



Investigación Clínica  
ISSN: 0535-5133  
riclinicas@gmail.com  
Universidad del Zulia  
Venezuela

Ginecología y Obstetricia  
Investigación Clínica, vol. 56, diciembre, 2015, pp. 952-1014  
Universidad del Zulia  
Maracaibo, Venezuela

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372940992009>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en [redalyc.org](http://redalyc.org)

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

hospitales. P.59-65. Programa de  
Administración del Sector Salud.

Universidad del Zulia. Maracaibo.  
Venezuela

**Palabras clave:** calidad asistencial,  
estándares para la acreditación,  
hospitales.

## GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

**GO-001**

**Conización con bisturí frío o asas diatermias en el tratamiento de lesiones premalignas de cuello uterino. (Cold knife cervical conization or diathermy loop in the treatment of cervical premalignant lesions)**

**Yineth Henríquez<sup>1</sup>, Nasser Baabel-Zambrano<sup>2</sup>, José Urdaneta<sup>2</sup>, Nasser Baabel-Romero<sup>4</sup>, Alfi Contreras<sup>3</sup>, Nadia Baabel<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> Programa de Especialización en Obstetricia y Ginecología. Unidad Docente Hospital Dr. Pedro García Clara <sup>2</sup> Profesor Facultad de Medicina-LUZ <sup>3</sup> Profesor Facultad de Odontología-LUZ <sup>4</sup> Escuela de Medicina- Facultad de Medicina-LUZ. Correo electrónico: baabelnasser@gmail.com

En la actualidad el cáncer de cuello uterino es el tercer cáncer ginecológico más frecuente en el mundo, con una frecuencia de 9.8% y se estima que anualmente en el mundo se diagnostican alrededor de 500.000 nuevos casos de cáncer cervical invasor, de los cuales la mitad son mortales; en países subdesarrollados es el segundo cáncer más frecuente y la neoplasia ginecológica más frecuente (1). En Latinoamérica y el Caribe más de 300000 mujeres mueren anualmente, 70% de ellas en plena capacidad reproductiva, por lo cual constituye la lesión maligna del aparato genital femenino más frecuente; observándose mayores incidencias en Bolivia, Chile y México (2). En Venezuela el cáncer de cuello uterino es una de las causas de muerte más frecuente en la población femenina, siendo la tercera causa de muerte por cáncer en la mujer (3). La historia natural de esta enfermedad implica la progresión gradual por etapas intraepiteliales preinvasoras, de acuerdo con la proporción del grosor del epitelio cervical comprometido, y alteraciones en la morfología del núcleo y citoplasma; las cuales al pasar desapercibidas o no ser tratadas evolucionan hasta carcinoma invasor en un tiempo de 15 años aproximadamente (4); la conización uterina se considera el tratamiento definitivo de las diferentes modalidades de lesiones premalignas del cuello uterino, siempre y cuando los límites exactos de la lesión sean definidos por colposcopia o cuando el espécimen histológico muestra márgenes completamente libres de lesión durante el examen cuidadoso del cono. En este contexto Se comparó la efectividad entre la conización uterina con bisturí frío o asas diatermias en el tratamiento de las lesiones premalignas de cuello

uterino en pacientes atendidas en la consulta de Patología Cervical del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital “Dr. Pedro García Clara” Ciudad Ojeda, Estado Zulia, durante el periodo 2013 – 2014. Se realizó una investigación descriptiva, comparativa y longitudinal, con un diseño prospectivo y de campo, donde se incluyeron 60 pacientes entre 18 a 40 años, las cuales fueron divididas en dos grupos de 30 pacientes cada uno. El grupo A, recibió tratamiento con asa diatermia y el grupo B, con bisturí al frío. En la tabla I puede apreciarse que el tiempo quirúrgico promedio para la conización con asas diatermias fue de  $9,2 \pm 1,3$  minutos y para la conización con bisturí fue de  $16,2 \pm 1,7$  minutos, encontrándose una diferencia significativa en los promedios ( $p<0,05$ ).

**TABLA I**  
CONIZACIÓN UTERINA EN PACIENTES CON LESIONES PREMALIGNAS  
DEL CUELLO UTERINO: TIEMPO QUIRÚRGICO

TIPO DE CONIZACION	MINUTOS (MEDIA±DE)
ASAS DIATERMIAS	$9,2 \pm 1,3$
BISTURÍ FRÍO	$16,2 \pm 1,7$

\*  $p<0,05$  (estadísticamente significativa).

Ambos tratamientos fueron igual de efectivos para el diagnóstico y tratamiento de las lesiones cervicales, mostrando bordes libres en el 66,7% grupo A y 73,3% en el grupo B (Tabla 2). En la tabla III se evidencia que las pacientes tratadas con asas diatermia presentaron menos complicaciones que las del grupo con bisturí (26,7% y 53,3% respectivamente); se observó que la

principal complicación en ambos grupos fueron las hemorragias. Con respecto a las recidivas, estas fueron menores en las pacientes tratadas con bisturí al frío que con las tratadas con asas diatermia (20% y 33,3%), aunque estas diferencias en los promedios no fueron estadísticamente significativas (Tabla IV).

**TABLA II**

CONIZACIÓN UTERINA EN PACIENTES CON LESIONES PREMALIGNAS  
DEL CUELLO UTERINO: COMPROMISOS DE LOS BORDES POSTERIOR A LA  
CONIZACIÓN

ANALISIS		GRUPO A ASA DIATERMIAS		GRUPOS BISTURI FRIO	
		Fa	%	Fa	%
BORDES LIBRES	20	66,7		22	73,3
PRESENTES	06	20,0		06	20,0
AUSENTES	04	13,3		02	06,7

**TABLA III**

CONIZACIÓN UTERINA EN PACIENTES CON LESIONES PREMALIGNAS  
DEL CUELLO UTERINO: COMPLICACIONES

ANALISIS		GRUPO A ASA DIATERMIAS		GRUPOS BISTURI FRIO	
		Fa	%	Fa	%
PRESENTES	08	26,7		16	53,3
AUSENTES	22	73,3		14	46,7

**TABLA IV**

CONIZACIÓN UTERINA EN PACIENTES CON LESIONES PREMALIGNAS  
DEL CUELLO UTERINO: RECIDIVAS

ANALISIS		GRUPO A ASA DIATERMIAS		GRUPOS BISTURI FRIO	
		Fa	%	Fa	%
PRESENTES	10	33,3		06	20,0
AUSENTES	20	66,7		24	80,0

Si bien ambos tratamiento (asas diatermias y bisturí frío) resultaron ser efectivas para el tratamiento de las LIEAG, con baja

frecuencia de complicaciones y recidivas, el Asa diatermia mostró presentar mejores ventajas que el bisturí frío, en cuanto ésta presento

un menor tiempo quirúrgico y menos pacientes con complicaciones; aunque hubo menor recidivas con el bisturí frío.

### Referencias

- 1. Urdaneta JR, Uhia AM, Cepeda M, Guerra M, Baabel N, Contreras AJ.** Conización con asas diatermias en lesiones premalignas de cuello uterino. *Prog Obstet Ginecol.* 2011; 54(10): 511-517.
- 2. Pinto ML.** Persistencia o recidivas de NIC en pacientes conizadas. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2013; 73 (2): 98-106.
- 3. Serrano DL, Millan MM, Fajardo Y, Sánchez C.** Lesiones preinvasivas del cuello uterino. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2012; 38 (3): 366-377
- 4. Agüero A, Castillo K, González M.** Neoplasia intraepitelial cervical de alto grado en mujeres menores de 25 años y mayores de 45 años. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2012; 72 (2): 89-102.

**Palabras clave:** Lesión premaligna de cuello uterino, Conización con bisturí al frío, Conización asas diatermias.

### GO-002

**Histeroscopia diagnóstica o legrado uterino para toma de biopsia de endometrio en pacientes con sangrado postmenopáusico.** (Diagnostic

hysteroscopy and uterine curettage for endometrial biopsy in patients with postmenopausal bleeding)

**María Marval<sup>1</sup>, Nasser Baabel-Zambrano<sup>2</sup>, José Urdaneta<sup>2</sup>, Alfi Contreras<sup>4</sup>,  
Nasser Baabel-Romero<sup>4</sup>, Nadia Baabel<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Programa de Especialización en Obstetricia y Ginecología. Unidad Docente Hospital Dr. Pedro García Clara. <sup>2</sup>Profesor Facultad de Medicina-LUZ <sup>3</sup> Profesor Facultad de Odontología-LUZ. <sup>4</sup>Estudiante de Medicina, Escuela de Medicina-Facultad de Medicina-LUZ. Correo electrónico: baabelnasser@gmail.com

El objetivo del presente estudio fue comparar la efectividad de la biopsia de endometrio obtenida mediante histeroscopia diagnóstica con el legrado uterino en pacientes postmenopáusicas con sangrado uterino anormal, atendidas en la consulta de Ginecología del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital “Dr. Pedro García Clara” de Ciudad Ojeda, Estado Zulia. La investigación fue de tipo explicativa, con diseño cuasi experimental y prospectivo; se atendieron 50 mujeres posmenopáusicas, con hemorragia uterina anormal, separadas en dos grupos para toma de biopsia endometrial por histeroscopia o legrado uterino. Se utilizó un histeroscopio operatorio de consultorio tipo Bettoqui y Storz con solución fisiológica como medio de distensión uterina. Las muestras fueron procesadas en el servicio de anatomía patológica de la institución. En cuanto a la calidad de la muestra con la histeroscopia fue suficiente en 80% y por legrado uterino sólo en 44%. La presencia de dolor y hemorragia en las pacientes bajo legrado uterino fue en 20% y 8%, respectivamente; mientras que con la histeroscopia sólo se observó dolor en 12%. Los diagnósticos de las muestras tomadas por legrado fueron principalmente endometritis crónica (24%) e hiperplasia endometrial (12%); con las muestras obtenidas bajo histeroscopia se pudieron realizar mayores diagnósticos: endometritis crónica (28%), hiperplasia endometrial (28%), pólipos (8%), atrofia (8%), adenocarcinoma (4%) y miomas (4%). En conclusión, la histeroscopia permite obtener una biopsia de mejor calidad y realizar mejores diagnósticos, incluyendo la detección del cáncer endometrial.

**Palabras clave:** Histeroscopia diagnóstica, legrado uterino, biopsia de endometrio, sangrado postmenopáusico.

**GO-003**

**Infección por *Chlamydia trachomatis* en gestantes con amenaza de parto pretérmino.** (Infection by *Chlamydia trachomatis* in pregnant women with threat of preterm delivery)

**Dinorah Medina<sup>1</sup>, Nasser Baabel-Zambrano<sup>2</sup>, José Urdaneta<sup>2</sup>, Alfi Contreras<sup>3</sup>, Nasser Baabel-Romero<sup>4</sup>, Nadia Baabel<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Programa de Especialización en Obstetricia y Ginecología. Unidad Docente Hospital Dr. Pedro García Clara. <sup>2</sup>Profesor Facultad de Medicina-LUZ. <sup>3</sup>Profesor Facultad de Odontología-LUZ. <sup>4</sup>Estudiante de Medicina, Escuela de Medicina-Facultad de Medicina-LUZ. Correo electrónico: baabelnasser@gmail.com

El parto pretérmino continua siendo un problema de salud pública determinante de morbilidad neonatal, por tanto se propuso determinar la infección por *Chlamydia trachomatis*(CT) en gestantes con amenaza de parto pretérmino atendidas en el Hospital "Dr. Pedro García Clara" de Ciudad Ojeda, estado Zulia. Investigación descriptiva y aplicada, con diseño no experimental y transversal, donde se tomaron muestras sanguíneas para determinar anticuerpos séricos anti-CT e hisopado cervical para diagnóstico molecular de CT a 30 pacientes con amenaza de parto pretérmino. Se encontró una edad promedio de  $26,5 \pm 6,3$  años, mientras que la edad gestacional correspondió a  $31,7 \pm 3,1$  semanas; asimismo, predominaron el estrato socioeconómico tipo III (46,6%), estado civil concubina (56,7%), nivel de escolaridad secundaria (40%). Un 16% y 40% resultaron positivas para la determinación de anticuerpos IgG e IgM anti-CT, respectivamente. El 40% presentó diagnóstico molecular positivo. Se demostró que existe una diferencia estadísticamente significativa para el riesgo de edad de la primera relación sexual inferior a 17 años y número de parejas sexuales. No se encontró relación estadística significativa ( $p > 0,05$ ) entre el riesgo de presentar enfermedad inflamatoria pélvica, aborto previo y antecedente de parto prematuro. Los hallazgos y manifestaciones clínicas asociadas con CT fueron la descarga

vaginal (54,5%) y el dolor abdominal (45,8%). Se concluye que la infección genital por CT en gestantes con amenaza de parto pretérmino es frecuente, especialmente en aquellas con edades entre 20-25 años, con más de una pareja sexual y relaciones sexuales antes de los 17 años.

**Palabras clave:** Infección, Chlamydia trachomatis, Gestantes, parto pretérmino.

#### GO-004

**Anomalías congénitas asociadas con el embarazo múltiple. Hospital del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (I.V.S.S.) "Dr. Adolfo Pons". Maracaibo, Estado Zulia. Periodo 2010-2015.** (Congenital anomalies associated with multiple pregnancy. Hospital of the Venezuelan Institute of Social Security "Dr. Adolfo Pons". Maracaibo, Zulia state. Period 2010-2015)

**Ivonne Valbuena<sup>1</sup>, María Carmona<sup>2</sup>, Mildred García<sup>3</sup>, Henry Pernalete<sup>2</sup>.**

<sup>1</sup>Servicio de Anatomía Patológica, Hospital I.V.S.S. "Dr. Adolfo Pons", <sup>2</sup>Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital I.V.S.S. "Dr. Adolfo Pons", <sup>3</sup>Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Central "Dr. Urquizaona". Correo Electrónico: mariaflorcarmona@gmail.com

Se incluyen cuatro entidades asociadas con el embarazo múltiple. El feto Evanescente (vanishing twin) el cual engloba la desaparición de uno o más sacos gestacionales o embriones. Esta entidad puede ser descubierta gracias a la realización temprana del control ecográfico que permite el diagnóstico de embarazo gemelar, de la muerte del gemelo y de su evolución, o en el momento del parto visualizar una anormalidad placentaria como quiste, fibrina subcorionica o material amorfo en forma discoidal en los anexos ovulares o puede ser un hallazgo histopatológico posterior al parto al encontrar un remanente embrionario en la placenta; esto ocurre en las primeras semanas de gestación. El feto Papiráceo es un feto retenido con deshidratación de los tejidos, que no se reabsorbió, pequeño, generalmente en proceso de descomposición, fallece al inicio del segundo trimestre, en estos fetos se observa hueso, cartílago y la disección de tejidos tras la muerte fetal <sup>(1)(3)</sup>. El feto Compresus es un feto de mayor tamaño, se observa bien semejante a un proceso de momificación con

deshidratación o puede visualizarse como una silueta fetal amorfa donde la compresión es efectuada por su gemelo durante el crecimiento uterino, observándose estructuras óseas craneales y de huesos largos por ecografía o radiología, fallece después de las 18 semanas de gestación <sup>(1)(2)(3)</sup>. El feto Acardio es un feto con ausencia de corazón y múltiples malformaciones, con extremidades poco desarrolladas, a veces sin ellas, ausencia de cráneo o unido a la placenta, considerado como “parasito” de su hermano gemelo<sup>(1)(2)(3)</sup>; se clasifica histológicamente en Acefalo u Holocardio (65%), sin cabeza y extremidades inferiores con diversos grados de desarrollo, sin órganos torácicos ni abdominales; Anceps o Hemicardio (22%), con esbozo de huesos faciales y extremidades poco desarrolladas. Amorfo (8%) con huesos, cartílago y músculo, sin órganos reconocibles; Acormus (4%), con la cabeza unida a la placenta y el Miocéfalo (1%) semejante al amorfo pero con extremidades rudimentarias. Se reportó el diagnóstico anatomopatológico de las anomalías congénitas asociadas con el embarazo múltiple en el Servicio de Anatomía Patológica. Estudio prospectivo (2 casos) y retrospectivo (4 casos) entre enero del 2010 y marzo 2015, donde se realizó la revisión de los informes de biopsias (17.223 biopsias), seleccionando los casos inherentes a la patología en estudio, se revisaron las historias clínicas para obtener datos y antecedentes importantes; además se revisaron los casos de interconsulta de fetos con malformaciones congénitas procedentes de otros centros hospitalarios de la región.

Caso número 1: Se recibió material enviado para interconsulta del Hospital Central “Dr. Urquinaona” Se identificó como 10BI-10: Feto de 20 cm., de longitud, peso: 550 grs., al examen externo el polo cefálico es globuloso, cubierto de pelo y con un

pliegue revestido de piel y presencia de pelos en el lado derecho de 5x3x2cm., presenta amelia de miembros superiores y segmento caudal fusionado formando un solo miembro inferior con cinco dedos rudimentarios y escoliosis de columna

vertebral con convexidad ventral; no se observan genitales externos. Al corte polo céfalo-torácico con acefalia, acardia y agenesia traqueobroncopulmonar. Se observa presencia de hemidiafragma; en la cavidad abdominal se encuentran esbozo pancreático, agenesia hepática, segmentos atrésicos en tracto digestivo y tejido gonadal intraperitoneal; no se observa ano ni vagina, no se recibió placenta; estudio radiológico reportó ausencia de calcificación de cavidad craneal

excepto en la zona del foramen magnum y normal desarrollo costal. Estudio microscópico: contenido intratorácico sobre un fondo de tejido mesenquimal se diferencian vasos sanguíneos, tejido fibroadiposo, muscular y cartilaginoso, formando primordios bronquiales aberrantes recubiertos por mucosa respiratoria, el tejido gonadal identificado como ovogonias que demuestran la diferenciación ovárica; diagnóstico: feto acardio miocéfalo (Fig. 1)



Fig. 1

Caso número 2: Se recibió feto y placenta para biopsia; se identificó como 10B-849, se reportó Feto de sexo femenino, de 5 meses aproximadamente de edad gestacional, papiráceo, sin



Fig. 2

malformaciones congénitas externas; placenta monocorial, biamniótica; cordón umbilical con dos luces vasculares, arteria umbilical única. Caso número 3: Se recibió para biopsia, placenta y anexos ovulares,

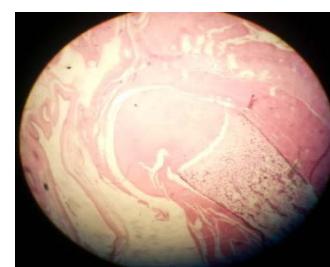


Fig. 3

se identificó como 14B-1564; se reportó placenta con lóbulo accesorio de 8x5x3.5cm., unido a la placenta a través de las membranas ovulares, las cuales eran incompletas grisáceas, con lesión ovalada, aplanada, parda, de 6x3.5x04cm, superficie lisa, al corte parda con áreas calcificadas, firme (fig. 2). Estudio microscópico reportó masas de cartílago hialino ubicadas longitudinalmente con focos de calcificación endocondral correspondientes a somitas, ubicadas en membranas ovulares, hallazgos histopatológicos compatibles con Feto Evanescente (Vanishing twin). (fig. 3). Caso número 4: Se recibieron para biopsias, dos fetos y una placenta, se identificaron y reportaron como: Feto#1(14B3791) feto de sexo femenino, de 4 meses aproximadamente de edad gestacional, sin malformaciones congénitas externas ni internas. Feto#2(14B3792) feto de sexo femenino, papiráceo, de 3 meses aproximadamente de edad gestacional, con malformación

congénita del cordón umbilical tipo estenosis multifocal. Placenta monocorial, biamniótica (Fig. 4). Caso número 5: Se recibió feto femenino muerto, al cual se le solicitó autopsia y placenta para biopsia, la cual se identificó 15B-422, se reportó como placenta con feto compreso, aplanado, de 4 meses aproximadamente de edad gestacional, adosado a las membranas ovulares con cordón umbilical delgado. Placenta monocorial, monoamniótica, hematoma retroplacentario. Ecograma obstétrico reportó embarazo múltiple, gemelar con feto compreso, plegado sobre sí mismo, cabalgamiento y aplanamiento de huesos con biometría de 18 semanas de huesos largos (Fig. 5). Caso número 6: Se recibió feto y placenta, se identificó como 15B-529, se reportó: feto compreso de 6 meses aproximadamente de edad gestacional, femenino, sin malformaciones congénitas externas aparentes, cordón umbilical con malformación congénita tipo

estenosis, en su inserción fetal (Fig. 6); Placenta monocorial, monoamniótica con dos cordones umbilicales de inserción velamentosa, entrelazados (Fig. 7), uno de ellos con arteria umbilical única. En los embarazos múltiples, una de las complicaciones más importante es la muerte fetal de un gemelo, la

incidencia es variable de 0.5%-6.8%<sup>(3)</sup>; el riesgo de morbilidad del gemelo vivo dependerá de la edad gestacional, de la causa de muerte fetal, del tipo de corionidad, de la existencia de circulación compartida, así como del tiempo que transcurre entre la muerte fetal y el parto del gemelo vivo<sup>(3)</sup>.



Fig. 4



Fig. 5



Fig. 6



Fig. 7

## Referencias

1. Luna G, Barragán G, Cruz M. Feto compreso y feto papiráceo. Diferencias clínicas, tres casos. Ginecol Obstet Mex. 2011; 79(5):313-318
2. Vasquéz D, Lanegra F. Feto evanescente, feto compreso, feto papiráceo. Interciencia 2013; 4(3):121-125

3. Chipana M, Guardia L, Arribas T, Rojas B. Feto papiráceo en gestación gemelar y síndrome de Edwards: A propósito de un caso. Rev Cient Cienc Méd 2014; 17(1):43-46

**Palabras claves:** Embarazo múltiple, feto evanescente, feto papiráceo, feto compreso, feto acardio.

**GO-005**

**Leiomiomatosis peritoneal diseminada: reporte de un caso. Hospital del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (I.V.S.S.) “Dr. Adolfo Pons”**

**Maracaibo, Estado Zulia.** (Disseminated Peritoneal Leiomyomatosis: a case report. Hospital in the venezuelan institute of social insurance “Dr. Adolfo Pons”. Maracaibo Zulia state.)

**María Flor Carmona<sup>1</sup>, Ivonne Valbuena<sup>2</sup>, Mariana Duran<sup>2</sup>, Nathalia Medina<sup>2</sup>, Giovanni Gonzalez<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup>Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital I.V.S.S. “Dr. Adolfo Pons”,

<sup>2</sup>Servicio de Anatomía Patológica, Hospital I.V.S.S. “Dr. Adolfo Pons”. Correo electrónico: mariaflorcarmona@gmail.com

La Leiomatosis peritoneal diseminada es una patología poco frecuente, se han reportado menos de 150 casos a nivel mundial, se caracteriza por la presencia de numerosos nódulos de músculo liso peritoneales o subperitoneales. El objetivo del presente estudio fue exponer esta entidad tan infrecuente y la posibilidad de confundirla con tumoraciones peritoneales malignas. Se presenta el caso de una paciente de 34 años de edad, nuligesta con infertilidad primaria de 3 años, con diagnóstico de miomatosis uterina, durante la cirugía se realizan exéresis de múltiples miomas uterinos, se evidencia una gran masa paraanexial derecha de aspecto mixto y muy vascularizado que macroscópicamente impresiona maligno, se realiza biopsia por congelación la cual reporto negativo para malignidad; al explorar cavidad abdominal se evidencian múltiples lesiones lobuladas en epiplón y peritoneo parietal; debido a sospechas de malignidad, se realiza histerectomía abdominal total más ooforosalpingectomía bilateral y resección de dos nódulos de la cavidad abdominal, que son valoradas por el patólogo el cual reporta una neoplasia benigna de músculo liso: leiomioma celular, y se confirma con estudio inmunohistoquímico. La Leiomiomatosis Peritoneal Diseminada se caracteriza por el desarrollo de múltiples miomas en la cavidad peritoneal que semejan una enfermedad maligna. Estos tumores expresan receptores hormonales, desarrollándose generalmente en pacientes en edad reproductiva y asociándose a miomatosis uterinas, como en el presente caso. La

sospecha preoperatoria es muy difícil, generalmente el diagnóstico se hace durante la cirugía y el diagnóstico definitivo es histológico. El pronóstico es favorable aunque se han reportados pocos casos de transformación maligna.

**Palabras clave:** leiomiomatosis peritoneal diseminada.

#### GO-006

**Embarazo Ectópico Abdominal a término: a propósito de un caso.** (Full-term abdominal ectopic pregnancy: apropos of a case)

**Yulimar Castillo<sup>1</sup>, Trina Núñez<sup>1</sup>, Joselyn Flores<sup>1</sup>, Dinorah Medina<sup>1</sup>, Diana Rubio<sup>1</sup>, Angelci Hernandez<sup>1</sup>, Nasser Baabel Z<sup>2</sup>, Marcos Palacio<sup>3</sup>.**

<sup>1</sup>Residente de Postgrado de Obstetricia y Ginecología IVSS-LUZ. <sup>2</sup>Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología. <sup>3</sup>Adjunto del Servicio de Medicina Interna. Hospital “Dr. Pedro García Clara” IVSS. Ciudad Ojeda. Estado Zulia. Venezuela. Correo electrónico: trisnuva@hotmail.com

El embarazo ectópico es una patología con una incidencia de 1-2% del total de los embarazos. La mayoría de las implantaciones extrauterinas se localizan en la trompa de Falopio (95 a 99%) e involucran los diferentes segmentos de la misma con una frecuencia variable. El 55 a 60% ocurren en el ámpula, siendo ésta el sitio más común. La implantación en el istmo constituye el 25% de los casos, la fimbria se ve involucrada en el 15% y el segmento intersticial entre el 2 y 3%. La implantación en ovario y cérvix representa solamente 1 a 2% de todos los embarazos ectópicos; mientras que <1 % corresponden a implantaciones abdominales, en donde la implantación del trofoblasto se produce en el peritoneo (1). El embarazo abdominal se clasifica como primario o secundario. Para considerar que el embarazo es primario (o verdadero) debe cumplir con los criterios de Studdiford descritos en 1942: 1) las dos trompas y los ovarios deben estar normales, sin evidencia de trauma reciente o remoto; 2) no debe existir evidencia de fistulas útero-peritoneales, y 3) el embarazo debe estar confinado exclusivamente en la superficie peritoneal sin relación con la fimbria tubárica que implique la posibilidad de una implantación secundaria después de una nidación

en la trompa (2). La morbilidad y la mortalidad materna suelen ser altas, el riesgo de muerte es de 7 a 8 veces mayor que el de un embarazo ectópico tubárico y 90 veces mayor que en un embarazo intrauterino. En las últimas décadas ha aumentado la frecuencia de embarazos ectópicos; sin embargo, ha existido disminución de la mortalidad, lo que se ha visto favorecida por un diagnóstico oportuno, precoz y un tratamiento quirúrgico inmediato (3). El diagnóstico del embarazo abdominal resulta muy difícil, lo que representa un gran problema obstétrico, con una mortalidad materna aproximada de 18% y una mortalidad perinatal de 95%. Por otro lado, cuando se establece el diagnóstico y se decide interrumpir el embarazo, se plantea otra situación, el manejo de la placenta. Esta entidad es un reto, ya que el cuadro clínico es inespecífico e incluye dolor abdominal leve, difuso, sensación de peso abdominal, amenorrea y sangrado genital. Además, el ultrasonido sólo permite establecer el diagnóstico en el 50% de los casos, aun con excelentes equipos y buen entrenamiento del evaluador (4). El objetivo de esta investigación es describir el caso clínico de un embarazo ectópico abdominal a término con feto vivo, tratado en el servicio del hospital “Dr. Pedro García Clara”, lo cual es un evento muy poco frecuente, motivando su presentación y revisión de la literatura. Se trata de paciente de 28 años de edad, VI gesta-IV para-cesárea, con FUR imprecisa, la cual es ingresada en la institución para realización de cesárea segmentaria electiva debido a que presenta distocia de presentación fetal (podálico) y por su antecedente quirúrgico. Es ingresada con los diagnósticos de: 1) Embarazo Simple de 39,2 semanas por ecografía, 2) Presentación Podálica, 3) ARO: I cesárea anterior y 4) Multiparidad. Entre sus antecedentes niega patologías de importancia, refiere realización de cesárea segmentaria en año 2011 por RPM, embarazo con 5 consultas de control en un ambulatorio de su localidad, preoperatorio completo, y trae 3 estudios ecográficos previos que reportan embarazo intrauterino con feto único en presentación podálica y placenta fundica. Se prepara para pabellón electivo y durante el acto operatorio se evidencia: a) Saco amniótico en cavidad abdominal

con líquido amarillento con grumos, del cual se extrae RN vivo femenino AT-AEG de 2800grs y 48cms con APGAR al 1': 8 puntos y 5':9 puntos, b) Placenta adherida al cuerno, trompa y ovario izquierdo y a parte del epiplón, la cual se extrae mediante adherensiólisis, c) Útero no gestante con tamaño no acorde a amenorrea, de 13cms aproximadamente (ver imagen 1), d) Ovario derecho y trompa derecha de aspecto normal con síndrome adherencial, e) Se conservan útero y anexos derechos, y se realiza ooforosalpingectomía izquierda. La paciente permanece en observación donde se corrigen cifras de hemoglobina y el RN es ingresado en reten por presentar deformidad en cabeza y tórax donde neonatología reporta que se debe a la posición durante la gestación y los estudios para descartar otras anomalías congénitas resultan negativos. A las 48 horas pasan ambos a hospitalización, se le realizan controles ecográficos y de  $\beta$ HCG a la madre mostrando una evolución satisfactoria, y ambos fueron egresados a los 6 días postparto sin otras complicaciones. Los resultados de las muestras tomadas para anatomía patológica confirman la naturaleza abdominal de la gestación, reportando: tejido trofoblástico en epiplón y trompa izquierda, además de reacción decidual en endometrio sin presencia de vellosidades coriónicas.



**Fig. 1.** útero no gestante de 13cms aproximadamente, con adherencias en el sitio donde se encontraba la placenta.

El embarazo abdominal es una de las entidades más infrecuentes encontradas en la práctica obstétrica

y aún más los que llegan a término, ya que la mayoría de los fetos perecen. Su incidencia general es de

1x10.000 nacidos vivos, y en Venezuela se calcula entre 1x22.000 a 1x50.000 embarazos. Las gestaciones abdominales que llegan a tercer trimestre son excepcionales, suponiendo 1 de cada 65.000 embarazos (5). La morbi-mortalidad materna y fetal es elevada, además de la alta incidencia con que aparecen malformaciones congénitas en el RN, las posibilidades de vida son muy escasas de ahí que el 95 % de los mismos fallecen. En el pasado, se han informado complicaciones que incluían hemoperitoneo, fistulas, abscesos pélvicos, CID, peritonitis y sepsis causados por restos de tejido trofoblástico retenido, y muerte materna (6). La clínica y el ultrasonido son los recursos con los que podemos llegar al diagnóstico, aunque en ocasiones no es sospechado y sólo se diagnostica durante el acto quirúrgico. Cuando el diagnóstico se realiza <24 semanas se preconiza el tratamiento quirúrgico por la demostrada infrecuencia de la viabilidad fetal; en cambio >24 semanas se aboga por un tratamiento

expectante intrahospitalario, esperando la viabilidad fetal (2). En cuanto al manejo placentario intraoperatorio, la mayoría de los autores sugiere su extracción si no se encuentra firmemente adherida a un órgano no vital, de lo contrario se mantiene con seguimiento ultrasonográfico y determinaciones seriadas de gonadotrofina corionica (5). En el hospital "Dr. Pedro García Clara" la tasa de embarazos ectópicos es de 3x1.000 con una tendencia actual en aumento, pero en cuanto al embarazo ectópico de tipo abdominal este se considera el primer caso registrado desde la apertura de la institución en 1981. El caso fue catalogado como secundario, debido a que no reúne los criterios enunciados por Studdiford. Si bien es cierto que el diagnóstico del embarazo ectópico no es fácil, más difícil es poder discriminar qué tipo de ectópico se presenta; como en este caso donde se manejó un embarazo intrauterino, resultando ser un embarazo abdominal el cual llegó al término de la gestación. En

conclusión, el embarazo abdominal sigue siendo una entidad de difícil diagnóstico y manejo a pesar de los avances tecnológicos; quizás porque no se sospecha y las pacientes no asisten oportunamente a la consulta prenatal. Es necesario reforzar la educación a la población en cuanto a la importancia del control prenatal precoz, como también en cuanto a los síntomas que ameritan consultar a un centro de salud cuando se está embarazada, para contribuir de alguna manera, a disminuir los porcentajes de morbi-mortalidad materna.

## Referencias

- 1. Cruz V, Avendano A, Morales M, Olguin A, García F, Chaya M, Reyas H.** Cirugía Laparoscópica en embarazo ectópico. An Med Asoc Med Hosp ABC 2004; 49 (4): 191-194.
  - 2. Mora J, Arreaza M, Nossa H, Rodríguez J.** Embarazo abdominal avanzado: diagnóstico y manejo. Reporte de un caso y revisión de la literatura. Rev Colomb Obstet Ginecol 2014; 65 (1): 256-261.
  - 3. Mondragón H, Velásquez G, Zamora M.** Embarazo ectópico abdominal primario. Rev Mex Reprod 2011; 3 (3): 133-137.
  - 4. Rumbao F, Silva M, Benítez G, Conno A, Cohen A, Pinzón A, Moros J.** Embarazo ectópico abdominal a término. Presentación de un caso y revisión de la literatura. Rev Obstet Ginecol Venez 2001; 61 (3): 183-186.
  - 5. Colmenares B, López J, Rivas M, Silva D.** Embarazo ectópico abdominal: caso clínico. Rev Obstet Ginecol Venez 2002; 62 (4): 279-281.
  - 6. López J, Rodríguez R, Lugones M, Fernández J.** Embarazo abdominal con 62 semanas de duración. Presentación de un caso y revisión de la entidad. Rev Cubana Obstet Ginecol 2006; 32 (2): 1-6.
- Palabras clave:** embarazo, ectópico, abdominal, a término.

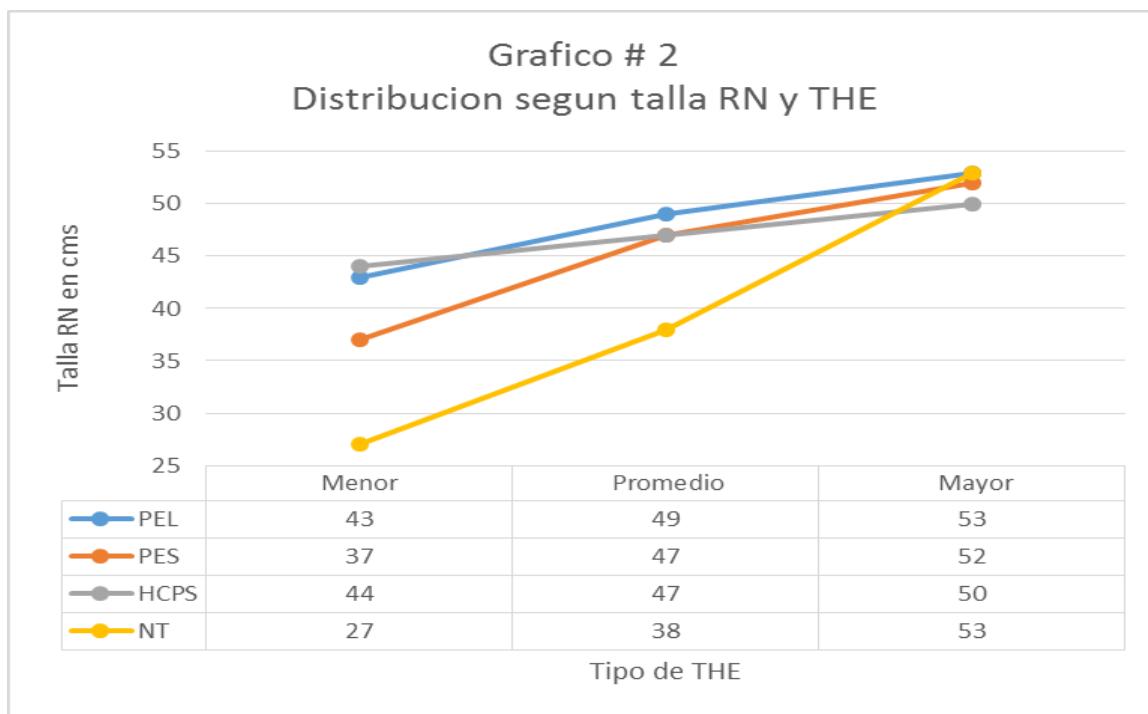
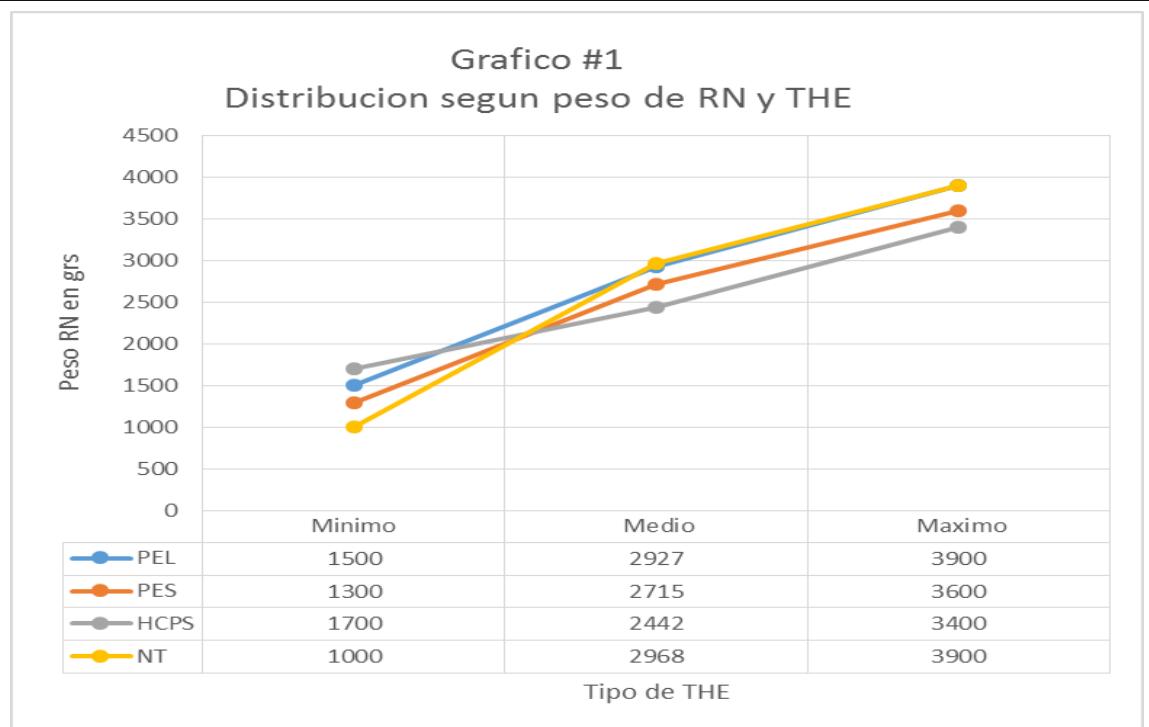
**Correlación entre peso y talla de recién nacidos producto de embarazadas con trastornos hipertensivos del embarazo. (Correlation between weight and height of newborns product of pregnant with hypertensive disorders of pregnancy)**

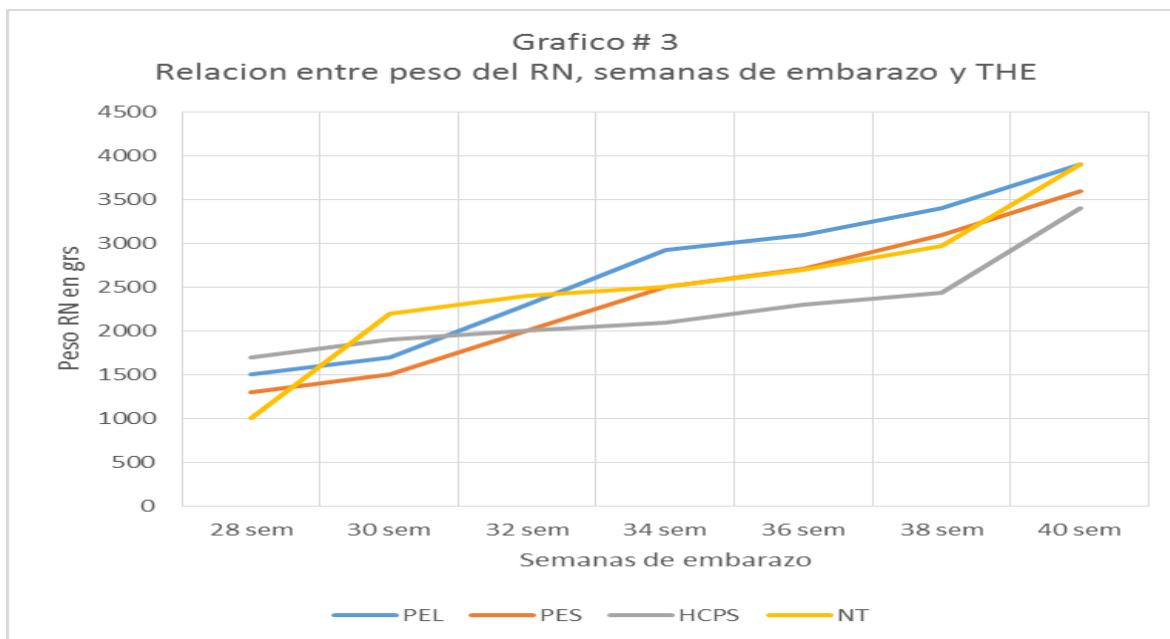
**Alex Cordero<sup>1</sup>, Nelkys Córdova<sup>1</sup>, Alejandro Crespo<sup>1</sup>, Sarai García<sup>1</sup>, Noren Villalobos<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup>Catedra de Anatomía Humana<sup>1</sup>, Departamento de Ciencias Morfológicas, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina - LUZ. Maracaibo. Zulia. Venezuela. Correo electrónico: aljo\_corde@hotmail.com

Los trastornos hipertensivos del embarazo (THE), a los cuales pertenecen la preeclampsia (PE), hipertensión crónica (HC), hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada (HCPS) corresponden a un problema de salud pública que afecta del 5% al 10% del total de las gestaciones [1]. De forma general, obedecen a un conjunto de enfermedades que tienen como sustrato biológico alteraciones vasculares que repercuten de forma negativa tanto el transcurrir de la gestación y en algunos casos, aún después de culminada esta, repercusión que se extiende tanto a la madre como al recién nacido (RN) [2]. El mismo establecimiento de una insuficiencia placentaria, tan estudiada y conocida en lo que a la fisiopatología de estos trastornos se refiere, condiciona un estado de hipoperfusión fetal, lo que ya en vida prenatal puede ser detectado por una disminución de los diferentes diámetros corporales del producto mediante métodos de imágenes y aún mas, corroborado en la determinación de distintos valores antropométricos buscados de forma rutinaria en la atención inmediata de todo RN, valores como la talla y el peso [2]. El objetivo de esta investigación es evaluar el efecto en el peso y talla de los RN producto de madres con THE. Estudio Transversal, prospectivo, observacional y comparativo de un total de 54 RN productos de pacientes con diagnóstico de THE, donde se registran pesos y tallas de los mismos. De las 54 pacientes con diagnóstico de THE, 34 pacientes presentaron PE leve (PEL), 13 PE severa (PES) y 7 eran pacientes con HCPS. Se tomaron 50 pacientes sin THE (NT), y sin patologías obstétricas asociadas como grupo control. Las muestras y datos fueron obtenidos de la Maternidad "Dr.

Armando Castillo Plaza" del Hospital Universitario de Maracaibo, desde Julio del 2012 a Mayo del 2013. Las tallas fueron determinadas mediante el empleo de una cinta métrica convencional, y el peso con una balanza pediátrica digital inmediatamente posterior al parto. Se empleo una ficha de registro para consignar los datos de recién nacidos y una ficha para datos maternos como grado de severidad de THE. Para el almacenamiento y realización de los diferentes cálculos de los valores obtenidos, se empleó el programa SPSS, y la t de student como método de análisis estadístico. En pacientes con diagnóstico de PEL, el peso medio del RN fue de 2927,24 grs con un promedio de 38,6 semanas de embarazo (SG), un valor mínimo de 1500 grs y 34,4 SG y un valor máximo de 3900 grs y 41 SG; la talla media de 49 cms con un valor mínimo y máximo de 43 cms y 53 cms respectivamente. En las pacientes con diagnóstico de PES, el peso medio del RN fue de 2715,38 grs y 36 SG, con valores mínimos y máximo de 1300 grs y 28 SG, y 3600 grs y 41 SG respectivamente; la talla media de 47,23 cms, con un valor mínimo de 37 cms y un valor máximo 52 cms. En pacientes con diagnóstico de HCPS, peso medio del RN fue de 2442,86 grs y 38 SG, con valor mínimo y máximo de 1700 grs y 28 SG, y 3400 grs y 40 SG respectivamente; la talla media de 47 cms, con un valor mínimo de 44 cms y un valor máximo de 50 cms. El grupo NT presento un peso medio de 2.968 grs, y 38 SG, con valores mínimos de 1.000 grs y 28 SG, y máximos de 3.900 grs y 40 SG; la talla promedio fue de 38 cms con valores mínimos de 27 cms y máximos de 53 cms. (Gráficos 1 y 2).





Los RN estudiados mostraron un peso y talla mayor en pacientes con diagnóstico de PEL en relación a otros THE de mayor severidad, diferencia mucho más evidente en la variable peso, con  $p<0.01$  PES, estadísticamente significativa y de  $p<0.3$  a HCPS, refiriéndonos a los datos obtenidos de cada grupo en relación con el peso. No obstante, al comparar el grupo de PEL con el NT  $p<0.7$  no tuvo significación estadística. La diferencia fue menos importante a la hora de evaluar talla del RN donde la diferencia entre PEL

y PES fue de  $p<0.1$ , y de  $p<0.19$  con respecto al grupo NT. Según Romero, en su estudio, el RN fue pequeño para la edad gestacional más de dos veces en la PEL y tres veces mas en cuadros ya asociada con eclampsia, en relación a los RN productos de pacientes sin diagnóstico de THE. Acotan además, que más allá de alteraciones antropométricas, fueron evidentes dificultades de los RN para adaptarse al medio externo paralelo con la necesidad de reanimación y empleo de oxígeno. Esto es evidente en

nuestro estudio donde los pesos de los RN son acordes con lo deseado para la edad gestacional correspondiente, salvo nuestro peso mínimo de 1000 grs en el grupo NT, posiblemente debido a una patología obstétrica no diagnosticada, los casos de PES y HCPS tienen pesos menores al grupo PEL y NT. Es importante observar que en la mayoría de los casos de THE los embarazos han llegado al término (38 SG). (Grafico 3). El egreso menores a 2,500 gramos fueron más frecuentes en el hijo de PES o asociación a eclampsia, en relación con aquellas que cursaron con un THE leve [3]. Según Cnattingius, los datos han demostrado consistentemente que si bien existe una talla y peso reducido de forma considerable al nacer, asociado con PES, no ha sido tan bien descrita dicha situación en embarazos con PEL [4].

Ødegård encontró que embarazos complicados con PES, provocaron RN con pesos al nacer 12% menos de lo esperado, a

diferencia de los embarazos con PEL, los cuales no mostraron diferencias importantes en la disminución de dicho valor antropométrico [5]. La severidad del THE condicionó de forma más importante la disminución de la variable peso RN, existiendo una relación directa de a mayor severidad del THE, mayor disminución del peso, situación menos importante en la variable talla del RN.

## Referencias

1. **Sosa L, Guirad M.** "Estados hipertensivos del embarazo". Revista Uruguaya de Cardiología 2013; 28: 285-298
2. **Lacunza R, Pacheco-Romero J.** Preeclampsia de inicio temprano y tardío: una antigua enfermedad, nuevas ideas.
3. **Pacheco J, Villacorta A, Del Carpio L, Velásquez E, Acosta O.** Repercusión de la preeclampsia/eclampsia en la mujer peruana y su perinato, 2000-2006.
4. **S. Cnattingius, J. L. Mills, J. Yuen, O. Eriksson, and H. S. Ros,**

"The paradoxical effect of smoking in preeclamptic pregnancies: smoking reduces the incidence but increases the rates of perinatal mortality, abruptio placentae, and intrauterine growth restriction," American Journal of Obstetrics and Gynecology, vol. 177, no. 1, pp. 156–161, 1997".

5. **Resnik**, "Intrauterine growth restriction," *Obstetrics and Gynecology*, vol. 99, no. 3, pp. 490–496, 2002.

**Palabras clave:** Peso RN, Talla RN, trastornos hipertensivos.

#### GO-008

**Estudio comparativo de las características macroscópicas de los vasos sanguíneos de cordones umbilicales de embarazadas normotensas y embarazadas con trastornos hipertensivos.** (Comparative study of macroscopic characteristics of blood vessels from umbilical cords of normotensive pregnant women and pregnant women with hypertensive disorders)

**Alex Cordero<sup>1</sup>, Nelkys Córdova<sup>1</sup>, Alejandro Crespo<sup>1</sup>, Sarai García<sup>1</sup>, Noren Villalobos<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Cátedra de Anatomía, Departamento de Ciencias Morfológicas Escuela de Medicina, Facultad de Medicina – LUZ. Maracaibo. Zulia. Venezuela. Correo electrónico:sara\_esther\_64@hotmail.com

El cordón umbilical (CU) es una estructura de aspecto en forma de espiral, de tamaño variable que oscila entre los 30 y 90 cm (promedio 55 cm), con un diámetro que suele tener entre 1-2 cm, y peso alrededor de 100 gramos (1). Su función es unir el embrión o feto a la placenta. Está compuesto por dos arterias y una vena, en disposición helicoidal, rodeadas por tejido conjuntivo mucoide (gelatina de Wharton). Los vasos del CU conectan la circulación materna y fetal es decir representa la vía de unión feto-placentaria; las arterias que conducen la sangre fetal hasta la placenta donde es oxigenada y posteriormente devuelta al feto por la vena, permitiendo que se produzca el intercambio de sustancias (nutrientes y oxígeno) para el correcto desarrollo embrionario y fetal. Por lo tanto

en las situaciones en las que se alteren la estructura y función circulatoria del CU, puede resultar afectado y dañado el feto. Los trastornos hipertensivos del embarazo (THE) forman parte de las patologías que afectan directamente a la circulación de la placenta y CU, responsables de retardo del crecimiento intrauterino (2). Actualmente el estudio y la importancia de la misma está basado en dos aspectos; en el empleo de la ultrasonografía Doppler que permite el diagnóstico prenatal de anomalías estructurales del CU y sus vasos, que se asocian con frecuencia con anomalías cromosómicas- fetales, y su utilización en la obtención de células "madre" para el tratamiento de enfermedades hematológicas (3). A pesar de todo lo mencionado anteriormente, el CU es una estructura muy poco estudiada, tanto por obstetras y pediatras. El objetivo del presente trabajo es evaluar las características macroscópicas (diámetro) de los vasos sanguíneos de tan importante estructura, tanto de embarazadas normotensas (NT) y de aquellas embarazadas con (THE). Así como motivar el interés del estudio de la placenta y CU, que son elementos claves en el desarrollo adecuado intrauterino, dentro del campo de la obstetricia y pediatría.

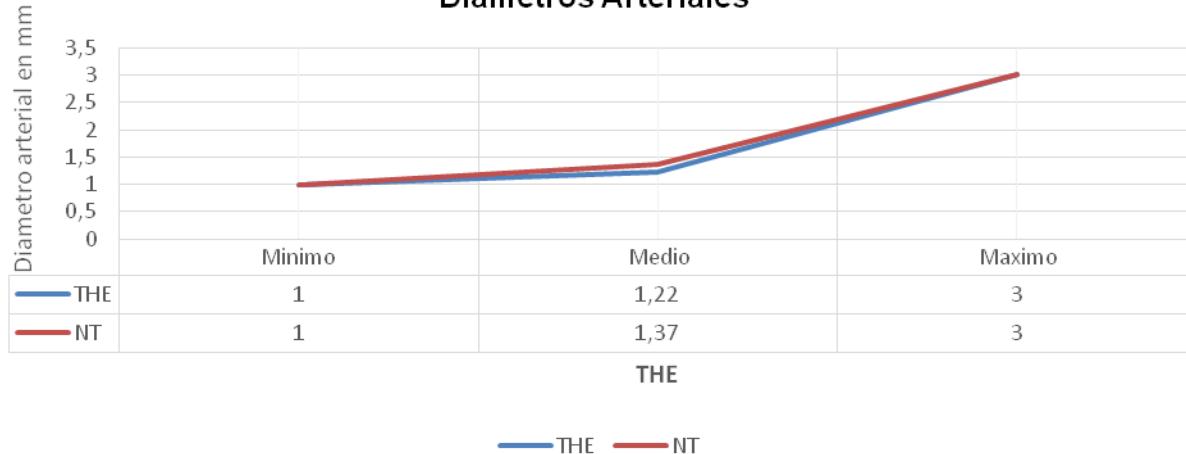
Se realizó un Estudio transversal, aleatorio, prospectivo, observacional y comparativo de un total de 100 placas con sus respectivos CU, 50 fueron tomadas de embarazadas NT y 50 con diagnóstico de THE, que acudieron a la Maternidad "Dr. Armando Castillo Plaza", Maracaibo, entre Julio del 2012 a Mayo del 2013. Se utilizó una ficha de registro clínico para consignar datos de la madre: edad,

grado de severidad del (THE) y otras patologías asociadas a la gestación. Del recién nacido se consignó: edad gestacional, peso y talla. Posteriormente las muestras fueron llevadas para su procesamiento al Instituto Anatómico del Departamento de Ciencias Morfológicas de la Cátedra de Anatomía, de la Facultad de Medicina, Universidad del Zulia. Las placas frescas se conservaron en formol al 10% y

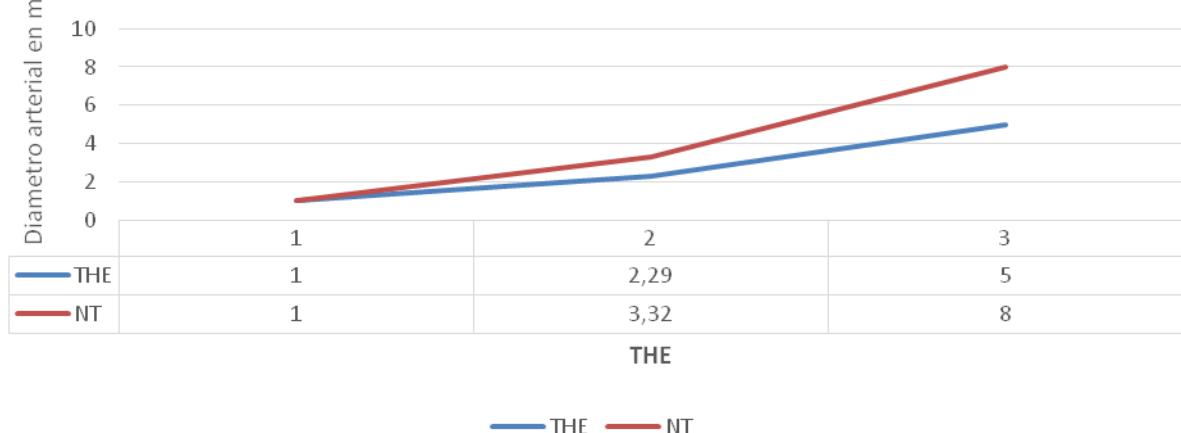
fueron fijadas por 7 días. Se evaluaron las características macroscópicas de los cordones umbilicales, mediante la medición del diámetro de arterias y venas, con una cinta métrica milimetrada. Los resultados se expresan en valores absolutos. Para determinar si las

diferencias encontradas entre los cordones umbilicales de embarazos NT y aquellas con diagnóstico de (THE) tuvieron significancia, se utilizó el programa SPSS para el análisis de datos. Se utilizó la t de student para el análisis estadístico.

**Fig. 1**  
**Diametros Arteriales**



**Fig. 2**  
**Diametros Venosos**



En los CU obtenidos de embarazadas NT el diámetro de ambas arterias tuvo un valor medio de 1,37mm, con una mínima de 1mm y un valor máximo de 3mm. En los casos con algún grado de THE los valores de sus vasos fueron los siguientes; para ambas arterias un valor medio de 1,22mm, mínima de 1mm y máximo de 3mm, (Grafico 1), con valores de  $p= 0.42$  no significativos. El diámetro de la vena en NT fue 3,32mm para el valor medio, mínima de 1mm y máximo de 8mm. En los casos de THE para la vena el valor medio fue de 2,29, mínima de 1mm y máximo de 5mm, con una  $p=0.26$ , no significativos (Grafico 2).

Los CU estudiados mostraron un diámetro similar en las arterias en embarazadas NT y con diagnóstico de THE, probablemente a que constituyen los vasos de retorno de sangre no oxigenada hacia la placenta y donde la alteración de sus capas musculares depende de grandes gradientes de presión,

mientras que en los THE lo que se produce es un aumento de la resistencia consecuencia de los agentes vasoactivos de estos estados (Grafico 1). La diferencia más notoria se observa en el diámetro de las venas, al momento de compararlo con los THE, sin embargo la diferencia no es estadísticamente significativa ( $p=0.26$ ). Las venas carecen de capa muscular media siendo más sensibles a los cambios en la presión arterial, además de encargarse de llevar la sangre oxigenada al feto, aumentando su calibre con mayor facilidad para compensar la hipoxia fetal. La presencia de patologías a nivel del sistema circulatorio placenta-cordón-feto influye directamente en el crecimiento adecuado del producto, demostrado por alteraciones antropométricas y con frecuencia de (RCIU), Según Romero, en su estudio, el RN fue pequeño para la edad gestacional más de dos veces en la preeclampsia leve y tres veces en cuadros más severos de la

preeclampsia ya asociada con eclampsia, en relación a los RN productos de pacientes sin diagnosticode algún trastorno hipertensivo (4). Esta relación ha podido ser evidente debido al estudio de las medidas antropométricas del RN producto de embarazadas con THE, mas no es el caso de estudios enfocados en valorar la morfología de los vasos sanguíneos del CU o placenta de las mismas. Así que podemos concluir con nuestro trabajo que los THE condicionaron de forma más importante la disminución de los diámetros de los vasos sanguíneos responsables de la nutrición entre otras funciones esenciales para el feto.

## Referencias

- 1. Bajo J, Melchor J, Mercé L.** Fundamentos de obstetricia (SEGO) ,Editorial Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2007 p.160-161
  - 2. Prieto, G. R.; Matamala, F. & Rojas, M.** Características morfológicas y morfométricas de la placenta de término, en recién nacidos pequeños para la edad gestacional (PEG) en la ciudad de Temuco-Chile. *Int. J. Morphol.*, 26(3):615-621, 2008
  - 3. S Bolisetty, T H H G Koh, S Hammond, K Panaretto, J Whitehall.** Correlation of umbilical cord weight with birth weightArch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2002;86:F140 doi:10.1136/fn.86.2.F140-a
  - 4. López G, Morales J, Galván H, Sosa J, Reyes U, Reyes U.** Estudio de la placenta, correlación: peso del recién nacido y peso placentario. *Bol ClinHospInfant Edo Son* 2009; 26(1): 8-12.
  - 5. Rayburn WF, Beynen A, Brinkman DL.** Umbilical cord length and intrapartum complications. *ObstetGynecol* 1981; 57:450–2.
- Palabras clave:** Cordón umbilical, preeclampsia, RCIU.

**GO-009****Anomalías congénitas en el embarazo múltiple. Análisis embriopatológico.**  
(Congenital anomalies in multiple births. Embryopathological analysis)**Milagros Romero de Fasolino<sup>1,2</sup>, María Luisa Hernández R<sup>1</sup>, Chiquinquirá Silva<sup>1</sup>, María Liseth Hernández R<sup>3</sup>, Andrés Enrique Fasolino R<sup>1</sup>,**<sup>1</sup>Cátedra de Histología y Embriología, Facultad de Medicina, Universidad del Zulia.<sup>2</sup>Hospital Militar de Maracaibo. Maracaibo-Venezuela. <sup>3</sup>Ambulatorio urbano la Victoria, Maracaibo, Edo Zulia. Correo electrónico: milafasolino@yahoo.es

El embarazo múltiple es la gestación simultánea de dos o más productos de la concepción. Representa del 1 al 3% (1) de todas las gestaciones y se observa en 1 de cada 80 embarazos (2). El embarazo múltiple se considera de alto riesgo obstétrico y constituye un reto para el obstetra y el neonatólogo por la alta incidencia de morbi-mortalidad materna, fetal y perinatal que le acompañan. La incidencia de anomalías congénitas en el embarazo múltiple varía entre 3 a 18% (3) y constituyen una de las complicaciones feto-neonatales que en algunos casos pueden ocasionar parto prematuro, la muerte de uno de los fetos y la consecuente afectación del otro gemelo. El aumento del riesgo de anomalías congénitas en el embarazo múltiple se ha relacionado principalmente con la gestación monocoriónica (2) debido a: 1) alteración en el momento de la división del producto y 2) las anastomosis vasculares placentarias.

Las anomalías congénitas en el embarazo múltiple se agrupan en tres categorías (3): 1) anomalías específicas, tales como, los gemelos unidos y la secuencia de perfusión arterial en reversa (TRAP), 2) Anormalidades estructurales que ocurren frecuentemente en los

gemelos, incluyen afectación de la línea media (anomalías del sistema nervioso, pared abdominal, hendiduras faciales y cardiopatías congénitas) y 3) anomalías relacionadas con el ambiente intrauterino, debidas a factores mecánicos y vasculares, como pie

equino varo y luxación congénita de cadera. El objetivo de este estudio fue analizar las anomalías congénitas en el embarazo múltiple y sus mecanismos embriopatológicos. Se realizó unos estudios retrospectivos, descriptivos, en una muestra intencional constituida por fetos y neonatos de pacientes con diagnóstico de embarazo múltiple, referidos para evaluación al Laboratorio de la Cátedra de Histología y Embriología de la Facultad de Medicina de LUZ, de las pacientes ingresadas en el Hospital Militar de Maracaibo y de la práctica clínica. Se registraron los siguientes datos: edad gestacional al nacer, motivo de interrupción del embarazo, antecedentes relacionados con la gemelaridad, sexo de los productos, corionicidad, condición de los productos al momento de nacer, tipo de anomalías congénitas feto-neonatales reportadas. Los datos se expresaron como valores absolutos y porcentajes. Se incluyeron 49 gestaciones múltiples y se encontró un total de 9 (18,36%) embarazos

múltiples con anomalías congénitas. De estos, en 7 (77,78%) solo uno de los fetos presentó alteraciones; en 1 (11,11%) gestante ambos fetos estaban afectados con anomalías de tipo deformación, adicionalmente uno de estos productos presentó gastosquisis y 1 (11,11%) embarazada con gemelos unidos onfalópagos. Los defectos más frecuentes fueron los osteomusculares, encontrados en 6 (60%) neonatos, seguidos de la acardia fetal o secuencia TRAP en 2 (20%) productos, 1 (10%) par de gemelos unidos onfalópagos y 1 (10%) con hidrocefalia. En 6 (60%) productos ocurrió muerte fetal o perinatal y las causas fueron acardia fetal, prematuridad y muerte fetal in útero de causa no determinada (Tabla I). En relación a la embriopatogénesis, los defectos tipo deformación generalmente afectan el sistema musculoesquelético, condicionado por fuerzas mecánicas anormales que originan moldeamientos intrauterinos de las partes fetales y en consecuencia

posición anormal, configuración distorsionada, perdida de la simetría o alineación alterada. En esta serie de casos, las deformaciones se relacionan con la disminución del espacio intrauterino y con el síndrome de transfusión intergemelar que originó oligoamnios en uno de los fetos. El segundo tipo de anomalía más frecuente fue la acardia fetal relacionada con un desequilibrio en la circulación interfetal ocasionada por factores vasculares y afecta el embarazo monocoriónico tanto diamniótico como monoamniótico (4). En esta alteración, el gemelo perfusor o donante, puede tener un desarrollo normal y su co-gemelo, perfundido o receptor siempre es anormal (4). Se caracteriza por: 1) desarrollo de un feto acárdico severamente anormal, 2) anastomosis arterio-arterial placentaria que lleva la sangre en forma reversa desde la arteria umbilical del gemelo donante - perfusor hacia el gemelo acárdico (5) y 3) la anastomosis veno-venosa placentaria regresa sangre del feto acárdico hacia el co-gemelo donante

(4). La otra alteración específica del embarazo múltiple son los gemelos unidos, que se presentan en 1 por cada 100.000 nacimientos (2). Se origina por la división incompleta simétrica o asimétrica del disco germinativo después del día 13 post-fecundación (1). La mayor parte de las anomalías congénitas en el embarazo múltiple se relacionan con el origen embriológico de este tipo de gestación y los mecanismos anormales que ocurren durante el desarrollo intrauterino temprano. En esta serie de casos, el tipo de alteración más frecuente correspondió a las deformaciones, ocasionadas por la disminución del espacio intrauterino y el oligoamnios, característico del síndrome de transfusión intergemelar. El conocimiento de las anomalías congénitas asociadas al embarazo múltiple y sus mecanismos embriopatológicos como causa de morbi-mortalidad fetal y perinatal son importantes para planificar medidas de vigilancia y seguimiento con métodos especializados, que

permitan realizar el diagnóstico oportuna de estas pacientes temprano para ofrecer la atención

**TABLA I**  
DISTRIBUCIÓN DE LOS PRODUCTOS CON ANOMALÍAS CONGÉNITAS EN EL  
EMBARAZO MÚLTIPLE

	EG	Causa Interrupción del embarazo	Antecedentes	Sexo	Vivo o Muerto	Corionicidad	Diagnóstico
1	37	Gemelos unidos	No refiere	F	Vivo	Monocoriónico/monoamniótico	Gemelos onfalópagos*
2	28	TPP RPM	Niega	-----	Muerto	Monocorió-triamniótico	Acardia fetal o secuencia TRAP
3	37	Feto muerto	Niega	F	Muerto	Monocoriónico/biamniótico	Acardia fetal o secuencia TRAP
4	36	Anomalía discordante	Niega	M	Vivo	Bicoriónico/biamniótico	Hidrocefalia
5	22	TPP	No refiere	M	Muerto	Monocoriónico/biamniótico	Pie varo bilateral
6	37,5	Embarazo a término	Madre gemelar	M	Vivo	Bicoriónico/biamniótico	Pie equino varo izquierdo
7	27,5	Fetos muertos	No refiere	F	Muerto	Monocoriónico/biamniótico	Pie equino varo unilateral
8	36,5	RCIU selectivo	No refiere	M	Vivo	Monocoriónico/biamniótico	Pie equino varo unilateral
9	13-14	Feto muerto	No refiere	F	Muerto	No reportada	Gastrosquisis Pie varo bilateral
10	13-14	Feto muerto	No refiere	F	Muerto	No reportada	Pie varo bilateral

EG: edad gestacional en semanas, TPP: trabajo de parto pretérmino, RPM: ruptura prematura de membranas. \* Gemelos onfalópagos: corresponde a 2 fetos unidos, se consideró como una anomalía. RCIU: restricción del crecimiento intrauterino

**Referencias**

- 1. Endres L, Wilkins I.** Epidemiology and biology of multiple gestations. Clin Perinatol 2005;32(2):301-314.
- 2. Hall JG.** Twinning. Lancet 2003;362(9385):735-743.
- 3. Siddiqui F, McEwan A.** Twins. Obstetrics, gynaecology and reproductive medicine 2007;17(10):289-295.
- 4. Romero M, Villalobos N, Ávila A, Fasolino C, López C.** Acardia fetal

- en embarazo triple. Reporte de un caso. Rev Obstet Ginecol Venez 2002;62(3):203-206.
- 5. Søgaard K, Skibsted L, Brocks V.** Acardiac twins: pathophysiology, diagnosis, outcome and treatment. Six cases and review of the literature. Fetal Diagn Ther 1999;14(1):53-59.

**Palabras clave:** embarazo múltiple, anomalías congénitas, acardia fetal, gemelos unidos.

**GO-010**

**Conocimiento sobre el cáncer de mamas y práctica del autoexamen de mamas en mujeres de edad mediana.** (knowledge about breast cancer and practice of the breast self examination in middle age women)

**Yasmely Sánchez<sup>1</sup>, José Urdaneta<sup>2</sup>, Noren Villalobos<sup>1</sup>, José García<sup>1</sup>, Sulay Villalobos<sup>1</sup>, Nadia Baabel<sup>3</sup>.**

<sup>1</sup>Programa de Especialización en Obstetricia y Ginecología (Unidad Docente Maternidad “Dr. Armando Castillo Plaza”). <sup>2</sup>Departamento de Morfofisiopatología. Escuela de Bioanálisis. <sup>3</sup>Escuela de Medicina. Facultad de Medicina, Universidad del Zulia. Maracaibo-Venezuela. Correo electrónico: yasmesanchez@hotmail.com

El diagnóstico precoz del cáncer de mama (CM) es fundamental para mejorar las tasas de curación y sobrevida, siendo la mama un órgano expuesto y accesible a la autoexploración se propuso determinar el nivel de conocimiento sobre el CM y práctica del autoexamen de mamas (AEM) en mujeres de edad mediana atendidas en la consulta ginecológica de la Maternidad “Dr. Armando Castillo Plaza”, en Maracaibo, Estado Zulia. Investigación de tipo exploratoria y descriptiva, con diseño no experimental y transeccional; donde se evaluaron 48

mujeres, mediante la aplicación de dos cuestionarios uno denominado “Conocimiento sobre Cáncer de Mama” de 22 preguntas con respuestas cerradas tipo Likert, previamente validado, con un coeficiente de test/retest de 0,94; y otro diseñado ad hoc para establecer la práctica del AEM. Al aplicar el cuestionario de “Conocimiento”, se obtuvo una puntuación promedio de  $45,3 \pm 10,9$  puntos, indicando un nivel de conocimiento entre bueno (50%) y regular (47,9%) sobre aspectos generales del CM, factores de riesgo, prevención y AEM. Asimismo, 64,6% de las mujeres practicaban el AEM, realizándolo mayoritariamente una vez por mes (48,4%), en cualquier momento (54,8%), de pie (64,6%), incluyendo el examen de las axilas (54,8%), pezón y aureola (67,7%), y haciéndolo motivadas por los medios de comunicación social (45,2%) o por recomendación médica (29%). Sólo 35,4% de estas pacientes no lo hacían, principalmente debido al temor a encontrar enfermedad” (41,2%). Finalmente, se concluye que las mujeres de edad mediana tanto el nivel de conocimiento bueno sobre el CM como la práctica del AEM es adecuado.

**Palabras clave:** autoexamen, cáncer de mamas, conocimiento.

#### **GO-011**

**Infiltración con bupivacaina de la incisión de pfannenstiel para la analgesia post-operatoria de la cesárea segmentaria.** (Pfannenstiel incision infiltration with Bupivacaine for post-operative analgesia in cesarean section)

**Alfi Contreras<sup>1,2</sup>, José Urdaneta<sup>3</sup>, Nasser Baabel-Zambrano<sup>3</sup>, Nadia Baabel<sup>4</sup>, Nasser Baabel-Romero<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Programa de Especialización en Anestesiología. Unidad Docente Hospital Dr. Adolfo Pons. <sup>2</sup>Profesor Facultad de Odontología LUZ. <sup>3</sup>Profesor Facultad de Medicina-LUZ. <sup>4</sup>Estudiante de Medicina, Escuela de Medicina- Facultad de Medicina-LUZ. Correo electrónico: doc\_alcb@hotmail.com

Desde las últimas décadas del siglo XX e inicio del presente siglo observamos como un procedimiento o recurso quirúrgico que se originó para resolver problemas obstétricos que pudieran conllevar a daños materno

perinatales, ha pasado a ser la vía más usada para el nacimiento, sustituyendo los roles de la naturaleza; así pues, la cesárea en los últimos 30 años viene exhibiendo un aumento continuo en su tendencia, presentando tasas con amplia variación entre los países del mundo, las cuales oscilan desde 0,4 % a 40 % (1). La cesárea generalmente induce dolor moderado a severo que dura generalmente unas 48 horas y es la principal preocupación de las pacientes posterior al nacimiento (2); está bien establecido que el dolor post-operatorio puede ocasionar incomodidad en la paciente, disminuye el nivel de satisfacción, prolonga la recuperación e incrementa los costos hospitalarios, a lo cual debe agregársele la interferencia que pueda tener con la deambulación, la lactancia y el apego materno temprano con el neonato (3). El dolor después de la cesárea es mediado tanto por inervación somática como visceral este se ha atribuido en parte a la incisión de Pfannenstiel, la cual puede ser infiltrada con anestésicos locales prolongando de manera significativa el intervalo libre de dolor después de la cesárea y disminuyendo la demanda de analgesia de rescate (4,5). Estos anestésicos locales, ya sea sólos o en combinación con opioides o fármacos antiinflamatorios no esteroideos, se han empleado como un complemento de regímenes de analgesia multimodal para el alivio del dolor postoperatorio en diversos procedimientos quirúrgicos (6). Por tal motivo, es menester del profesional de la anestesiología garantizar un manejo adecuado del dolor postoperatorio en este número cada vez mayor que experimentan una intervención cesárea; ameritando la administración de fármacos analgésicos como los opioides que ameritan vigilancia médica y pueden ocasionar efectos colaterales como depresión respiratoria, retención urinaria, prurito, así como náuseas y vómitos (4). En este contexto se consideró como Se Comparó la efectividad analgésica de la infiltración con Bupivacaína de la incisión de Phannenstiel respecto a un placebo para la analgesia post-operatoria de gestantes llevadas a cesárea segmentaria en el Hospital “Dr. Adolfo Pons” de Maracaibo, estado Zulia. Se realizó una investigación comparativa y aplicada, con diseño

cuasi-experimental, de casos y controles, contemporáneo y de campo, donde se incluyeron 60 gestantes planificadas para cesárea segmentaria electiva, divididas aleatoriamente en dos grupos pareados para infiltrarles la incisión de Pfanneshtiel con 30 mL de Bupivacaína al 0,25% (75mg) o solución salina. La intensidad del dolor se evaluó mediante la escala visual análoga (EVA). En cuanto a la intensidad del dolor, tanto en reposo como en movimiento, se encontraron diferencias altamente significativas a favor del grupo que recibió la infiltración incisional con Bupivacaína durante las primeras seis horas del postoperatorio ( $p < 0,001$ ); no así posterior a las 8 horas del postoperatorio donde en todas las mediciones realizadas no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos evaluados ( $p > 0,05$ ). De igual manera, estas pacientes presentaron un mayor tiempo libre de dolor, que sobrepasaba las 4 horas ( $251 \pm 14$  minutos vs.  $220 \pm 11$  minutos;  $p < 0,001$ ), menores requerimientos analgésicos ( $199,37 \pm 0,15$  mg vs.  $298,04 \pm 1,96$  mg;  $p < 0,001$ ) y con menos efectos adversos ( $p < 0,05$ ).

**TABLA I**  
EFECTIVIDAD ANALGÉSICA DE LA INFILTRACIÓN INCISIONAL DE  
BUPIVACAÍNA

<i>Análisis Descriptivo</i>	<i>Grupo A* (Casos) Media ± DE</i>	<i>Grupo B* (Controles) Media ± DE</i>	<i>p**</i>
<b><i>Intensidad del dolor (EVA estático/ cms)</i></b>			
2 HPO	$1,8 \pm 0,5$	$2,9 \pm 0,9$	0,000
4 HPO	$3,4 \pm 1,3$	$4,5 \pm 1,1$	0,000
6 HPO	$3,8 \pm 0,3$	$4,4 \pm 0,8$	0,000
8 HPO	$3,7 \pm 1,0$	$3,9 \pm 1,3$	0,506
16 HPO	$3,4 \pm 0,5$	$3,5 \pm 0,7$	0,526
24 HPO	$3,2 \pm 0,9$	$3,3 \pm 0,8$	0,650
<b><i>Intensidad del dolor (EVA dinámico/ cms)</i></b>			
2 HPO	$2,5 \pm 0,8$	$3,2 \pm 0,7$	0,000
4 HPO	$4,3 \pm 0,6$	$5,4 \pm 0,9$	0,000
6 HPO	$4,2 \pm 1,1$	$5,1 \pm 0,6$	0,000
8 HPO	$4,0 \pm 0,9$	$4,2 \pm 0,8$	0,366

16 HPO	3,9±0,9	4,1±0,7	0,340
24 HPO	3,6±0,5	3,7±0,7	0,526
<b>Tiempo libre de dolor</b>			
<b>(Minutos)</b>	251±14	220±11	0,000
<b>Requerimientos de</b>			
<b>analgésicos (mg)</b>	199,37±0,15	298,04±1,96	0,000

DE: Desviación estándar  
 \* N = 30 para cada grupo  
 \*\* Prueba T de Student. P<0,05 valor significativo.

Fuente: Elaboración propia.

**TABLA II**  
 EFECTOS ADVERSOS DE LA INFILTRACIÓN INCISIONAL DE BUPIVACAÍNA

<i>Análisis Descriptivo</i>	<i>Grupo A*</i> (Casos)		<i>Grupo B*</i> (Controles)		<i>p**</i>
	<i>Fa</i>	%	<i>Fa</i>	%	
<b>Sin efectos adversos</b>	26	86,67	24	80,00	0,041
<b>Con efectos adversos</b>	04	13,33	06	20,00	

\* n= 30  
 \*\* Prueba de Chi cuadrado, con significancia p < 0,05

Fuente: Elaboración propia.

La infiltración de la incisión de Pfannenstiel es efectiva para la analgesia postoperatoria de la cesárea segmentaria, prolongado el tiempo libre de dolor y disminuyendo los requerimientos de analgésicos.

### Referencias

1. Faneite P, Rivera C, Faneite J, Amato R. Cesárea y mortalidad perinatal. Incidencia y tendencia 42

años (1969-2010). Rev Obstet Ginecol Venez. 2012; 72 (3): 145 - 151.

2. Atkinson L, Drover DR, Clavijo CF, Carvalho B. Prior epidural lidocaine alters the pharmacokinetics and drug effects of extended-release epidural morphine (DepoDur) after cesarean delivery. Anesth Analg. 2011; 113 (2): 251 – 258.

- 3. Agarwal K, Agarwal N, Agrawal VK, Agarwal A, Sharma M.** Efficacy of single dose epidural morphine versus intermittent low-dose epidural morphine along with bupivacaine for postcaesarean section analgesia. *Anesth Essays Res.* 2012; 6 (1): 25 – 28.
- 4. Nguyen NK, Landais A, Barbaryan A., M'Barek MA, Benbaghdad Y, McGee K.** Analgesic Efficacy of Pfannenstiel Incision Infiltration with Ropivacaine 7.5 mg/mL for Caesarean Section. *Anesthesiol Res Pract.* 2010. [Periódico en línea]. Disponible en: <http://www.hindawi.com/journals/arp/2010/542375/>. Fecha de consulta: 14 de Abril de 2013.
- 5. Demiraran Y, Albayrak M, Yorulmaz IS, Ozdemir I.** Tramadol and levobupivacaine wound infiltration at cesarean delivery for postoperative analgesia. *J Anesth.* 2013; 27 (2): 175 – 179.
- 6. Cusack SL, Reginald P, Hemsen L, Umerah E.** The pharmacokinetics and safety of an intraoperative bupivacaine-collagen implant (XaraColl®) for postoperative analgesia in women following total abdominal hysterectomy. *J Pain Res.* 2013; 6 (6): 151 – 159.

**Palabras clave:** Analgesia Postoperatoria, Bupivacaína, Cesárea segmentaria, Incisión de Pfannenstiel, Infiltración.

## GO-012

### Compresión Medular y embarazo. Reporte de un caso. (Spinal compression and pregnancy. A case report)

**Isabel Breuker<sup>1</sup> Laysbel Leal<sup>1</sup>, Noren Villalobos<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup>División de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario de Maracaibo, Maternidad Dr. Armando Castillo Plaza. Maracaibo- Venezuela. Correo electrónico: isabelbreuker@gmail.com

Cualquier lesión ocupante de espacio que se desarrolle en el área del canal espinal puede afectar la médula. Se debe tomar en cuenta el origen de la lesión, su carácter (tumoral, infeccioso, vascular), capacidad de adaptación de conjunto

raquimedular y la afectación vascular del mismo (1). Tomando en cuenta el origen tumoral, el hemangioma corresponde a la tumoración extramedular benigna más frecuente, de origen vascular con escasa metaplasia maligna, pero en ocasiones de comportamiento agresivo. Su frecuencia aumenta con la edad, y es más frecuente en las mujeres. El sitio de presentación más frecuente a nivel óseo es en las vertebras y de éstas afecta principalmente la columna torácica. En su mayoría involucran el cuerpo vertebral y en 10 a 15% afecta los elementos posteriores. Se reconocen dos tipos, el cavernoso más frecuente en columna y cráneo, y el capilar. Son tumores en su mayoría asintomáticos, en la columna pocas veces causan fracturas por compresión pero si causan diversos síntomas neurológicos, dependiendo del sitio de compresión, incluyendo paraplejía (1,3). En mujeres, durante el embarazo pueden dar síntomas de dolor o datos neurológicos por compresión medular o de raíces.

Paciente de 19 años de edad, primigesta con embarazo controlado de 33,5 semanas diagnosticado a través de ultrasonido, quien ingresa el día 10/04/2014 por presentar dolor lumbar, disminución de la fuerza muscular y sensibilidad de miembros inferiores de un mes de evolución, de aparición progresiva hasta que en la última semana requiere ayuda para lograr la deambulación. **Antecedentes:** Menarquía a los 13 años, ciclos regulares. Sin antecedentes de procesos infecciosos. Laparotomía exploratoria

el dia 10/08/2013 por tumor de ovario derecho realizándose ooforectomia derecha, diagnóstico anatomo-patológico Quiste de ovario torcido. **Examen físico:** Regulares condiciones generales. AU: 30cm. Abdomen globoso a expensas de útero grávido con feto único en su interior, longitudinal cefálico dorso izquierdo. FCF: 144x'. Sin modificaciones cervicales. Examen físico de miembros inferiores se evidencia paraplejía, fuerza muscular 0/IV. Reflejos: Hiperreflexia rotuliana, clonus y Babinski positivo bilateral.

Sensibilidad: Anestesia desde región mesogastrica hasta extremo distal de ambos miembros inferiores. Sin control de esfínteres. El embarazo transcurre sin complicaciones. En la semana 36,3 desencadena trabajo de parto, con contracciones uterinas indoloras, percibidas por la paciente al colocarse la mano sobre el abdomen, y corroboradas por el equipo médico a su cuidado. Se realiza Cesárea Segmentaria el día 06/03/2014 sin utilizar ningún tipo de anestesia, obteniéndose recién nacido vivo Hembra de 2600g y 47cm de talla, en buenas condiciones generales. Se realiza salpingectomía izquierda. El puerperio transcurre sin complicaciones, con persistencia de la sintomatología neurológica. Se realizan estudios complementarios de imágenes: Resonancia Magnética Nuclear de columna dorsal en niveles de T1 a L4 mostrando lesión de aparente comportamiento neoplásico que compromete cuerpo vertebral T4 y se extiende hasta los elementos posteriores del mismo que condiciona marcado efecto compresivo sobre

cordón medular ocasionando edema del mismo que se extiende a los elementos posteriores del cuerpo vertebral y tejidos paravertebrales a este nivel. *Proceder Quirúrgico:* Cinco semanas posterior a la resolución del embarazo se realiza toracotomía posterolateral + Corpectomía oncológica de T4 evidenciándose cuerpo vertebral T4 infiltrado por lesión neoplásica, cordón medular desplazado bajo efecto compresivo no infiltrado por lesión neoplásica. Se realiza artrodesis anterior con malla dorsal + 02 grapas somáticas + 04 tornillos + 02 barras + artrodesis vía posterior. Colocación de drenaje torácico derecho. Se traslada a unidad de cuidados intensivos donde permaneció durante 6 días. No presentó complicaciones por lo que fue trasladada al servicio de hospitalización y es egresada 4 semanas posterior a la intervención quirúrgica. Desde entonces en ciclos de fisioterapia, a los 6 meses comienza a presentar aumento de la fuerza muscular de miembros inferiores. A los 8 meses se sostiene

por si misma. Actualmente se encuentra dando los primeros pasos. *Anatomía Patológica:* se observa presencia de espículas óseas vitalizadas y desvitalizadas, fragmento de cartílago hialino sin atipias, marcada proliferación de tejido fibroconectivo denso irregular, medula ósea con serie linfoide y mieloide con abundante infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario y polimorfonuclear, presencia de médula ósea amarilla, músculo esquelético en cortes longitudinales y transversales sin atipias, tejido adiposo maduro sin atipias, marcada congestión y dilatación vascular, áreas de hemorragia, sin evidencia de neoplasia de ninguna naturaleza en las muestras examinadas.

En este caso la lesión es de claro origen extramedular, ubicándose en cuerpo vertebral T4 extendiéndose a arcos posteriores, determinado por los estudios de imágenes y por el hallazgo macroscópico intraoperatorio, de esta manera clínicamente se comporta como una tumoración de origen

vascular, como lo es el hemangioma. Por lo que presentamos el caso con los hallazgos clínicos e intraoperatorios debido a tener un diagnóstico anatomo-patológico no concluyente. Los hemangiomas vertebrales son tumores óseos de origen vascular de naturaleza generalmente benigna. Aparecen en la edad adulta y con un discreto predominio en el sexo femenino, su incidencia se estima en torno al 11%. El 75% de los hemangiomas óseos se localizan en la columna vertebral y en el cráneo, siendo bastante raros en los huesos largos y cortos. Dentro de la columna vertebral predominan en la región dorsal (60%) y lumbar y la localización más frecuente es en el cuerpo de la vértebra. El síntoma más frecuente es el dolor, los síntomas neurológicos son menos frecuentes. Suelen deberse a un comportamiento más agresivo del tumor que se va extendiendo hacia los espacios paravertebrales o el canal medular y da lugar a radiculopatías o incluso paraplejias (3,5). En los casos de evolución agresiva el síntoma inicial

suele ser dolor y hay un intervalo de unos tres años hasta la aparición de clínica neurológica. Durante el embarazo se presentan factores de riesgo para la aparición y crecimiento del hemangioma, como son: a. El aumento del volumen vascular que se produce fisiológicamente en la mujer embarazada; b. Acción de la progesterona y la relaxina que contribuyen a la distensión del sistema venoso incrementando su capacidad por lo que dificulta el retorno venoso de los miembros inferiores que a su vez está favorecido por acción mecánica del útero, produciendo al mismo tiempo hemodilución en la mitad superior del cuerpo que disminuye la irrigación medular, así mismo los estrógenos producen proliferación vascular que favorece el crecimiento del hemangioma; c. las características de la irrigación de la médula espinal son de gran importancia, en especial cuando se suman los factores anteriores (2). La región medular situada en los segmentos torácicos superiores depende para su irrigación

de las arterias radiculares o espinales laterales, ramas de las arterias intercostales, ramas de la aorta torácica. Estas arterias no son constantes, existen amplias zonas de la médula espinal irrigadas por una sola rama aferente, situada a nivel de T1 y de T7, y donde las anastomosis existentes con la red vascular anterior no son suficientes para compensar cualquier obstrucción o disminución de la irrigación de sus ramas, por lo cual los segmentos medulares entre T1 y T4 se consideran zonas muy vulnerable, contrastando con las regiones que se encuentran en los niveles superiores e inferiores ricamente vascularizados (6). Cualquier lesión vascular en la región da origen a síntomas neurológicos compatibles con la sección total de la médula espinal. Al situarse el hemangioma en esta región se alimenta de esta arteria originando un fenómeno de robo vascular, con una disminución de la irrigación de la médula, el consiguiente deterioro de sus funciones, y la aparición de los signos y síntomas que la acompañan.

A medida que aumenta el volumen vascular es mayor el flujo sanguíneo al hemangioma, por lo que se deteriora la capacidad para la transmisión nerviosa en la médula espinal (5). Los casos reportados se desarrollan de manera similar en cuanto a sintomatología y momento de aparición de la misma, siendo los primeros síntomas sensitivos: hipoalgesia, parestesia y analgesia. Progresivamente los síntomas motores: pérdida de la fuerza muscular, hiperreflexia osteotendinosa, paraplejia progresiva (4,5). Villalobos y cols. presentan un caso de hemangioma cavernoso en médula espinal durante el embarazo, donde comparativamente los síntomas fueron similares en cuanto al momento de aparición y progresión, aunque el tratamiento quirúrgico no pudo realizarse, se obtuvo como resultado recuperación total de la fuerza muscular y desaparición de los síntomas neurológicos (4). En nuestro caso siguió la misma secuencia, con la primera manifestación de dolor y

pérdida de la fuerza muscular en miembros inferiores progresando hasta la paraplejia. En nuestro caso se realizó la extirpación quirúrgica de la tumoración, sin embargo no hubo regresión total de los síntomas inmediatamente, se hizo necesaria la utilización de fisioterapia para recuperación de la fuerza muscular y la función motora, aun en recuperación.

## Referencias

1. **Snell R.** Neuroanatomía Clínica. 2001. 5ta edición. (4):141-154.
2. **Manju Monga.** Maternal Cardiovascular, Respiratory, and Renal Adaption to Pregnancy. Creasy R, Resnik R, Iams J, Lockwood C, Moore T. Creasy & Resnik's Maternal-Fetal Medicine. Principles and Practice. 2009. 6ta edición.
3. **Robbins SL.** Patología estructural y funcional. 1<sup>a</sup> edición. México: Editorial Interamericana; 1975.p.1516.
4. **Villalobos N, López C.** Hemangioma cavernoso en médula espinal y embarazo. Reporte de un

caso. Rev Obstet Ginecol Venez 2001;61(4):269-273

**5. Mataliotakis G, Nagaraju S.**  
Intradural extramedullary cavernoma of a lumbar nerve root mimicking neurofibroma. The spine journal 2014; 14 (12):e1-e7.

**6. Testut L, Lartajet A.** Tratado de Anatomía Humana. Tomo II. Barcelona España: Salvat Editores. Reimpresión. 1978.p1278.

**Palabras clave:** Hemangioma, Embarazo, Compresión medular.

### GO-013

**Síndrome de transfusión feto- fetal con feto acardio acefalo. Reporte de un caso.** (Twin-to-twin Transfusion Syndrome with Acardic-Acephalus. Report of a case)

**Josefina Calderón<sup>1</sup>, Marycarmen Muñoz<sup>1</sup>, Dalisbeth Atencio<sup>1</sup>, Stephanie Sanchez<sup>1</sup>, Corradina Iacono<sup>1</sup>, Héctor Lopez<sup>1</sup>, Noren Villalobos<sup>1,2</sup>.**

<sup>1</sup>Servicio de Obstetricia, Maternidad “Dr. Armando Castillo Plaza”. <sup>2</sup>Postgrado de Obstetricia y Ginecología Facultad de Medicina, Universidad del Zulia. Maracaibo-Venezuela. Correo electrónico: josefinacalderon71@hotmail.com

El síndrome de transfusión feto-fetal resulta de un desequilibrio hemodinámico agudo o crónico, que se presenta en embarazos gemelares monocorionicos y comparten anastomosis vasculares placentarias. Transfundiéndose sangre de un gemelo a otro, presentando un feto donador y un feto receptor. Esta anomalía congénita tiene una frecuencia de 1:35.000 en embarazos múltiples. El objetivo del estudio fue describir el caso de un embarazo gemelar monocorial biamniótico con feto acardio-acéfalo diagnosticado por ultrasonido. Se presenta una paciente de 42 años, primigesta que inicia control prenatal a las 17 semanas con primera ecografía obstétrica, reportando embarazo gemelar de 15,4 semanas; segundo feto con anencefalia, agenesia cardiaca y de miembros superiores, placenta monocorial, monoamniótica; a las 25,5 semanas presenta ecograma que reporta: embarazo gemelar monocorial biamniótico, con

gemelo acardio de 23 semanas según longitud de fémur y tibia. Es hospitalizada en el servicio de alto riesgo obstétrico con diagnósticos: embarazo gemelar pretérmino de 32, 2 semanas, amenaza de parto pretérmino, malformación congénita fetal: Feto 2 acardio-acéfalo, incompatibilidad RH, se realiza ecografía doppler fetal reportando embarazo de 28.1 semanas, restricción del crecimiento intrauterino y aumento de resistencia de la arteria umbilical; se realiza cesárea segmentaria, obteniéndose: feto 1 hembra peso: 1kg, talla: 39cms en regulares condiciones, CAPURRO: 35 semanas, feto 2 hembra acardio-acéfalo, placenta monocorial biamniótico. La necropsia del feto acardio reportó: acefalia, amelia bilateral superior, osteogénesis imperfecta, agenesia de corazón y pulmón, sistema digestivo corto, riñones inmaduros metanefríticos. El feto acardio acéfalo por transfusión feto-fetal es infrecuente; el diagnóstico prenatal temprano es un método valioso para evitar desenlace fatal e incremento de la mortalidad perinatal.

**Palabras clave:** Embarazo gemelar, transfusión feto-fetal, acardio acéfalo, anomalías congénitas.

#### GO-014

**Rotura uterina espontánea en gestación de 20 semanas. A propósito de un caso.** (Spontaneous uterine rupture in a gestation of 20 weeks. Purpose of a case)

**Noren Villalobos<sup>1</sup>, María Suarez<sup>1</sup>, Gabriela Chirinos<sup>1</sup>, Keren Vega<sup>1</sup>, Lijuzu Vega<sup>1</sup>,**

<sup>1</sup>Maternidad Dr. Armando Castillo Plaza. Servicio de Obstetricia. Universidad del Zulia. Maracaibo-Venezuela.

Correo electrónico: doctoragabychirinos@hotmail.com

La rotura uterina es la solución de continuidad de la pared del útero gestante con o sin expulsión del producto; pone en peligro la vida de la madre, del feto o ambos. Se presenta caso de rotura uterina espontánea y embarazo de 20 semanas por biometría fetal, en el Servicio de Obstetricia de la Maternidad Dr. Armando Castillo Plaza. Se analiza caso de una paciente de 19 años, II Gestación, I

Cesárea, fecha de última regla imprecisa, acude a la emergencia presentando dolor abdominal, inicio agudo, tipo cólico, en hipogastrio, irradiado a flanco izquierdo, incrementándose en intensidad, concomitante sangrado genital en moderada cantidad, sin coágulos. Antecedentes importantes: epilepsia desde la infancia sin tratamiento actual, toxoplasmosis en primer trimestre de embarazo anterior, complicada con desprendimiento retiniano, papilitis y uveítis; cesárea segmentaria (2013) por embarazo gemelar y eclampsia. Acude con ecograma abdominal reportando embarazo abdominal con feto muerto. Paciente en regulares condiciones clínicas, PA: 110/70 mmHg, FC: 80 lpm, FR: 17 rpm. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda, Blumberg positivo, cuello uterino posterior, largo, cerrado, doloroso a la movilización, sangrado genital moderado. En laparotomía exploratoria se hallan feto en bolsa amniótica en cavidad abdominal, placenta en cara anterior uterina que protruye desde dehiscencia de 5 por 5 cms, Se decide realizar histerectomía abdominal total, conservando ovarios. Paciente es egresada por evolución clínica satisfactoria. La rotura uterina es una complicación inusual después del parto o cesárea previa, se asocia al aumento de la mortalidad y morbilidades maternas y perinatales.

**Palabras clave:** Rotura uterina, embarazo abdominal, feto muerto.

**GO-015**

**Caracterización de pacientes obstétricas y ginecológicas críticas que ingresaron a la unidad de cuidados intensivos de la maternidad armando castillo plaza.** (Characterization of critical obstetric and gynecological patients admitted to the Intensive Care Unit of "Dr. Armando Castillo Plaza" Maternity Hospital)

**Carla Mauriello<sup>1</sup>, Yenire Villalobos<sup>1</sup>, Yaritza Mejia<sup>1</sup>, Noren Villalobos<sup>1,2</sup>.**

<sup>1</sup> Servicio de Alto Riesgo Obstétrico. Maternidad Armando Castillo Plaza. Maracaibo. Estado Zulia. Venezuela. <sup>2</sup> Facultad de Medicina, Universidad del Zulia. Correo electrónico: carlalacle@gmail.com

La admisión oportuna de las pacientes embarazadas y ginecológicas que ameritan ingresar a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es uno de los pasos más importantes para evitar el deterioro o falla multiorgánica. Se determinó las características de las pacientes que requirieron hospitalización en la UCI de la Maternidad Armando Castillo Plaza (MACP) en el periodo Enero – Diciembre 2012-2013. Fue un estudio retrospectivo. Los diagnósticos de ingreso fueron por orden de frecuencia: Trastornos hipertensivos del embarazo (101 pacientes), sepsis (69 pacientes), shock hipovolémico (55 pacientes) y otras causas tales como: Pancreatitis, cetoacidosis diabética e insuficiencia cardiaca. El grupo etario mayormente afectado fueron pacientes con edades entre 19 y 35 años (169 pacientes), seguido de menores de 19 años (72 pacientes) y mujeres mayores de 35 años (35 pacientes). En cuanto a los días de estancia intrahospitalaria fue menor de 72 horas en la mayoría de los casos. En los dos años se reportaron 21 muertes el 7% de todos los ingresos, siendo las causas más frecuentes: Shock séptico (5 pacientes), shock hipovolémico (4 pacientes), eclampsia (4 pacientes), síndrome hellp (3 pacientes), entre otras. La mayoría de las pacientes se encontraban puérperas (163 pacientes), pacientes ginecológicas (56 pacientes), embarazadas (44 pacientes). De las pacientes puérperas 150 eran partos distóxicos y 26 partos eutóxicos. Los trastornos hipertensivos, la sepsis y el shock hipovolémico continúa teniendo una elevada mortalidad, actualmente hay

suficiente evidencia para afirmar que el diagnóstico, tratamiento antibiótico y el soporte hemodinámico adecuado, mejoran la supervivencia de estas pacientes.

**Palabras clave:** Mortalidad, sepsis, unidad de cuidados intensivos.

**GO-016**

**Riesgo de osteoporosis posterior a la menopausia natural y quirúrgica. (Risk of osteoporosis after natural and surgical menopause)**

**José Guerra<sup>1</sup>, Carla Mauriello<sup>1</sup>, Noren Villalobos<sup>1,2</sup>.**

<sup>1</sup>Servicio de Alto Riesgo Obstétrico. Maternidad Armando Castillo Plaza. Maracaibo. Estado Zulia. Venezuela. <sup>2</sup>Facultad de Medicina, Universidad del Zulia. Correo electrónico: carlalacle@gmail.com

Comparar el riesgo de osteoporosis posterior a la menopausia, bien sea natural y quirúrgica, entre las pacientes atendidas en la consulta de Menopausia y Climaterio de la Maternidad “Dr. Armando Castillo Plaza”, del Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo. Medir la densidad mineral ósea (DMO) de mujeres que presentaron menopausia natural y quirúrgica y establecer los factores de riesgo para osteoporosis posterior a la menopausia natural y quirúrgica. Investigación de tipo comparativa y aplicada, con diseño no experimental, contemporáneo transeccional y de campo, donde se estudiaron tanto la DMO como los factores de riesgo para presentar osteoporosis en 60 mujeres posmenopáusicas, divididas en dos grupos pareados según el tipo de menopausia presentada, el cual incluyó tanto la aplicación de la técnica de la observación directa como el uso de una ficha de observación. Resultados: El grupo con menopausia quirúrgica presentaban menor DMO e índices t más disminuidos, tanto a nivel de columna vertebral como cuello femoral, que las pacientes con menopausia natural; sin embargo sólo se encontraron diferencias significativas para la DMO determinada a nivel de columna vertebral ( $997,2 \pm 155,2$  vs.  $917,7 \pm 144,7$ ;  $p < 0,05$ ). Tabla I.

**TABLA I**  
**DENSIDAD MINERAL ÓSEA EN COLUMNA LUMBAR Y CUELLO FEMORAL DE MUJERES POSMENOPÁUSICAS**

<b>Análisis/Alternativas</b>	<b>GRUPO A</b> <i>(menopausia natural)</i>	<b>GRUPO B</b> <i>(menopausia quirúrgica)</i>	<b>t</b>	<b>p *</b>
	<b>X±DE</b>	<b>X±DE</b>		
<b>DENSIDAD MINERAL (GRAMOS)</b>				
• Columna lumbar	997,2±155,2	917,7±144,7	2,052	0,044
• Fémur derecho	941,6±145,3	868,4±157,2	1,872	0,066
<b>ÍNDICE T</b>				
• Columna lumbar	-0,44±1,49	-0,60±1,83	0,355	0,711
• Fémur derecho	-0,24±1,25	-0,86±1,42	1,610	0,077

\* Comparación de medias por T de Student con una significancia estadística  $p < 0,05$ .

Se pudo establecer una prevalencia del 10% y 5% para la osteoporosis y de 43,33% y 50% para la osteopenia determinadas en columna vertebral y fémur, respectivamente; siendo significativamente más frecuente entre las menopáusicas quirúrgicas ( $p < 0,05$ ), las cuales presentaron un mayor y significativo riesgo para presentar una DMO alterada tanto en columna vertebral (OR [IC95%]= 4,03 [1,37-11,84];  $p < 0,05$ ) como en cuello femoral (OR [IC95%]= 4,75 [1,58-14,25];  $p < 0,05$ ).

Tabla II.

**TABLA II**  
**ALTERACIONES DE LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA DE MUJERES**  
**POSMENOPÁUSICAS**

CATEGORÍAS	GRUPO A (menopausia natural)		GRUPO B (menopausia quirúrgica)		OR <sup>&amp;</sup>	IC95% <sup>‡</sup>	<i>p</i> <sup>◊</sup>
	Fa	%	Fa	%			
<b>Columna vertebral</b>							
• Normal	19	31,7	09	15,0	4,03	01,37-11,84	0,010
• Patológico*	11	18,3	21	35,0			
Osteopenia	10	16,7	16	26,7			
Osteoporosis	01	01,6	05	08,3			
<b>Fémur</b>							
• Normal	19	31,7	08	13,3	4,75	01,58-14,25	0,004
• Patológico*	11	18,3	22	36,6			
Osteopenia	10	16,7	20	33,3			
Osteoporosis	01	01,6	02	03,3			

\* Osteopenia-Osteoporosis

& OR= Odds ratio

‡ IC95% = Intervalo de confianza al 95%

◊ Prueba de Chi cuadrado ( $\chi^2$ ). Significancia estadística  $p < 0,05$ .

Asimismo, se encontró que los factores de riesgo significativos asociados al diagnóstico de una DMO alterada fueron el consumo de café o gaseosas, tabaquismo y ausencia de suplementación de calcio más vitamina D ( $p < 0,05$ ). En esta serie se encontró un gran número de mujeres posmenopáusicas con alteraciones en la DMO en más de la mitad de la muestra estudiada, encontrándose una prevalencia de 43,33% de Osteopenia y 10% para la Osteoporosis a nivel vertebral; mientras que en la medición del

cuello femoral resultó de 50% y 5%.

Estas tasas, concuerdan más o menos con la prevalencia de Osteoporosis vertebral del 12,1% - 17,6% y del 7,9% - 22% para cuello femoral aportada por investigaciones realizadas en Latinoamérica (1); así como con la prevalencia cubana de 45,9% para Osteopenia (2). Sin embargo, otra investigación venezolana ha reportado una mayor prevalencia tanto de osteoporosis como de osteopenia en mujeres zulianas, 62% y 38% respectivamente (3). Asimismo, los resultados

presentados son menores tanto a los encontrados en las mujeres caucásicas posmenopáusicas de los Estados Unidos donde se ha reportado hasta un 30% de osteoporosis y 54% de osteopenia (4), como a las prevalencias publicadas en México (5) de 39,8% y 13,6% y de 34,5% y 17,9% para osteopenia y osteoporosis, respectivamente (6). Las mujeres posmenopáusicas que presentaron una menopausia quirúrgica tienen un mayor riesgo para presentar alteraciones de la DMO tanto en columna vertebral como en cuello femoral. Se encontró que los factores de riesgo asociado al diagnóstico de una DMO alterada fueron el consumo de café, consumo de gaseosas, hábito tabáquico, la ausencia de suplementación de calcio más vitamina D y la historia familiar de fracturas osteoporóticas.

## Referencias

1. **Riera G.** Epidemiology of osteoporosis in Latin America 2008. Salud pública Méx. 2008;51(1):52 - 55.
2. **Couto D, Nápoles D y Deulofeu I.** Osteoporosis posmenopausia según densitometría ósea. MEDISAN.2011;15(12):1765 – 1774.
3. **Pineda L.** Osteoporosis en el climaterio y menopausia. Tesis de especialización. Postgrado de Obstetricia y Ginecología. Facultad de Medicina, Universidad del Zulia. [http://tesis.luz.edu.ve/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=2928](http://tesis.luz.edu.ve/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2928). Fecha de recuperación: 10 de Mayo de 2012.
4. **Anil G, Guglielmi G, Peh y Wilfred CG.** Radiology of Osteoporosis. Radiol Clin N Am. 2010; 48:497 – 518.
5. **Rosales E, Muñoz J, y Arias R.** Prevalencia de osteopenia y osteoporosis en mujeres posmenopáusicas y su relación con factores de riesgo. Ginecol Obstet Mex. 2014;82(4): 223 – 228.
6. **De Lago A, Parada T, y Somera I.** Prevalencia de osteoporosis en población abierta de la Ciudad de México. Ginecol Obstet Méx. 2008;76:261 - 266.

**Palabras clave:** Factores de Riesgo, Menopausia natural, Menopausia quirúrgica, Osteoporosis.

**GO-017**

**Síndrome de Stevens Johnson y embarazo.** (Stevens Johnson syndrome and pregnancy)

**Carla Mauriello<sup>1</sup>, Nataly Del Rio<sup>1</sup>, Yaritza Mejia<sup>1</sup>, Noren Villalobos<sup>1,2</sup>.**

<sup>1</sup>Servicio de Alto Riesgo Obstétrico. Maternidad Dr. Armando Castillo Plaza.

<sup>2</sup>Facultad de Medicina, Universidad del Zulia. Maracaibo, Estado Zulia-Venezuela.

Correo electrónico: carlalacle@gmail.com

El síndrome de Stevens-Johnson, es una enfermedad inflamatoria aguda, originada por hipersensibilidad, caracterizada por desarrollo súbito y progresivo de rash pleomórfico con vesículas y vejigas en piel y membranas mucosas; siendo los principales medicamentos involucrados sulfonamidas, penicilinas, cefalosporinas, anticonvulsivos y salicilatos. Si bien no tienen un tratamiento específico, la suspensión del agente causante, medidas de sostén, adecuado manejo de las lesiones cutáneas y oculares, a lo que se suma el tratamiento con inmunoglobulinas, ha permitido obtener resultados exitosos. Se describe el caso clínico del síndrome de Stevens Johnson y embarazo. Se trata de paciente de 19 años, primigesta, epiléptica desde los 7 años. La cual consulta por presentar aumento de la temperatura corporal, lesiones en piel generalizadas tipo vesículas y secreción ocular; posterior a administración de antibiótico (penicilinas), por lo que se ingresa. Fue valorada por la unidad de cuidados intensivos, servicio de medicina interna, dermatología, neurología, oftalmología, otorrinolaringología y nutrición y dietética, durante su evolución intrahospitalario las lesiones evolucionaron a maculo-pápulas y costras haciéndose descamativas al cabo de 10 días, así mismo presento fiebre durante 3 días, se le coloco sonda nasogástrica y nutrición parenteral por episodio de hemoptisis y lesiones ulcerosas en tracto digestivo, se administró antibioticoterapia, antialérgicos, corticosteroides e

inmunoglobulina con mejoría clínica. Debido a la evolución satisfactoria se egresa a los 20 días. A las 38 semanas se obtiene recién nacido varón de 2500gr y 45cm. El diagnóstico de sospecha y la suspensión de la medicación son determinantes en la evolución, conjuntamente con el inicio de las medidas terapéuticas de sostén y la inmunoglobulina.

**Palabras clave:** Síndrome de Stevens Johnson, embarazo, penicilinas.

#### **GO-018**

**Anemia falciforme en crisis hemolítica y dolorosa durante el embarazo. A propósito de un caso.** (Sickle cell anemia during painful and haemolytic crisis in pregnancy. Apropos of a case)

**Yaritza Mejia<sup>1</sup>, Carla Mauriello<sup>1</sup>, Juan Sanchez<sup>1</sup>, Noren Villalobos<sup>1</sup>, Cristy Mejia<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup>Servicio de Alto Riesgo, División de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario de Maracaibo, Maternidad, Dr. Armando Castillo Plaza, Maracaibo, Venezuela. Correo electrónico: yaritzakarin@gmail.com

La anemia falciforme, es una enfermedad causada por la presencia de la hemoglobina anormal, la hemoglobina S. Se presenta caso clínico de embarazo de 28 semanas por biometría fetal y anemia falciforme en crisis hemolítica y dolorosa, en el Servicio de Obstetricia de la Maternidad Dr. Armando Castillo Plaza. Se analiza caso clínico; se revisa casos recogidos en la literatura. Tetándose de Paciente de 19 primigesta, con embarazo simple de 28 semanas, consulta por presentar de tres semanas de evolución dolor en miembros inferiores de leve intensidad que progresó a fuerte intensidad desde hace dos días, así mismo, cefalea de moderada intensidad en región frontal, pulsátil concomitante con bipedestación; paciente con moderada palidez cutáneo mucosa, TA100/60mmHg, FC:90 lpm, abdomen globoso a expensas de útero grávido feto único en su interior AU: 27cm, FCF 145 lpm, cuello uterino posterior, cerrado, miembros inferiores fuerza muscular conservada, sin signos de flogosis.

Exámenes paraclínicos hematología completa: Hb: 7gr/dl, reticulocitos 17%, fenómeno falciforme, ferritina 490, hierro sérico 132. trasnferrina 336, LDH:450 U/L, bilirrubina total:1,9mg/dl, bilirrubina indirecta: 1,5mg/dl, valorada por el servicio de hematología con frotis de sangre periférica: eritrocitos en semiluna y electroforesis de hemoglobina reportando hemoglobinopatía S/S, diagnosticándose anemia falciforme en crisis hemolítica y dolorosa, al décimo día de evolución es egresada y posteriormente con los diagnósticos de embarazo simple de 38 sem, anemia falciforme ingresa y por medio de cesárea segmentarea se obtuvo RN varón 3100 gr en buenas condiciones ;es importante conocer que el embarazo en las mujeres con anemia falciforme se asocia con una mayor incidencia de morbimortalidad maternofetal.

**Palabras clave:** embarazo, anemia falciforme, crisis dolorosa, hemolisis.

#### GO-019

**Sindrome de dandy walker en embarazo gemelar. A propósito de un caso.**  
(Dandy walker syndrome in gemelar pregnancy. A purpose of a case)

**Yaritza Mejia<sup>1</sup>, Carla Mauriello<sup>1</sup>, Juan Sanchez<sup>1</sup>, Yenire Villalobos<sup>1</sup>, Noren Villalobos<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup>Servicio de Alto Riesgo, División de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario de Maracaibo, Maternidad Dr. Armando Castillo Plaza, Maracaibo, Venezuela. Correo electrónico: yaritzakarin@gmail.com

El síndrome de Dandy-Walker es una malformación del desarrollo del sistema nervioso central (SNC) que cursa por ausencia del vermis cerebeloso. Se presenta caso de síndrome de Dandy Walker en embarazo gemelar de 26 semanas, en el Servicio de Obstetricia de la Maternidad Dr. Armando Castillo Plaza. Se analiza caso clínico de una paciente de 31 años, primigesta, con embarazo gemelar de 26 semanas, que asiste a consulta prenatal y se realiza ecograma obstétrico reportándose embarazo gemelar de 27 semanas por biometría fetal, biconal- biamniótico con ausencia de vermix cerebeloso y

dilatación del tercer ventrículo y ventrículos laterales en ambos fetos, compatible con síndrome de Dandy Walker, posteriormente la paciente consulta a la emergencia por presentar dolor abdominal tipo contracciones uterinas dolorosas, al examen físico ligera palidez cutáneo mucosa, TA 114/63 mmhg, FC 80Lpm, abdomen globoso a expensas de utero gravido AU 37 cm, feto uno longitudinal cefálico FCF 145lpm, feto dos longitudinal podálico FCF 150lpm, cuello borrado 80%, dilatado 7 cm, es llevada a mesa operatoria y por medio de cesárea segmentaria se obtiene RN 1 varón de 1200 grs y RN 2 varón de 1100 gr en malas condiciones generales son ubicados en UCI neonatal se realiza al cuarto día TAC de cráneo donde se confirma el diagnóstico; fallecen a los 10 días. El síndrome Dandy-Walker es una entidad rara en el mundo, la mortalidad es muy elevada y el consejo a los pacientes es complejo porque es significado clínico no es bien definido.

**Palabras clave:** síndrome dandy walker, embarazo gemelar, vemicix cerebeloso.

## GO-020

**Infección por virus del papiloma humano de alto riesgo y otros cofactores en mujeres con lesiones premalignas y malignas del cuello uterino de la ciudad de Maracaibo.** (High-risk human papillomavirus infection and others co-factors in women with premalignant and malignant lesions of the cervix at the city of Maracaibo)

**José Núñez-Troconis<sup>1,2\*</sup>, Mariela Delgado<sup>3</sup>, Gerardo González<sup>1</sup>, Raimy Mindiola<sup>4</sup>, Yenddy Carreño<sup>4</sup>, David J. Munroe<sup>5</sup>.**

<sup>1</sup>Hospital Manuel Noriega Trigo, Maracaibo, Venezuela. <sup>2</sup>Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela. <sup>3</sup>Policlínica Maracaibo; Maracaibo, Venezuela. <sup>4</sup>Laboratorio Regional de Referencia Virológica, Facultad de Medicina, Universidad de Zulia, Maracaibo, Venezuela. <sup>5</sup>Laboratory of Molecular Technology. SAIC-Frederick, Inc., National Cancer Institute at Frederick, Frederick, MD, USA.

Correo electrónico: jtnunezt@gmail.com

De acuerdo a datos recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer, el Cáncer del

Cuello Uterino (CC) continúa siendo un problema importante de salud pública en todo el mundo. El CC representó el sexto cáncer más frecuente en el mundo para ambos sexos (3,7%) después del pulmón, mamas, recto y colon, próstata y estomago en el 2012 (1) y fue responsable del 3,2% de las muertes por cáncer en el sexo femenino a nivel mundial. El CC fue el 4to cáncer femenino más frecuente con 527.624 (7.9%) nuevos casos y 265.653 (7.5%) muertes después de Mamas, pulmón y colon y recto durante el año el 2012 (1). Alrededor del 84% (1) de esos casos ocurren en países sub-desarrollados, incluyendo varios países latino-americanos incluyendo Centro-América, Sur-América y el Caribe (2, 3). La persistencia de la infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH) sobre todo los de Alto Riesgo (AR) es considerada uno de los factores causales más importante del CC pre-invasivos e invasivos (4). A pesar que la etiología del CC está bien establecida, la infección por el VPH no es suficiente para el desarrollo del cáncer. Factores adicionales se necesitan y contribuyen en la progresión de la infección del VPH hasta llegar al Carcinoma In Situ (CIS) y Carcinoma Cervical Invasivo (CCI). La patogénesis de los diferentes grados de Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC), CIS y CCI refleja la dinámica de la persistencia del virus y su integración al genoma de la célula, exposición a cofactores adicionales, respuesta inmune del huésped, y eventos genético somáticos. Factores relacionados al virus, los cuales contribuyen a la progresión en la infección hasta llegar al cáncer tales como el tipo de virus, variante viral, persistencia del virus, y carga viral. Factores adicionales (ambientales o exógenos y factores propios del huésped) que incrementan el riesgo que incluyen infección por otros agentes de transmisión sexual tales como el virus del Herpes Genital tipo 2 y Chlamydia trachomatis, multiparidad, uso actual o reciente de anticonceptivos orales, cigarrillo, múltiples compañeros sexuales, edad de la primera relación sexual, y estados de inmunosupresión (5,6). El propósito u objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de VPH-AR y otros co-factores en mujeres de la ciudad de Maracaibo

con diagnóstico de lesiones pre-invasivas e invasivas del cuello uterino usando la técnica de biología molecular de Captura de Híbridos 2(CH2).

Se estudiaron 124 mujeres quienes asistieron a la Consulta de Colposcopia y Patología del Cuello Uterino del Hospital Manuel Noriega Trigo durante el periodo de agosto 2005 y noviembre 2011. Cada paciente se le practicó una citología cervico-vaginal y una biopsia dirigida bajo visión colposcopia en la lesión o atipia colposcopica. Una segunda muestra fue tomada con un cepillo cervical y colocado en un tubo especial con 1 cc de Medio de Transporte Universal para la detección del ADN del VPH usando la técnica de CH2. A cada paciente se le recogió una historia clínica incluyendo la información ginecológica y obstétrica. Las citologías cervico-vaginal (CCV) y los especímenes de las biopsias del cuello uterino fueron procesadas en el mismo laboratorio de patología, así mismo, estudiadas y diagnosticadas por el mismo patólogo. Las CCV fueron reportadas de acuerdo al

Sistema Bethesda 2001. Los especímenes tisulares fueron fijados en formol al 10%, embebidos en parafina, se realizaron cortes de 4 mm de espesor y teñidos con hematoxilina-eosina para su estudio. Los especímenes de biopsia fueron reportados de acuerdo a los criterios de la OMS: Condiloma, NIC 1, NIC 2, NIC 3, CIS y CCI. Las muestras para CH2 fueron estudiadas con la Sonda B, la cual, busca la presencia de 13 tipos de VPH-AR:: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, and 68, de acuerdo a las instrucciones del fabricante. La prueba fue considerada positiva si la Unidad Relativa de Luz detectaba el nivel mínimo de 1pg/ml de ADN del VPH. La mitad de las pruebas fueron procesadas en el Viral Oncology Section (VOS) Core Laboratory, National Cancer Institute, Frederick, MD, USA, y la otra mitad en el Laboratorio Regional de Referencia Virológica, Facultad de

Medicina, Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela.

La CH2 fue positiva en 53 casos de las 124 pacientes, indicando que la prevalencia de VPH-AR en la población estudiada fue del 42,7% (95% IC: 34,8%-50,7%). Treinta y cuatro de 89 CCV (38,2%; p=NS) fueron reportadas positivas a VPH-AR. Veinte y tres de 34 (67,6%) CCV positivas al VPH-AR fueron diagnosticadas como lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LIE-BG) o de mayor severidad diagnóstica (+). La sensibilidad y especificidad del método de CH2 en pacientes con LIE-BG+ fue de 67,6% y 43,6%, respectivamente. La CH2 fue positiva en 3 (30%) de 10 casos diagnosticados como condiloma plano y/o exofítico, 16 (23,9%) de 67 NIC 1, 11 (47,8%) de 23 NIC 2, 7 (87,5%) de 8 NIC 3, 4 (100%) de 4 CIS y en 12 (100%) de 12 CCI como se observa en la tabla I. Los factores de riesgo asociados a la infección por el VPH-AR fueron analizados usando la regresión logística binaria. La edad., el estatus marital (casada vs

otros estatus), la edad de la 1<sup>a</sup> relación sexual ( $\leq 18$  años vs  $\geq 19$  años), embarazo (si vs no), la edad del 1er embarazo ( $\leq 18$  años vs  $\geq 19$  años), el número de embarazos (1 vs 2+), parto (si vs no), el número de partos (1 vs 2+), la edad del 1er parto ( $\leq 18$  años vs  $\geq 19$  años), menopausia (si vs no), activa sexualmente (si vs no), contracepción actual (si vs no), contracepción en el pasado (si vs no), duchas vaginales (si vs no), fuma (si vs no), fumó (si vs no), alcohol (si vs no), café (si vs no), enfermedad de transmisión sexual (si vs no) no se encontraron asociadas a la infección por el VPH-AR. El número de compañeros sexuales (1 vs 2+) fue estadísticamente significativo asociada a la infección por el VPH-AR ( $p<0.005$ ; OD: 13,298; 95% CI: 2,202-80,320). En el presente estudio, ningún factor de riesgo se encontró asociado a las lesiones premalignas y malignas del cérvix.

En conclusión, la prevalencia de la infección por VPH-AR fue de 42,7% en lesiones pre-malignas y malignas del cuello uterino. La mayor

prevalencia se encontró en pacientes con NIC 2+ y de 30 o más años de edad. La CCV, la colposcopia y el estudio histológico son 3 métodos importantes y complementarios del estudio e investigación de las lesiones pre-malignas y malignas del cuello uterino. La inclusión de detección del ADN del VPH y en especial de los tipos de alto riesgo como pruebas complementarias en el

estudio e investigación de las lesiones pre-malignas y malignas del cuello uterino es de gran ayuda para el diagnóstico temprano de estas lesiones. La introducción de este método de diagnóstico de las lesiones del cuello uterino podría ser un elemento de mucha importancia e impacto en la pesquisa del CC en Venezuela

#### Diagnóstico Histopatológico y VPH

VPH	Negativo		Positivo		Total	
	Diagnóstico	Histopatológico	No	%	No	%
Condiloma	7	5.6	3	2.4	10	8.1
NIC* 1	51	41.1	16	12.9	67	54.0
NIC 2	12	9.7	11	8.9	23	18.5
NIC 3	1	0.8	7	5.6	8	6.5
CIS**	0	0.0	4	3.2	4	3.2
CCI+	0	0.0	12	9.7	12	9.7
Total	71	57.3	53	42.7	124	100.0

\*Neoplasia Intraepitelial Cervical; \*\*Carcinoma In Situ; + Carcinoma Cervical Invasivo

#### Referencias

1. Globocan 2012: Estimated cancer incidence, mortality, and prevalence worldwide in 2012. Available at [http://globocan.iarc.fr/Pages/fact\\_sheets\\_population.aspx](http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx). Accessed in August 20, 2014.

2. Parkin DM, Bray F. Chapter 2: the burden of HPV-related cancers. Vaccine 2006; 24 Suppl 3, S11–25.  
 3. Parkin DM, Almonte M, Bruni L, Clifford G, Curado MP, Pineros M. Burden and trends of type-specific human papillomavirus infections and related diseases in the Latin America

and Caribbean region. Vaccine 2008; 26 Suppl 11:L1–15.

**4. Zur Hausen H.** Papillomaviruses and cancer: from basic studies to clinical application. *Nat Rev Cancer.* 2002; 2(5):342-350.

**5. Núñez-Troconis J.** Cervical intraepithelial neoplasia: Chlamydia trachomatis and other co-factors. *Invest Clin* 1995; 36: 101–116

**6. International Collaboration of Epidemiological Studies of**

**Cervical Cancer.** Cervical carcinoma and reproductive factors: collaborative reanalysis of individual data on 16,563 women with cervical carcinoma and 33,542 women without cervical carcinoma from 25 epidemiological studies. *Int J Cancer.* 2006; 119:1108-1124.

**Palabras Clave:** Prevalencia, Virus del papiloma Humano, Neoplasia Intraepitelial Cervical, Cáncer Cervical, Captura de Híbridos 2.

## GO-021

**Leucemia mieloide aguda y embarazo. A propósito de un caso.** (Acute myeloid leukemia and pregnancy. A case study)

**Noren Villalobos<sup>1</sup>, María Suarez<sup>1</sup>, Gabriela Chirinos<sup>1</sup>, Keren Vega<sup>1</sup>, Lijuzu Vega<sup>1</sup>, Geornely Daza<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup>Maternidad Dr Armando Castillo Plaza. Servicio de Obstetricia. Universidad del Zulia. Maracaibo-Venezuela. Correo electrónico: malisuaga27@hotmail.com

La leucemia es una neoplasia de las células precursoras linfoides y mieloides de la médula ósea; cuando coexiste con embarazo pone en peligro la vida de la madre y feto. Se presenta caso de leucemia mieloide y embarazo de 26 semanas de gestación, en el Servicio de Obstetricia de la Maternidad Dr Armando Castillo Plaza. Se analizó caso clínico, y se revisaron casos recogidos en la literatura. Paciente primigesta, 25 años, consultó presentando fiebre no cuantificada y malestar general de una semana de evolución. Antecedentes familiares: padre muerto por CA de laringe, hermana muerta por osteosarcoma. Antecedentes quirúrgicos: liposucción. Paciente en regulares condiciones generales, ligera palidez cutáneo mucosa; TA: 124/87 mmHg, FC 88 lpm, FR 18

rpm, T: 38°C; abdomen globoso por útero grávido con feto único en su interior, FCF 138 lpm; tacto: cuello posterior, cerrado. Se realizaron paracológicos y punción de médula ósea, siendo diagnosticada: Embarazo simple de 26,5 semanas y Leucemia Mieloide Aguda. Recibió tratamiento: quimioterapia oral con ácido transretinoico y hemoderivados con evolución satisfactoria. Se realizó cesárea segmentaria, obteniéndose recién nacido vivo, hembra, peso al nacer de 1800grs, talla al nacer de 52cm, Capurro para 33 semanas. En puerperio continuó con V ciclos de quimioterapia endovenosa y evolución satisfactoria. Nueva punción de médula ósea reportó remisión completa de la enfermedad. La asociación leucemia y embarazo es poco frecuente. La leucemia mieloide aguda es más común en pacientes de edad avanzada, también puede verse en mujeres en edad fértil; complicando su manejo por coexistencia del embarazo.

**Palabras clave:** Leucemia mieloide aguda, embarazo, neoplasias hematológicas.

#### **GO-022**

**Acondroplasia y Embarazo: Presentación de un caso.** (Achondroplasia and Pregnancy: Report of a case)

**Yenire Villalobos<sup>1</sup>, Greisy Carruyo<sup>1</sup>, Wianella Ojeda<sup>1</sup>, Jean Sandrea<sup>1</sup>, Noren Villalobos<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup>Servicio de Alto Riesgo Obstétrico. Maternidad Armando Castillo Plaza. Maracaibo. Estado Zulia. Correo electrónico: vyenire168@gmail.com

La Acondroplasia es un desorden hereditario bastante infrecuente observándose entre 1/15.000 a 1/40.000 nacidos vivos. Es transmitido en forma autosómica dominante, y en el 80% de los casos representa una mutación genética espontánea. Las mujeres son afectadas frecuentemente y poseen tasas de fertilidad bajas. Se trata de primigesta Acondroplásica de 21 años de edad, menarquia a los 8 años, sexarquia a los 19 años, 2 parejas sexuales, antecedentes patológicos personales de asma bronquial y alérgica a los analgésicos antiinflamatorio no esteroideo. Con embarazo activo de 32.5

semanas, controlado con 4 consultas, ecosonograma que reporta embarazo con feto activo de 28 semanas por biometría compatible con acondroplasia fetal. Al examen físico se determina: talla, 98 centímetros; peso: 29 kilogramos; índice de masa corporal: 30,2. Presión arterial: 100/70mmHg; frecuencia cardiaca: 72 latidos por minutos; ruidos cardiacos rítmicos sin soplos; tórax normo expansible, mormullo vesicular audible en ambos campos pulmonares sin agregados; abdomen globoso a expensas de útero grávido, feto único longitudinal, presentación podálica, dorso izquierdo, altura uterina 29 centímetros; frecuencia cardiaca fetal: 147 latidos por minutos. Es llevada a cesárea segmentaria por presentar trabajo de parto prematuro, la cual a través de anestesia conductiva se obteniendo recién nacido vivo masculino, peso: 600 gramos, talla: 37 centímetros, en malas condiciones generales, la cual fallece a las 48 horas de nacido. Es importante un diagnóstico eficaz para discutir los aspectos hereditarios de la enfermedad, establecer un pronóstico, sugerir opciones terapéuticas, discutir con la familia los riesgos de recurrencia y establecer una guía de manejo preventivo.

**Palabras clave:** Acondroplasia, embarazo, cesárea segmentaria.

#### **GO-023**

**Gestación Gemelar con Feto Acárdico: Presentación de un caso.** (Gemelar acardiac fetus gestation: A case report)

**Yenire Villalobos, Carla Mauriello, Corradina Iacono, Yaritza Mejia, Noren Villalobos.**

Servicio de Alto Riesgo Obstetrico. Maternidad Armando Castillo Plaza. Maracaibo. Estado Zulia. Correo electrónico: vyenire168@gmail.com

La existencia de fetos acardios es una rara condición en los embarazos gemelares monocoriales (1%). Uno de los gemelos (feto acardio) presenta ausencia total de tejido cardiaco o un tejido miocárdico rudimentario, mientras que el otro tiene una anatomía cardiaca normal. El gemelo afectado es perfundido de forma reversa mediante anastomosis arterio-arterial y veno-venosa por el otro

gemelo; resultando, con consecuencias hemodinámicas en este último. Se presenta Paciente Primigesta de 25 años de edad, con embarazo gemelar de 28 semanas de gestación, sin antecedentes patológicos de importancia, con 4 controles prenatales, la cual presenta ultrasonografía con reporte de embarazo gemelar, Monocorial - biamniotica, feto uno de morfología normal con restricción del crecimiento intrauterino simétrico, feto dos Acardico con Higroma Quístico, con Shunt Arteriovenoso Placentario. Consulta a la emergencia por presentar dolor abdominal tipo contracciones uterinas, en trabajo de parto, es llevada a cesárea segmentaria, obteniendo feto uno de 900 gramos, femenino en regulares condiciones clínicas, feto dos Acardico de 1500 gramos, marcadamente dismórfico identificándose únicamente los miembros inferiores, sin reconocerse cabeza ni extremidades superiores. Placenta Monocorial – biamniotica con presencia de anastomosis vasculares arterioarteriales y venovenosas entre ambas circulaciones fetales. Feto acardico es llevado a anatomía patológica para su estudio encontrando internamente algunas porciones de tubo digestivo, páncreas, riñones y suprarrenales. No se encontraron el resto de órganos. El feto acardio por transfusión feto-fetal inversa es poco frecuente en nuestro país, debido al temprano y avanzado control prenatal.

**Palabras clave:** Acardio, Secuencia de perfusión arterial reversa, Gestación gemelar.