones poliquisticos bilaterales, se ofreció estudio citogenético y cariotipo. Presentó ruptura prematura de membranas espontánea, con salida de producto vía vaginal el cual se mandó a patología para su estudio.
RESULTADOS: Servicio de patología encontró producto femenino peso 406 gramos, occipucio prominente, implantación baja de pabellones auriculares , labio leporino bilateral, paladar hendido, defecto del tabique interventricular, cordón umbilical con arteria umbilical única, riñón poliquístico bilateral, cariotipo confirmando trisomia 13.
CONCLUSIÓN: El síndrome de Patau es una entidad poco frecuente, siendo el ultrasonido obstétrico el principal método para la sospecha del diagnóstico, por lo tanto es importe tomar en cuenta los hallazgos ultrasonográficos para que no pase desapercibido en la consulta obstétrica.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 101

Diagnóstico prenatal de bloqueo auriculoventricular autoinmune coincidente con vena cava superior izquierda persistente

Flavio Hernández Castro, Cassandra Michele Skinner Taylor, Ana Victoria Villarreal Treviño, Ramón Gerardo Sánchez Cortés, Donato Saldívar Rodríguez
Clínica de Embarazo y Enfermedades Reumáticas del Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" U.A.N.L. Monterrey, Nuevo León, México.

ANTECEDENTES: El bloqueo auriculoventricular autoinmune congénito (BAVC) es una enfermedad adquirida mediante inmunidad pasiva incluida en las manifestaciones del lupus neonatal (LN). Es rara y potencialmente letal, afecta 1:20,000 nacidos vivos. Se asocia con transferencia placentaria de anticuerpos (Ac) maternos específicos para los antígenos Ro/SSA y La/SSB expresados en cardiomiocitos fetales, involucra no sólo el desarrollo de anomalías cardíacas

si no también rash, daño hepático y citopenias en el recién nacido.
OBJETIVO: Presentar un caso de diagnóstico prenatal de BAVC completo con abordaje multidisciplinario en una clínica especializada en enfermedades reumáticas en el embarazo.
MATERIALES Y MÉTODOS: Paciente de 32 años, soltera, profesionista. Antecedente de madre con transplante renal sin precisar etiología. Negó antecedentes personales patológicos y no patológicos. Menarquia 14 años, ritmo irregular, detección oportuna de cáncer nunca realizada. Inició control prenatal con médico particular antes de ser enviada a la CEER. Tamizaje de 1er trimestre de aneuploidías, preeclampsia, restricción del crecimiento intrauterino y parto pretérmino: bajo riesgo. Ultrasonido estructural realizado a las 20 semanas de gestación (SDG): sin defectos aparentes. A las 24 SDG se detectó bradicardia fetal pero fue hasta 2 semanas después que médico tratante refirió para valoración fetal por frecuencia persistente de 63 lpm. En ese momento asintomática, sin datos clínicos de patología, refería movimientos fetal normales. Valorada ecográficamente a las 26.2 SDG, peso fetal 1100 g, (p92.3). Índice de líquido amniótico (ILA) 17.8 cm. No se observaron defectos estructurales extracardíacos ni datos de cromosomopatías. Exploración cardíaca fetal: 1. Estructural: situs solitus, levocardia, levoapex, índice cardiotorácico (ICT) 0.31. Sin dominancia de cavidades. Eje cardíaco 45°. Concordancia auriculoventricular (AV). Válvulas AV normales. Ventrículo izquierdo (VI) comunicándose con aorta, anillo valvular aórtico 5.4 mm (0.9 Z). Ventrículo derecho (VD) comunicando con arteria pulmonar, anillo valvular pulmonar 6.4 mm (1.5 Z). Paredes y septum interventricular: >p95. En imagen de 4 cámaras, 3 vasos y 3 vasos-tráquea, además de corte oblicuo a nivel de aurícula izquierda se observó vaso compatible con VCSIP con drenaje en seno coronario. (Ver Figura 1) 2. Funcional: Frecuencia cardíaca entre 57-153 lpm. Disociación entre frecuencias auricular y ventricular, relación 2.3:1. PR 463 ms. Fracciones de acortamiento: VI 31%, VD 40%. Relaciones E/A: mitral 0.66, tricuspídea 0.66. Fracciones de eyección: VD 68%, VI 55%. Ductus venoso onda A +, IP 1.01 (>p95). Vena umbilical no pulsátil. Arteria umbilical con diástole +, IP 2.75 (>p95). Score cardiovascular (SCV): 10/10. Se observó progresiva dilatación de cavidades cardíacas predominantemente derechas. A las 29.5 SDG se agregaron: cardiomegalia y regurgitación tricúspidea leve, disminuyendo SCV:8/10. Se solicitaron Ac anti SSA/Ro y anti SSB/La, anticoagulante lúpico, Ac anticardiolipinas, Ac anti B2 glucoproteina, Ac antinucleares, AC anti Sm y CTG la cual resultó normal. Se iniciaron dexametasona 8 mg, salbutamol 10 mg e hidroxicloroquina 400 mg vía oral por día. Ac anti SSA/Ro y anti SSB/La, positivos > 200 U/mL. Ac antinucleares: moteado fino, >1:5120. Resto negativos. Continuó control prenatal multidisciplinario con vigilancia semanal. Se sugirió Inmunoglobulina para limitar lesiones del LN y se comentó beneficio del marcapaso neonatal debido a la limitada respuesta. No fue posible la administración de Inmunoglobulina. La paciente siguió sin datos clínicos de enfermedades autoinmunes (EAI). Peso fetal a las 35.6 SDG de 2551 g (p26), ILA normal, disfunción sistólica derecha, fracción de acortamiento 20%, insuficiencia tricuspídea leve, SCV 8/10 pero con frecuencias cardíacas auriculares de 132 lpm y ventriculares 55 lpm, relación 2.4:1. Se programó nacimiento a las 37 SDG por vía abdominal por condilomatosis vulvovaginal, pero un día previo presentó ruptura prematura de membranas.
RESULTADOS: Se obtuvo recién nacido femenino, 2620 g, Apgar 8-9 con frecuencia cardiaca de 50 lpm. Fue trasladada a unidad de cuidados intensivos neonatales, se colocó marcapaso transcutáneo temporal y 48 horas después marcapaso definitivo. Ambas egresaron por evolución adecuada y continúan en seguimiento en la CEER.
CONCLUSIÓN: El BAVC se asocia con mortalidad fetal y neonatal (20-30%) y con morbilidad severa (67% de los neonatos afectados requerirá marcapasos antes de la mayoría de edad). Existe cada vez más evidencia de que además de la enfermedad de conducción, 10-15% de los afectados tendrán cardiomiopatía grave.7 3,4 En ausencia de cardiopatías estructurales, la posibilidad de que se trate de un BAVC mediado por Ac en sangre materna es de 85-90%. Típicamente estos se encuentran en pacientes con síndrome de Sjögren y lupus eritematoso sistémico pero también están presentes en 1-2% de embarazadas sin evidencia clínica de EAI. Sólo se desarrolla BAVC en el 1-5% de madres seropositivas con una recurrencia en las gestaciones futuras del 16-20%. Como se describió en éste caso, son importantes tanto el diagnóstico prenatal oportuno de las alteraciones estructurales y funcionales cardíacas como el manejo multidisciplinario pues disminuye la posibilidad de resultados perinatales adversos para el binomio.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 102

Tabique vaginal transverso e infertilidad primaria: reporte de caso y revisión de la literatura

Fela Vanesa Morales Herández, Jessica Aideé Mora Galván, Patricia Aguayo González, Carlos Ramírez Isarraráz, Carlos Ramírez Isarraráz
Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

ANTECEDENTES: La incidencia de anomalías müllerianas obstructivas se ha reportado entre 0.1 a 3.8% mientras que la incidencia específica de tabique vaginal transverso aislado se ha reportado entre 1/2100 y 1/72000. El tabique vaginal transverso es una anomalía que se origina por la fusión incompleta de la parte caudal de los conductos de Müller y/o canalización inadecuada del seno urogenital. Puede ser perforado o imperforado, variar en el grosor (grueso o delgado) y en la localización. (6% son altos, 22% medios y 72% inferiores). La sintomatología dependerá de la altura de localización del septo, así como de las características del mismo (grosor y perforaciones), se ha reportado hematocolpos, dolor cíclico, amenorrea primaria, crecimiento de masa pélvica y dispareunia. Se han reportado pocos casos de asociación familiar por lo que se ha relacionado con una herencia recesiva asociada al sexo. Para realizar el diagnóstico se deberá realizar un examen físico completo con especuloscopía, ultrasonido ginecológico, resonancia magnética y en algunos casos laparoscopía diagnóstica. El tratamiento incluye resección quirúrgica del septo y la anastomosis proximal y distal de la vagina, el cual se puede realizar vía vaginal, laparoscópica o abdominoperineal dependiendo del grosor y localización del septo.
OBJETIVO: Presentar el caso de paciente de 26 años con diagnóstico de infertilidad primaria debido a tabique vaginal transverso.
MATERIALES Y MÉTODOS: Caso clínico.

RESULTADOS: Femenino de 26 años ingresa al instituto por diagnóstico de infertilidad primaria de 2 años de evolución. Menarca: 14 años, ciclos regulares 28x3, dismenorrea leve. vida sexual activa, dispareunia EVA 5/10. Exploración física desarrollo mamario TANNER V, genitales externos fenotípicamente femeninos. Tacto bimanual útero en RVF de 6 cm, móvil, anexos no palpables, no se palpa cérvix. Especuloscopía canal vaginal de 6 cm de largo, calibre normal, paredes vaginales sin alteraciones, se visualiza tabique vaginal transverso alto con orificio de 2-3 mm aproximadamente en tercio medio; no se visualiza cérvix ni canal cervical. Al tacto rectal tabique rectovaginal adelgazado, con anillo fibroso a la altura de tabique vaginal, sin comunicaciones ni defectos. Durante el abordaje de pareja infértil se solicitan perfil hormonal dentro de parámetros normales, se solicita ultrasonido ginecológico que reporta engrosamiento endometrial de 16.8 mm resto sin alteraciones aparentes. Se solicita resonancia magnética la cual reporta útero, vagina y anexos sin alteraciones aparentes. Se realiza diagnóstico de tabique vaginal transverso aislado por lo que se programa cirugía para resección del mismo. Se realiza laparoscopia, histeroscopia diagnóstica y resección de tabique vaginal transverso bajo anestesia general, se identifica orificio comunicante con tercio superior de la vagina a nivel de tabique vaginal transverso con dilatadores de Heggar #1, se realiza ampliación del orificio con electrocauterio, se realiza histeroscopia sin complicaciones a través del orificio con reporte de endometrio polipoide, ambos ostiums permeables, cavidad uterina amplia. Se colocan pinzas de Allis a nivel de tabique y se inicia corte transverso y corte circunferencial de tabique sin complicaciones, se verifica hemostasia e integridad de las paredes vaginales. Se sutura pared vaginal anterior en el radio de las 12, lateral en el radio de las 3, posterior radio de las 6 y lateral derecha en radio de las 9 con puntos simples en toda la amplitud de la resección del tabique. Se sutura con puntos continuos hemostáticos en los 4 cuadrantes de los puntos simples cardinales. A la laparoscopía útero de 7x5x4 cm, aspecto adenomiosico, ambas trompas y ovarios de tamaño y aspecto normal. Posterior a la cirugía se deja molde vaginal el cual se retira a los 7 días y es egresada a domicilio en el segundo día postoperatorio. Se indica uso de dilatador vaginal por 4 meses sin presentar estenosis postcicatrizal. A la exploración física al cuarto mes postoperatorio, presenta longitud vaginal de 8 cm, zona de cicatriz con adecuada elasticidad no fibrótica 4 cm atrás del himen. Especuloscopía sin alteraciones, cérvix sin alteraciones macroscópicas IP II Gossling 2. Se sospecha hiperplasia endometrial y se realiza biopsia endometrial con reporte histopatológico de endometrio proliferativo. Al quinto mes postoperatorio, paciente logra embarazo espontáneo normovolutivo el cual se resuelve vía abdominal por presentación pélvica sin dificultades ni complicaciones, sangrado 400cc, se obtiene recién nacido masculino de 3,510 gramos, talla: 50 cm, Apgar 8/9, Silverman Anderson 0, Capurro 38.0 semanas, con destino a alojamiento conjunto. Se coloca DIU como método de planificación familiar. Actualmente paciente asintomática con vida sexual activa sin dispareunia.
CONCLUSIÓN: El tabique vaginal transverso es una malformación mülleriana rara que debe sospecharse en mujeres con amenorrea primaria, dolor pélvico crónico,

crecimiento de masa en hipogastrio o en caso de tabique vaginal transverso perforado, pacientes con dificultad para tener relaciones sexuales, dispareunia o infertilidad primaria. El diagnóstico debe basarse en la historia clínica y exploración física, los estudios de imagen serán herramientas complementarias ya que en ocasiones los tabiques vaginales delgados no se visualizarán. El manejo es quirúrgico y debe realizarse por personal capacitado.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 103

Diagnóstico prenatal de cardiopatías congénitas estructurales y funcionales en una unidad de diagnóstico prenatal universitaria

Flavio Hernández Castro, Gabriel Edgar Villagómez Martínez, Clara del Carmen Flores Acosta, Oscar Rubén Treviño Montemayor, Abel Guzmán López
Departamento de Obstetricia y servicio de Medicina Materno-Fetal. Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" U.A.N.L. Monterrey, Nuevo León.

ANTECEDENTES: Las cardiopatías congénitas (CC) son el tipo de malformación más frecuente, con una incidencia de 4-13 por cada 1000 recién nacidos vivos. Y puede ser 10 veces más alta en recién nacidos pretérmino (8.3%). Se encuentran presentes en 20% de las muertes neonatales y cerca del 50% de la mortalidad infantil debida a malformaciones. Alrededor del 30% de ellas precisará tratamiento médico, quirúrgico o intervencionista en este periodo. La tasa de detección prenatal varía ampliamente de acuerdo al tipo de malformación cardíaca. La detección prenatal de CC presupone un beneficio potencial para los afectados en términos de supervivencia posnatal; sin embargo, con frecuencia no se diagnostican en la exploración ultrasónica obstétrica de rutina. El diagnóstico prenatal cuando la paciente es referida por sospecha de CC es de aproximadamente 40% en población de bajo riesgo. Sin embargo los factores de riesgo de CC se identifican sólo en 10% de la población.
OBJETIVO: Describir los resultados de la incorporación de la evaluación cardíaca fetal estructural y funcional avanzada en una unidad de diagnóstico prenatal universitaria.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, prospectivo y longitudinal de fetos referidos a la unidad de diagnóstico prenatal del servicio de Medicina Materno Fetal del Hospital Universitario de la UANL de Julio de 2018 a Julio de 2019.
RESULTADOS: Se evaluó la anatomía de 964 fetos. Se utilizó ultrasonido Voluson E8 Expert (GE Medical Systems). Se detectaron 71 (7.36%) fetos con CC estructural o funcional. Edad gestacional promedio en que se detectaron las CC fue 30.36 ± 3.23 SDG, otras características maternas y fetales se presentan en la Tabla 1. Únicamente 8% de las madres tenían comorbilidades asociadas y 9 (12.6%) tuvieron alguna cromosomopatía, la mas frecuente fue la trisomía 21 (55.5%). La principal CC detectada fue el defecto del septum interventricular en 21.13% de los casos. Ver Tabla 2 y Figura 1. En el grupo de fetos con CC se realizaron 164 ecocardiografías funcionales de seguimiento. Se detectaron arritmias cardíacas y datos de insuficiencia cardíaca. Las medidas de las estructuras cardíacas y cálculo de Z score se hizo según lo establecido en la literatura. Se valoró la función cardíaca: diastólica mediante determinación de relación E/A de válvulas auriculoventriculares. Función sistólica mediante modo M para fracciones de acortamiento y eyección, cálculo del gasto cardíaco derecho e izquierdo utilizando la fórmula de además de la medición del desplazamiento anular. La función global cardíaca fue valorada mediante el índice Tei. El score cardiovascular utilizado fue el propuesto por Huhta.
CONCLUSIÓN: El tamizaje y detección de las CC es factible en nuestro medio, así mismo el seguimiento de las mismas empleado la valoración funcional cardíaca. Estas acciones podrían disminuir la mortalidad neonatal al permitir intervenciones fetales en casos seleccionados o la referencia a centros de tercer nivel con posibilidad de tratamiento médico y quirúrgico. El tamizaje idealmente sería universal y a las edades gestacionales establecidas, pues únicamente 8% de las madres estudiadas tenían factores de riesgo para CC fetales, 84% de los casos no se asociaron con defectos extracardíacos y la referencia tardía limita la detección de los defectos.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 104

Embarazo ectópico abdominal. Reporte de caso

Mariana Luisa Ruiz Gonzalez, Camacho Coronel-Ciocca Olga, Villaseñor Pedroza Iván Saidh, Castaldi Bermudez Luis Arturo
Hospital General León.

ANTECEDENTES: El embarazo ectópico representa 2% de todos los embarazos. La trompa de Falopio es el sitio mas común de implantación ectópica , representa más del 90% de los casos, la implantación abdominal 1%, cuello uterino 1%, Ovario 2-3% ocurren 1: 7000 embarazos ectópicos, Histerorrafia 1-3%.

OBJETIVO: Describir el caso de paciente cursando embarazo de 11.2 semanas, con diagnostico presuntivo de embarazo ectópico ovárico vs. Ectópico abdominal.
MATERIALES Y MÉTODOS: Paciente de 18 años gesta 2 con antecedente de embarazo ectópico hace 1 año 3 meses. Ingresa a Ginecobstetricia por sangrado intermitente, de 3 días de evolución, amenorrea de 11.2 semanas de gestación, prueba de embarazo positiva. Se realiza ultrasonido abdomino-pélvico encontrando embarazo ectópico de origen a determinar, encontrando feto con longitud cráneo rabadilla de 12 semanas, se decide pasar a laparotomía exploratoria. Se observa en cavidad abdominal útero ligeramente aumentado de tamaño, ausencia quirúrgica de salpinge y ovario izquierdo. Se encuentra embarazo ectópico en fimbria derecha adherido a ovario ipsilateral de 10 cm. Hemoperitoneo 50cc. La evolución de la paciente fue favorable. Estudio histopatológico reporta: vellosidades coriales de primer trimestre, que se implantan en tejido fragmentado de tejido conjuntivo conformado por tejido adiposo y vasos sanguíneos de mediano tamaño, por lo que se determina que se trata de un embarazo ectópico abdominal dependiente probablemente de ligamento ancho e hilio de ovario. No se identifica epitelio tubario entre las vellosidades coriales.
RESULTADOS: La prevalencia de embarazos ectópicos en mujeres que acuden a un servicio de urgencias con sangrado vaginal en el primer trimestre y dolor abdominal o ambos alcanza 18%, El embarazo ectópico abdominal es una variante rara, de embarazo ectópico, que crece en cavidad abdominal, con implantación placentaria en cualquiera de sus estructuras. La paciente contaba con antecedente de embarazo ectópico uno de los principales factores de riesgo.
CONCLUSIÓN: El embarazo abdominal es una anomalía poco frecuente, representa una condición de alto riesgo para la madre y el feto. Las mujeres con antecedente de embarazo ectópico tienen un mayor riesgo de recurrencia 10%. Plantea un desafío clínico, el diagnóstico y tratamiento tempranos son determinantes para reducir el índice de mortalidad materna.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 105

Tasa de blastocistos euploides en fase folicular comparada con la fase lútea durante el mismo ciclo menstrual (DuoStim) en mujeres con pobre respuesta ovárica

Gerardo Barroso Villa, Carlos Valdespín Fierro, Alexia Álvarez Lozano, Lucia Daniela García Montes, Marivi Ruíz Gómez
División de Salud Reproductiva, Instituto de Salud Reproductiva e Infertilidad, NASCERE, CDMX, México.

ANTECEDENTES: Las técnicas de reproducción asistida actuales se basan en el modelo tradicional del "momento propicio", en el que los folículos crecen continuamente a partir del pool primordial sin ningún tipo de patrón, y su destino folicular depende de un sólo aumento de hormona gonadotropina. Sin embargo, en la actualidad se ha estudiado un nuevo paradigma de la dinámica folicular, en la que, en lugar de un desarrollo aleatorio, los folículos maduran en grupos u oleadas coordinadas, que ocurren de 2 a 3 veces durante un intervalo interovulatorio.
OBJETIVO: Comparar las tasas de blastocistos euploides obtenidas después de estimulación en fase folicular versus estimulación en fase lútea realizadas en un mismo ciclo menstrual en pacientes con pobre respuesta ovárica e indicación PGT-A.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio clínico prospectivo y observacional realizado en el Centro de Reproducción Arcos, NASCERE, entre enero a julio del 2019. Se incluyeron pacientes con indicación PGT-A y pobre respuesta ovárica de acuerdo a los criterios de Bologna. Las estimulaciones tanto en fase folicular como en fase lútea se utilizó rFSH/rLH en combinación con antagonista de GnRH a partir del día 2 del ciclo y 5 días después de la primera recuperación de los ovocitos, respectivamente, se empleo agonista del GnRH para desencadenar la ovulación, en día 5, 6 o 7 se realizó la biopsia de trofoectodermo.
RESULTADOS: Un total de 20 pacientes cumplieron con lo criterios de selección, la tasa de óvulos en MII fue mayor en la fase folicular 40% (IC 95% 18-37) vs 59% (IC 95% 31-59), p=0.0333, las tasas de fertilización 79% (IC 95% 29-46) vs 55% (IC 95% 34-53), de blastocistos 42% (IC 95% 19-44) vs 45% (IC 95% 24-55) y blastocistos euploides 100% (IC 95% 44-53) vs 70% (IC 95% 38-46) no mostraron diferencias significativas entre la fase folicular comparada con la fase lútea, respectivamente.
CONCLUSIÓN: La estimulación ovárica con un protocolo idéntico tanto en la fase folicular como en la lútea en el mismo ciclo menstrual resultó en un número similar de blastocistos euploides en pacientes con pobre respuesta ovárica.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 106

Evaluación de la vascularidad con doppler del miometrio, endometrio y espacio subendometrial durante el ciclo menstrual

Ana Celia Mendoza Ocampo, Sergio Rosales Ortiz

Hospital de Gineco Obstetricia 4 "Luis Castelazo Ayala"

ANTECEDENTES: El ciclo menstrual es un conjunto coordinado de efectos inhibitorios y estimuladores que culminan en la liberación de un ovocito maduro.
OBJETIVO: Describir los cambios fisiológicos mediante ultrasonido Doppler de la vasculatura uterina durante el ciclo menstrual.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio Propestectivo, longitudinal, observacional y descriptivo realizado del 01 enero 2018 al 31 de enero 2019. Se estudiaron 83 pacientes de la consulta externa del módulo de tracto genital superior, así como personal voluntario del hospital " Luis Castelazo Ayala" del IMSS.
RESULTADOS: Los resultados se muestran el cartel digital.
CONCLUSIÓN: Existe un aumento en el flujo uterino durante el ciclo menstrual hacia la fase periovulatoria, la cual se mantiene durante la fase lútea para mejorar la receptividad uterina de haber embarazo.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 107

Evaluación del espacio subendometrial en paciantes con hemorragia uterina anormal

Ana Celia Mendoza Ocampo, Sergio Rosales Ortiz
Hospital De Gineco Obstetricia 4 "Luis Castelazo Ayala".

ANTECEDENTES: La hemorragia uterina anormal es la variación del ciclo menstrual e incluye cambios en la regularidad, frecuencia , cantidad y duración del ciclo.
OBJETIVO: Evaluar el espacio subendometrial en pacientes con hemorragia uterina anormal.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, transversal, prospectivo y observacional.
RESULTADOS: Graficas en cartel digital.
CONCLUSIÓN: Se demostró relación directa de la alteración del espacio subendometrial en pacientes con hemorragia uterina anormal. En este estudio se encontró engrosamiento del espacio subendometrial en aquellas mujeres con ciclos menstruales irregulares, duración del sangrado mayor a 7 días así como obesidad.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 108

Paralelismo anatomopatológico y ultrasonográfico del espacio subendometrial

Peredo Villa Dulce Elvia, Rosales Ortiz Sergio, Imani Razavi Fazlollah Shahram
Hospital De Gineco Obstetricia 4 "Luis Castelazo Ayala"

ANTECEDENTES: El advenimiento de nuevas técnicas de imagen y observación de tejidos ha permitido distinguir una zona entre el miometrio y el endometrio estructural y biológicamente diferente a éstas, el espacio endometrial.
OBJETIVO: Correlacionar la imagen por US del espacio endometrial con la descripción anatomopatológica.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se avaluó a las pacientes programadas para histerectomía en la UMAE No. 4 " Luis Castelazo Ayala".
RESULTADOS: En la histológica se encontró que tiene un componente de músculo liso con densidad disminuida en relación al miometrio.
CONCLUSIÓN: El espacio subendometrial es una zona real y diferente histopatológicamante al miometrio y al endometrio.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 109

Embarazo ectópico cornual. Reporte de caso

Daniela Flores Gutierrez, Juan Alberto Reyes Perales, Allan Efrain Alatorre Ordaz, Karen Yolanda Cordova Leon
Hospital General Saltillo.

ANTECEDENTES: 11 de cada 1,000 embarazos son éctopicos con origen tubario en un 95%, por lo tanto el embarazo cornual es una variedad rara de éstos, de todos solo el 2-4% se presentan en el cuerno uterino, con una mortalidad 2-3 veces mayor que en localizaciones tubáricas. Los embarazos ectópicos no tubarios se suelen diagnosticar de manera tardía, aumentando así la morbi-mortalidad materna. En Australia se llevó a cabo un protoloco con pacientes con embarazos ectópicos no tubarios y su manejo dependía, en caso que estuviera hemodinamicamente estable, principalmente del deseo de fertilidad de la paciente. En dicho estudio se incluyeron 31 pacientes con embarazos cornuales de las cuáles 14 (41%) recibieron manejo médico o conservador en primera instancia, 20 (59%) quirúrgico en primera instancia y de ellas solo 1 (7%) paciente requirió intervención quirúrgica posterior a fracaso de manejo médico; todas con favorable evolución.
OBJETIVO: Presentar el reporte de un caso de una paciente con embarazo ectópico cornual con su evolución intrahospitalaria, manejo quirúrgico y evolución postquirúrgica.
MATERIALES Y MÉTODOS: Femenino de 35 años con antecedente de embarazo ectópico hace 11 años con salpingooferectomía derecha, G4P2E1, resto de antecedentes sin importancia con embarazo de edad gestacional en ese momento de 6.1 SDG con paridad satisfecha, acude referida de médico particular por presentar sangrado transvaginal de 7 días de evolución y ultrasonido reportando embarazo ectópico

en cuerno izquierdo. A la exploración física signos vitales dentro de parámetros normales, sin datos de irritación peritoneal, al tacto vaginal cavidad eutérmica, cérvix posterior, dehiscente, fondo de sacos no abombados, sin dolor a la movilización cervical, con huellas de sangrado en guante explorador. Laboratorios de ingreso Hb 14.8 Hto 42.6 Leu 6.0 Plt 307 O (+) TP 11.3 TTP 29.6 Glu 86 Cr 0.6 B-HGC >15,000. Se decide su pase a quirófano para laparotomía exploradora.

RESULTADOS: Bajo bloqueo peridural se procede a realizar incisión media infraumbilical, se diseca por planos hasta llegar a cavidad se identifica embarazo ectópico en cuerno izquierdo (imagen 1) se procede a ligar A. uterovárica izquierda y se ligan ambos ligamentos redondos como profilaxis para hemorragia, se coloca Heaney en cuerno uterino izquierdo se corta y realiza sutura Parker-Kerr (imagen 2 y 3), anexo izquierdo sin alteraciones se realiza oclusión tubárica con técnica de Uchida, se observa ausencia quirúrgica de ovario derecho, con cuenta completa y un sangrado aproximado de 100cc se procede a cierre por planos y se da por terminado el procedimiento. Con adecuada evolución dentro de las primeras 24 horas del procedimiento y laboratorios de control dentro de parámetros normales Hb 13 Hto 37.2 Leu 12.5 Plq 287 se decide su egreso.

CONCLUSIÓN: En México la principal causa de mortalidad materna es la hemorragia obstétrica en donde los embarazos ectópicos juegan un papel muy importante. El diagnóstico oportuno previo a la ruptura de un embarazo ectópico así como su tratamiento, tanto médico como quirúrgico, es necesario para disminuir la morbi-mortalidad causada por la hemorragia en ésta entidad.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 110

Embarazo gemelar monocorial tetraamniótico. Reporte de un caso

Miriam G. Aguilar Báez, Marlín Guzmán Esquivel
Hospital de especialidades del niño y la mujer, SESEQ, Queretaro.

ANTECEDENTES: La incidencia de embarazos multiples ha aumentado en las ultimas décadas hastal 40% en la taza de embarazos gemelares y de tres a cuatro veces en embarazos multiples de alto orden.

OBJETIVO: En el caso de embarazo monocorial tetraamnióticos su incidencia y casos no se encuentra reporte de estos y de existir es por reproducción asistida sin encontrar evidencia de casos por embarazo espontaneo

MATERIALES Y MÉTODOS: Paciente primigesta de 31 años que acude a control prenatal, la cual se detecta desde el primer trimestre un embarazo multiple con 4 productos monocorial tetraamniótico.

RESULTADOS: Se obtiene 4 productos del sexo femenino de 28sdg por Ballard se corrobora placenta monocorial tetraamniótica.

CONCLUSIÓN: El embarazo gemelar monocorial tetraamniótico es una identidad de los de alto orden de muy rara presentación.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 111

Síndrome de espejo. Reporte de un caso

Miriam G. Aguilar Báez, Jennifer González Escobedo, Francisco Méndez Aguilar
Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer, SESEQ, Querétaro.

ANTECEDENTES: El Síndrome de Ballantyne se caracteriza por la asociación de hidrops fetal, edema placentario y edema materno generalizado. Es el denominado "Mirror Sindrome" o "Síndrome del Espejo" o síndrome del triple edema (edema en el feto, placenta y madre) fue descrito por primera vez en 1892.

OBJETIVO: La expresión clínica del síndrome en espejo va en relación a que la patología materna es el reflejo de la patología fetal. No existe una incidencia establecida por el bajo numero de casos.

MATERIALES Y MÉTODOS: Paciente de 29 años de edad, Gesta 2, Para 1, con FUM que corresponde con embarazo de 19.2 SDG en su valoración por primera vez en consulta urgencias en Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer.

RESULTADOS: Según graficas en cartel digital.

CONCLUSIÓN: Paciente que curso con patología evidentemente relacionada al estado fetal, de aquí la importancia de las valoraciones prenatales y el seguimiento puntual de los cambios en el feto y relacionar con la clínica y bioquímica materna.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 112

Resultados perinatales en pacientes con diagnóstico fetal de ventriculomegalia

Dávila Escamilla Iván V., Gómez Torres P. Cecilia, Nieto Sanjuanero Adriana, Barreto Arroyo Itzel
Universidad Autónoma de Nuevo León, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González.

ANTECEDENTES: La ventriculomegalia es definida como la dilatación de los ventrículos cerebrales fetales, con un diámetro mayor de 10 mm en la ecografía prenatal. El diámetro del atrio ventricular se mantiene estable entre las 15 y 40 semanas de gestación.

OBJETIVO: El objetivo de este estudio es determinar la incidencia,

etiología, criterios diagnósticos y resultados perinatales del diagnóstico prenatal de ventriculomegalia fetal.
MATERIALES Y MÉTODOS: Para la obtención de la información se ingresaron a la base de datos aquellas pacientes con criterios de diagnóstico de ventriculomegalia fetal (diámetro del ventrículo lateral >10 mm) independiente de la edad gestacional, diagnosticadas en nuestro medio hospitalario en el periodo de mayo 2017 a mayo 2019.
RESULTADOS: En nuestro estudio, se registraron 14 pacientes con diagnóstico de ventriculomegalia fetal, 13 de ellos eran bilaterales (92%), la relación del feto femenino al masculino fue de 5:9, Mediana de la edad gestacional al momento del diagnóstico fue de 29 semanas.
CONCLUSIÓN: Es de vital importancia un diagnóstico prenatal oportuno, en donde podamos obtener una información detallada acerca de las malformaciones observadas así como de su etiología, para brindar al recién nacido el mejor escenario al momento de su nacimiento.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 113

Hemorragia intracraneal fetal. Reporte de un caso

Dávila Escamilla Iván V, Gómez Torres P. Cecilia, Rodríguez Garza, Claudia Yasbek, Garza González Carolina
Universidad Autónoma de Nuevo León, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González.

ANTECEDENTES: Las hemorragias intracraneales son eventos frecuentes en neonatos prematuros, sin embargo en fetos in útero son complicaciones raras de la cual se desconoce su incidencia exacta, se estima que ocurre aproximadamente en 1 de cada 10,000 nacimientos
OBJETIVO: Valorar si existen áreas de isquemia asociadas así como la anatomía del sistema ventricular detallada. El pronostico es determinado por el grado de extensión de la hemorragia. Actualmente no existe consenso o guías que dicten el manejo en este tipo de patologías.
MATERIALES Y MÉTODOS: Paciente femenino de 29 años de edad, Inicia control prenatal a las 5 semanas de gestación, con un total de 15 consultas, refiere no realizarse US genético, se realizo US anatómico 23 semanas de gestación encontrando los siguientes hallazgos: Producto único vivo.
RESULTADOS: A las 39 semanas de gestación se realiza cesárea electiva, evento obstétrico sin eventualidades obteniéndose un producto con adecuado esfuerzo respiratorio, femenino, de 3210 gramos, Apgar 7-9.
CONCLUSIÓN: La hemorragia intracraneal en fetos puede ser diagnosticada durante el embarazo mediante ultrasonografía, por lo que el ultrasonido anatómico es de vital importancia en estos casos así como la referencia a médicos especialistas en neurosonografía.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 114

Circunferencia abdominal como predictor de desenlaces perinatales adversos en pacientes con diabetes pregestacional

Andrea Nathalia González Vargas
Instituto Nacional de Perinatología.

ANTECEDENTES: La diabetes pregestacional es una enfermedad endocrino-metabólica, que se caracteriza por hiperglucemia, que puede ser causada por dos mecanismos
OBJETIVO: Describir los resultados perinatales en hijos de mujeres con diabetes pregestacionalsegún el percentil 75 de la circunferencia abdominal y el control o descontrol glicémico seguidas por la clinica de diabetes de la unidad de Medicina Fetal.
MATERIALES Y MÉTODOS: Se recabó la información de las pacientes diagnosticadas con diabetes pregestacional en el instituto de acuerdo a los valores sugeridos por la ADA.
RESULTADOS: Se estudiaron 139 pacientes , 74 fetos tuvieron una CA>P75 (Gráfica 1.28 controlados y 72% en descontrol)
CONCLUSIÓN: La circunferencia abdominal por encima del percentil 75 junto con el control glicémico y las variables morfométricas fetales, no mostró una relación estadisticamente significativamente con los resultados perinatales adversos tales como peso elevadoal nacimiento, óbito, parto distócico, hipoglucemis, hiperbilirrubinemia, sepsis, sindrome de dificultad respiratoria, asfixia neonatal o ingreso a la UCIN.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 115

Embarazo heterotópico espontáneo, gemelar, intrauterino y ectópico cervical con tratamiento conservador

Ana Izela García S, Francisco Méndez A, Juan Manuel Camacho R., Nelson Bautista García, Gustavo Chávez Gómez
Hospital de especialidades del niño y la mujer, SESEQ, Querétaro.

ANTECEDENTES: El embarazo heterotópico es un suceso excepcional el cual coexiste una gestación intrauterina y otra ectópica, asociado con alta morbimortalidad materna.
OBJETIVO: Descubrir la certeza del diagnostico, el sitio de implantación y las manifestaciones clinicas de la paciente.

MATERIALES Y MÉTODOS: Paciente de 39 años primigesta sin antecedentes de importancia acude por presentar sangrado tras vaginal de 3 dias de evolución sin sintomas asociados, con retraso menstrual de 5.6 semanas.
RESULTADOS: A los 30 dias de vigilancia usg con endometrio lineal y gonadotropina de 35mUi/ml, egresando del servicio.
CONCLUSIÓN: El embarazo Heterotópico se presenta de forma general un caso por cada 20,000 a 30,000 embarazos, por lo que se requiere una alta sospecha para diagnosticoy manejo temprano y oportuno teniendo como opción el manejo medico.

TRABAJO EN CARTEL
Mampara 116

Cerclaje abdominal para tratamiento de la incompetencia ístmico cervical

Berenice M. Basurto Estrada, Ana Izela García S, Juan Manuel Camacho R.
Hospital de especialidades del niño y la mujer, SESEQ, Queretaro.

ANTECEDENTES: La incompetencia istmo-cervical se define como la incapacidad de llevar un embarazo a término debido a anormalidades funcionales o estructurales del cuello uterino con una incidencia de 0.1 a 2% de todos los embarazos.
OBJETIVO: El cerclaje cervical vía abdominal es una técnica escasamente utilizada, es de mayor dificultad técnica en relación al cerclaje cervical.

MATERIALES Y MÉTODOS: Paciente de 38 años Gesta 2 parto 1 hace 15 años y antecedente de conización cervical con asa diatérmica en el 2016 secundario a displasia intraepitelial , acude a nuestra unidad a tamizaje de primer trimestre.
RESULTADOS: La paciente presento ruptura de membranas a las 37.5 sg, producto en presentación pélvica, se realizó interrupción del embarazo vía abdominal, obteniendo producto femenino de peso 3100gr. Apgar 9/9.
CONCLUSIÓN: El tratamiento para la incompetencia cervical es la colocación del cerclaje, la mayoria de la veces esté se coloca por vía vaginal, sin embargo hay ocasiones en que esto no es factible por las condiciones del cuello uterino.el cerclaje cervico-itsmico es la alternativa para manejo de estas pacientes.