

Ciclo de Conferencias Médicas 24 Dr.

Vol. 8 Suplemento 1

Noviembre

Año 2016



El contador
Óleo sobre tela
80 cm * 95 cm
2016

Directorio editorial

Dirección General

Alvaro López Íñiguez

Editor en Jefe

Javier Soto Vargas

Editores por sección

Edición literaria

Norma Gisel De León Peguero
Fernando Emmanuel Herrera Aguilar
Roberto Miranda de la Torre
Liliana Martínez Vázquez
Luis Daniel Salgado Lozada

Trabajos Originales

Rafael Antonio Cansino Vega
Rubén Daniel Esqueda Godoy

Medicina Interna

Sarai Delgado Pelayo
Martín Alejandro Gallegos Ríos
Luis Miguel Morfín Plascencia
Jorge Casal Sánchez

Cirugía

Victor Hugo Sainz Escárrega
Emmanuel Mercado Núñez

Pediatría

Blanca Fabiola Fajardo Fregoso
Francisco Jaffet Ramírez Ramírez
Claudia Gómez Elías

Ginecología y Obstetricia

Rosa María Hernández Vega

Casos Clínicos

Sulei Bautista González
Diego Antonio Preciado Estrella
Damían Arellano Contreras

Traducción Literaria

Enrique Daniel Gallo Sandoval
David Enrique Carmona Navarro
Rosa Paulina Aldana Aguilar
Kenia Yolanda Lepe Moreno

Comité de diseño

Adriana Valle Rodríguez
Alberto Álvarez Gutiérrez
Jesús Rodríguez Salcido
Erik Zamudio López
Erick Pérez López
Manuel Soria Orozco

Comité de difusión y divulgación

Evelin del Rocio López Íñiguez
Jesús Gerardo Tostado Sánchez

Respaldo académico institucional

OPD Hospitales Civiles de Guadalajara

Director General

Dr. Héctor Raúl Pérez Gómez

Director Hospital Civil de Guadalajara HCFEA

Dr. Benjamín Becerra Rodríguez

Director Hospital Civil de Guadalajara HCJIM

Dr. Francisco Martín Preciado Figueroa

Subdirector General de Enseñanza e Investigación

M.S.P. Víctor Manuel Ramírez Anguiano

Subdirector de Enseñanza e Investigación del HCFEA

Dr. Claudia Margarita Ascencio Tene

Subdirector de Enseñanza e Investigación del HCJIM

Dr. José Víctor Orozco Monroy

Centro Universitario de Ciencias de la Salud

Rector

Dr. Jaime Andrade Villanueva

Secretario Académico

Mtro. Rogelio Zambrano Guzmán

Secretario Administrativo

Mtra. Saralyn López y Taylor

Coordinador de la Carrera de Medicina

Dr. Eduardo Gómez Sánchez

REVISTA MEDICA MD, Año 8, Número 1, agosto - octubre 2016, es una publicación trimestral editada por Roberto Miranda De La Torre, Sierra Grande 1562 Col. Independencia, Guadalajara, Jalisco C.P. 44340. www.revistamedicamd.com, md.revistamedica@gmail.com. Editor responsable: Javier Soto Vargas. Reservas de Derecho al Uso Exclusivo No. 04-2014-101310041400-102. ISSN: 2007-2953. Licitud de Título y Licitud de Contenido: en Trámite. Responsable de la última actualización de este número Comité Editorial de la Revista Médica MD Sierra Grande 1562 Col. Independencia, Guadalajara, Jalisco C.P. 44340. Fecha de última modificación 31 de octubre de 2016.

Con respaldo académico del OPD Hospitales Civiles de Guadalajara y del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara. Miembro de la Asociación Mexicana de Editores de Revistas Biomédicas. Indizada y compilada en el Índice Mexicano de Revistas Biomédicas de Latinoamérica IMBIOMED, en el Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal LATINDEX, Medigraphic Literatura Biomédica, en el Índice de Citaciones Latinoamericanas (INCILAT), REDIB Red Iberoamericana de Innovación y Conocimiento Científico, en la Academic Search en su versión internacional de la base de datos EBSCO y Gale-Cengage Learning subdivisión de National Geographic.

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación. Queda estrictamente prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de la publicación sin previa autorización de la Revista Médica MD.

Directorio Ciclo de Conferencias Médicas CICOM XXIII "Dr. César Martínez Ayón"

Mtro. Jorge Aristóteles Sandoval Díaz
Gobernador Constitucional del Estado de Jalisco
Mtro. Itzcóatl Tonatiuh Bravo Padilla
Rector General de la Universidad de Guadalajara
Dr. Jaime Federico Andrade Villanueva
Rector del Centro Universitario de Ciencias de la Salud
Dr. Héctor Raúl Pérez Gómez
Director General O. P. D. Hospital Civil de Guadalajara
Dr. Benjamín Becerra Rodríguez
Director del Benemérito Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde"
Dr. Francisco Preciado Figueroa
Director del Hospital Civil de Guadalajara "Dr. Juan I. Menchaca"
Mtro. Víctor Manuel Ramírez Anguiano
Subdirector General de Enseñanza e Investigación
O. P. D. Hospital Civil de Guadalajara
Dr. José Antonio Mora Huerta
Subdirector de Enseñanza e Investigación
Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde"
Dr. Enrique Romero Velarde
Subdirector de Enseñanza e Investigación
Hospital Civil de Guadalajara "Dr. Juan I. Menchaca"
C. José Alberto Galarza Villaseñor
Presidente de la Federación de Estudiantes Universitarios
Dr. Alvaro López Iñiguez
Presidente de la Sociedad de Médicos Residentes
Benemérito Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde"
Dr. Manuel Centeno Reynoso
Presidente de la Sociedad de Médicos Residentes
Hospital Civil de Guadalajara "Dr. Juan I. Menchaca"
Dr. José Felipe Muñoz Islas
Coordinador General XXIV Ciclo de Conferencias Médicas Hospitales Civiles "Dr. César
Martínez Ayón"
Dr. Juan Pablo Fernández Leal
Coordinador 6º Expo CICOM



HOMENAJEADO Dr. César Martínez Ayón

El doctor César Martínez Ayón nació en San Martín de Bolaños, Jalisco, el 17 de marzo de 1943. A sus 73 años es el actual jefe del Servicio de Hematología del Benemérito Antiguo Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, fue profesor titular de la especialidad de Hematología por la Universidad de Guadalajara.

Se formó como Médico cirujano y partero en la Universidad de Guadalajara, misma institución donde cursó sus estudios de posgrado en la especialidad de Medicina interna de 1967 a 1970, y posteriormente la subespecialidad de Hematología de 1970 a 1971, realizando ambas residencias médicas en el Benemérito Antiguo Hospital Civil de Guadalajara. Tras conseguir sus títulos de posgrado por parte de la Universidad de Guadalajara, el Doctor César Martínez Ayón fue adscrito al Servicio de Medicina Interna del Antiguo Hospital Civil durante 15 años, en la década de los setenta e inicios de los ochentas, posteriormente fue adscrito en el

Servicio de Hematología de 1986 hasta 1990, año en que tomó posesión como jefe del mismo servicio en el que ha mantenido su cargo hasta la actualidad. Tiempo en el que ha sido el principal mentor de varias generaciones de hematólogos, todos ellos de muy reconocido prestigio en el ejercicio de tan importante subespecialidad médica.

Tiene varias colaboraciones en artículos de investigación, entre las que destaca, por mencionar alguna, su participación como investigador asociado en el estudio multicéntrico: “Caspofungina versus Anfotericina B Liposomal para la Terapia Empírica Antifúngica en pacientes con fiebre persistente y neutropenia”. La incansable labor tanto docente como asistencial en las instituciones hermanas que lo han visto crecer y desarrollarse, la Universidad de Guadalajara y el Hospital Civil de Guadalajara, le han valido al Doctor César Martínez Ayón múltiples merecimientos entre los que destacan el reconocimiento de la Universidad de

Guadalajara por 35 años de labor docente que recibiera el día 12 de octubre del 2004, así como el reconocimiento a la trayectoria profesional y docente, también otorgado por la Universidad de Guadalajara, en enero del 2005. Por su parte, el Hospital Civil de Guadalajara le entregó un merecido reconocimiento por 40 años de entrega y servicio “A la Humanidad Doliente” en noviembre del 2007, amén de la gran admiración y respeto que goza entre la comunidad médica y universitaria, pero muy especialmente entre el prestigioso grupo de especialistas egresados del Servicio de Hematología que encabeza en el Benemérito Antiguo Hospital Civil de Guadalajara.



Mensaje del Presidente de la Sociedad de Médicos Residentes

Álvaro López Íñiguez

Presidente de la Sociedad de Médicos Residentes
Benemérito Hospital Civil "Fray Antonio Alcalde" 2016-2017

Estimados Congresistas: A nombre de la Sociedad de Médicos Residentes del Benemérito Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde", les doy la más cordial Bienvenida al vigésimo cuarto Ciclo de Conferencias Médicas CICOM "Dr. César Martínez Ayón" del OPD Hospital Civil de Guadalajara.

Veinticuatro años han pasado desde la creación de esta fiesta académica y el tiempo ha sido el espectador que ha evidenciado la constante evolución y crecimiento de este evento hasta convertirse en el congreso médico más grande de Latinoamérica organizado por médicos residentes. El Ciclo de Conferencias Médicas es el resultado de la inquietud científica y la búsqueda de la difusión del conocimiento que caracteriza a los médicos en formación del Hospital Civil de Guadalajara y que forma parte de la mística impregnada por nuestro fundador: Fray Antonio Alcalde y Barriga.

El CICOM al ser un reflejo de la Sociedad de Médicos Residentes, este se comporta como un médico en formación: cada año mejora, crece y se adapta para afrontar los retos que la actualidad presenta. Este año, en sintonía con el lema: "Por la Excelencia Académica", frase que ha caracterizado a esta representación de médicos residentes, el Ciclo de Conferencias Médicas ofrece un abordaje de las principales problemáticas en salud con una visión multidisciplinaria y un objetivo claro: crear pensamiento crítico y analítico sobre los avances más innovadores en prevención, diagnóstico y tratamiento en salud. Ante un momento histórico donde la informática y la globalización han creado un acceso ilimitado a todo tipo de información, los profesionales de la salud debemos responder responsablemente ante los riesgos de esta masificación de la información. Por lo que la inclusión de todos los profesionales de salud en este proyecto, es necesaria. Por lo tanto, este año incluimos 23 módulos de especialidades, subespecialidades

médicas y ramas de la salud afines como Enfermería, Nutrición, Psicología y Medicina del Deporte con ponentes líderes en su área y con reconocimiento internacional.

Finalmente agradezco al Comité Organizador XXIV CICOM, a los miembros de la Sociedad de Médicos Residentes 2016-2017 ya que sin el esfuerzo y la pasión de cada uno de ellos el éxito de este magno evento no se habría alcanzado. De igual manera extiendo mi infinito agradecimiento y reconocimiento a los directivos del Benemérito Hospital Civil de Guadalajara, a nuestra máxima casa de estudios la Universidad de Guadalajara, al Centro Universitario de Ciencias de la Salud y al Centro Universitario de Ciencias Exactas e Ingenierías.

Que esta jornada de ponencias sea de todo el provecho para todos, nos una como comunidad de profesionales de la salud y sirva para la difusión e intercambio de conocimiento entre nuestras instituciones.



Mensaje del Coordinador General

José Felipe Muñoz Islas

Coordinador General CICOM XXIV

Es para mí un honor en conjunto con el comité organizador el dar la bienvenida a esta fiesta que celebramos anualmente, en la cual compartimos lo más reciente en avances en ciencias de la salud, este es el evento organizado por la Sociedad de Residentes con mayor número de Latinoamérica y nos honra el contar con la presencia de todos ustedes.

En esta ocasión con el lema “Innovar para ser y servir mejor” traemos el congreso más grande organizado por Médicos Residentes, sabiendo la necesidad imperante de conocimientos de vanguardia que aunado a las actividades asistenciales repercuta en la mejora de atención y salud en nuestros pacientes, es por eso que hicimos el

memorable esfuerzo para traer a escena a nuestra bicentenaria y benemérita casa del saber lo más nuevo en actualización médica del área de la salud a nivel mundial. En esta ocasión Homenajeando al Dr. César Martínez Ayón, médico hematólogo de talla internacional con plena audacia y experiencia, activo en la investigación en salud y manejo de enfermedades relacionadas a Hematología, formador incansable de recursos humanos en salud.

Este año, ofrecemos para Usted un repertorio de conocimiento conformado 23 módulos distintos de áreas de la salud, más de 280 conferencias, más de 200 ponentes invitados de los cuales más de 40 son externos al estado de Jalisco el

resto de conferencistas locales e internacionales. Contamos además con Talleres, Concurso de Fotografía Médica, Concurso de Carteles los cuales serán publicados en la Revista Médica MD indexada por múltiples bases de datos de la cual formamos parte.

Le exhortó a disfrutar estos días de la fiesta académica que traemos para usted, llenarse de sabiduría y cultura, relacionarse con ponentes de talla nacional e internacional y sobre todo utilizar todo conocimiento adquirido por bien del prójimo.



Mensaje de los coordinadores del VI concurso de trabajos libres en cartel.

Fernando Emanuel Herrera Aguilar, David Enrique Carmona Navarro.

Fernando Emanuel Herrera Aguilar
Coordinadores del VI concurso de trabajos libres en cartel.
Médico Residente de Medicina Interna HCFAA
Profesor Adjunto Departamento de Clínicas Médicas,
Universidad de Guadalajara

A todos nuestros congresistas y autores de trabajos libres en cartel en el marco del Ciclo de Conferencias Médicas (CICOM) en su Edición XXIV, hago extensivo mi agradecimiento y más profundo reconocimiento por su atención y suma a nuestro congreso.

El XXIV Ciclo de Conferencias Médicas “Dr. César Martínez Ayón”, es un esfuerzo de la Sociedad de Médicos Residentes del Benemérito Hospital Civil de Guadalajara, en conjunto con la Sociedad de Alumnos del Centro Universitario de Ciencias de la Salud, para traer lo más novedoso de

manos de los expertos a nivel mundial y es el congreso más grande a nivel Latinoamérica organizado por una Sociedad de Médicos Residentes.

Esta, nuestra Convocatoria al VI Concurso de Trabajos Libres en Cartel al igual que en sus ediciones anteriores, plantea ser una plataforma accesible en donde los autores e investigadores, desde médicos en formación, profesionales de la salud y jefes de Servicio, encuentren un medio de divulgación científica que permita a la comunidad médica en general estar al tanto de nuestro ser y hacer como clínicos.

Sin dejar pasar la oportunidad de recordar a los autores que la Revista Médica MD, indizada a IMBIOMED, EBSCO, Latindex, Medigraphic, AMERBAC, REDIB, entre otras, proveerá los canales para que sus trabajos tengan proyección más allá de las paredes de nuestro nosocomio.

No me queda más que darles la bienvenida a esta nuestra fiesta académica que es ya tradición y orgullo para todos los Médicos Residentes que damos día a día nuestra pasión y vida en los pasillos de esta mística Institución.



Mensaje de los coordinadores del VI concurso de trabajos libres en cartel.

David Enrique Carmona Navarro.

David Enrique Carmona Navarro
Coordinadores del VI concurso de trabajos libres en cartel.
Médico Residente de Medicina Interna HCFAA
Profesor Adjunto Departamento de Clínicas Médicas,
Universidad de Guadalajara.

El XXIV Ciclo de Conferencias Médicas “Dr. César Martínez Ayón”, es otro esfuerzo más de todos aquellos que formamos parte del Hospital Civil de Guadalajara “Fray Antonio Alcalde”. Me gustaría expresar mi profundo agradecimiento a todos aquellos que nos honraron con sus trabajos. Espero que en este VI concurso de carteles, encuentren un espacio que les permita a todos compartir sus conocimientos, con el fin de fomentar la formación de todos los

asistentes a este curso.

Sabemos la importancia de la educación médica continúa para el gremio médico, para brindar al paciente la mejor atención. Como bien lo expresa el lema de nuestra benemérita institución, “La salud del pueblo es la suprema ley.” Es por esto que año, con año, nos esmeramos en la organización de este ciclo de conferencias donde los residentes y médicos en formación de distintas las ramas de la medicina nos conjuntamos

para celebrar este ciclo de conferencias médicas.

Solo me resta agradecer una vez más a todos los participantes, ya que con cada uno de ustedes por su participación, ya que la presencia de cada uno de ustedes nos enriquece. Esperamos que disfruten y se ilustren con cada uno de los trabajos libres.



Identificación de riesgo de hipertensión y diabetes en trabajadores del Zoológico Guadalajara

Zamora-Figueroa Cecilia Alejandra, Carretero-Hernández Nancy Betzayra, De Alba-Espinoza Lorena Viridiana, Granados-Manzo Claudia Elizabeth, Fletes-Rayas Ana Lilia. Departamento de Enfermería para la Atención, Desarrollo y Preservación de la Salud Comunitaria. Departamento de Enfermería Clínica Integral Aplicada, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

Introducción: Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son un problema que aqueja a la población mundial, aunque se ven acentuadas en países con bajos recursos. La detección temprana de los factores de riesgo son afortunadamente una de las mejores armas para combatir y disminuir la incidencia de las ECNT.

Material y Métodos: Estudio de intervención y de cohorte longitudinal a 71 trabajadores del zoológico Guadalajara. El diagnóstico contempla entidades como diabetes e hipertensión, se les aplicó un cuestionario de riesgo, medidas antropométricas como: peso, talla, circunferencia abdominal, cadera, brazo y muñeca, además de glicemias capilares y presión arterial.

Resultados: El peso promedio fue de 78 kg $\pm$ 16.36, el promedio de IMC fue de 28.59 $\pm$ 5.5, la glucemia en ayuno fue de 102 mg/dL y una glucemia casual de 113.28 mg/dL, el promedio de edad fue 40 $\pm$ 12 años, el 59.2% considera que su salud es regular, en promedio un 40% no tiene antecedentes de enfermedades crónicas degenerativas, el 51% solo caminan 1 hora a la semana.

Conclusiones: La mayoría de los empleados del zoológico tienen muy poca actividad física, muchos de ellos registran niveles altos de glucosa. Actualmente se están realizando las dietas personalizadas de los empleados y se está realizando la plática educativa de acuerdo al diagnóstico situacional.

Indicadores de calidad en asistencia obstétrica

Martín Del Campo-Márquez Karen Lizeth¹, Núñez-Duran Luis Enrique², Duran-Alva Raquel¹, Núñez-Galán Efrén¹, Garduño-Uraga Nazly¹, Martín Del Campo-Álvarez Luis Javier

1. Hospital Regional Valentin Gómez Farias ISSSTE.
2. Universidad Lamar.

Introducción: La calidad de asistencia es un proceso en que cada enfermo recibe un conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos, en que teniendo en cuenta todos los factores del paciente y del servicio médico. Se logra obtener el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente. El objetivo del estudio, es evaluar los conocimientos sobre indicadores de calidad obstétrica.

Material y Métodos: Estudio descriptivo, realizado en el Servicio de Obstetricia perteneciente al Hospital Regional Dr. Valentin Gómez Farias en el periodo del 20 de febrero al 30 de septiembre 2016. Se aplicó cuestionario a médicos internos de pregrado con 10 ITEMS acerca de indicadores de calidad obstétrica calificándose con 3 likers (de acuerdo, desacuerdo, ni de acuerdo, ni en desacuerdo). Considerando respuesta aceptada (de acuerdo a pregunta 1, 2, 3, 4, 5, 6, 10). Considerando respuesta aceptada (en desacuerdo pregunta 7, 8, 9). Reportándose los resultados en tabla y grafica de frecuencia.

Resultados: Se revisaron 51 cuestionarios; los ITEMS más acertados por los médicos de pregrado fueron: (10 y 3), los ITEMS menos acertados fueron (9, 8 y 4); (10) La evaluación seriada de fetos con restricción de crecimiento debe realizarse en 100% de los casos (43%); (3) La administración de inductores de madurez pulmonar en amenaza de parto se indican a 26 - 34 semanas (42%); (8) El control metabólico en pacientes diabéticas durante Trabajo de Parto debe realizarse en el 80% de las pacientes (19%); (4) Está indicada la profilaxis antibiótica en gestaciones de pretérmino (19%); (9) La evaluación ecográfica seriada de fetos con Restricción de Crecimiento Intrauterino debe realizarse en el 80% de los pacientes (18%).

Conclusiones: Los indicadores de calidad obstétrica, de manejo de parto pre término, enfermedad hipertensiva y de restricción del crecimiento deben cubrirse al 100%. Desafortunadamente el conocimiento de los médicos de pregrado nos reportó alrededor del 50% que reconoce la necesidad de cubrir estos indicadores al 100%.

Incidencia de Tumores Apendiculares: Revisión Clínico-Patológica de 2110 apendicetomías

Baltazar-Alba Ileana¹, Amezcua-Gálvez J. Eduardo², Toro-Guerrero Jair A.²

1. Departamento de Cirugía General.
2. Departamento de Anatomía Patológica. Hospital Civil Fray Antonio Alcalde.

Introducción: La apendicetomía es uno de los procedimientos más comunes en cirugía de urgencia. Los tumores apendiculares son un diagnóstico raro, la mayoría de las veces es hallazgo transoperatorio o en la revisión histológica. Constituyen el 0.4% de los tumores del tracto gastrointestinal, la presentación como enfermedad maligna es compleja. El objetivo del presente estudio es reportar la incidencia e histología de tumores apendiculares en 2110 apendicetomías realizadas en un hospital de tercer nivel durante 3 años.

Material y Métodos: Se realizó estudio retrospectivo, descriptivo, revisando archivos de Patología del Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, de enero 2014 a agosto de 2016, referentes a piezas enviadas con el diagnóstico quirúrgico de apendicitis aguda.

Resultados: Se encontraron el registro de patología de 2110 pacientes con diagnóstico operatorio de apendicitis aguda. En el 99.6% (2102 casos) se corroboró el diagnóstico de apendicitis aguda. En 8 casos (0.37%) se reportó como tumor apendicular (5 tumores carcinoides, 1 cistoadenoma ceroso, 1 teratoma maduro tipo quiste dermoide, 1 mucocoele), de los 8 pacientes todos fueron intervenidos por diagnóstico de apendicitis aguda, sin sospecha previa de neoplasia gastrointestinal.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes con tumor apendicular tendrá una presentación clínica compatible con apendicitis aguda. Los tumores carcinoides son los más comunes, entre 0.2 y 0.5% de todas las apendicetomías, similar a lo encontrado en nuestra serie (0.23%). Beaton y cols, describieron 4 formas de encontrar al tumor carcinóide apendicular: 1. Hallazgo incidental en paciente asintomático. 2. Apendicitis aguda. 3. Dolor crónico en fosa iliaca derecha. 4. Síndrome carcinóide clásico. En nuestra serie todos los pacientes fueron operados con el cuadro clínico sugerente de apendicitis aguda. Los tumores del apéndice cecal son neoplasias poco frecuentes y en la mayoría de los casos cursan sin síntomas propios. Por lo general, el diagnóstico se realiza mediante estudio anatomopatológico de la pieza operatoria, por lo tanto, se hace indispensable realizar este examen en todas las piezas quirúrgicas para otorgar el tratamiento definitivo adecuado.

Prevalencia de BI-RADS4 diagnosticado por mastografía en unidad médico familiar 34 IMSS

Mendoza-Michel Andrea, Vargas-Lias Diana Sofía, Márquez-Torres Claudia Berenice. Unidad Médico Familiar 34, Instituto Mexicano del Seguro Social y Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara.

Introducción: El carcinoma mamario es una prioridad en salud. En México, hubo un ascenso en el número de muertes entre 1980 y 2005 que pasó de 5.6/100,000 habitantes en 1979 a 10.1 en 2006. La mastografía ha contribuido a la detección temprana; para su interpretación el Colegio Americano de Radiología (ACR) desarrolló el sistema *Breast Imaging Reporting and Data System* (BIRADS) que consta de categorías del 0 al 6. El objetivo fue identificar la prevalencia de BI -RADS 4 diagnosticado por mastografía en pacientes de la Unidad Médico Familiar No.34 IMSS en Guadalajara, Jalisco y el seguimiento para descartar o confirmación de malignidad por eco mamario y/o biopsia.

Material y métodos: Estudio transversal, descriptivo del periodo de 01 de enero al 30 de septiembre de 2016 con un total de 2820 mastografías, se seleccionaron las 79 pacientes calificadas con BIRADS 4. Se utilizó el registro del servicio de radiología de la unidad, el seguimiento se obtuvo mediante revisión de expedientes y contacto telefónico.

Resultados y Discusión: Prevalencia de BIRADS 4 de 2.8 por cada 100 pacientes, edad promedio de 55.53 años y moda de 69 años; del total BIRADS 4, el 64.5% correspondieron a la subcategoría 4A. Las pacientes continuaron su abordaje en el segundo nivel donde a 4.6 de cada 10 se le realizó eco mamario descartando malignidad en un 83.7%, estas pacientes continúan en vigilancia. La biopsia se realizó en el 11.3% del cual el 44.4% resultaron malignas, la mayoría estaba clasificada en el subgrupo 4C. La prevalencia de cáncer mamario en las pacientes BIRADS 4 fue de 5 de cada 100 pacientes, de ellas el 75% eran <50 años. Aunque el estudio se realizó en el primer nivel donde la mayoría de las mastografías son de tamizaje y con cambios benignos, se cuenta con un módulo de mama enfocado en el tamizaje, autoexploración y atención de pacientes con alteraciones morfológicas, esto contribuye a concientizar a la población.

Conclusiones: Comparado con estudios internacionales la prevalencia de BIRADS 4 fue menor. El cáncer de mama continúa siendo la primera causa de mortalidad por cáncer en la mujer en México, se debe continuar con los programas de prevención; consideramos se debe implementar un módulo de mama en todas las unidades de medicina familiar para intensificar la detección y vigilancia.



Sangrado y tiempo quirúrgico utilizando abordaje endonasal transesfenoidal monoportal endoscópico en macroadenomas hipofisarios

Núñez-Velasco Santiago, Peña-Torres Christian Denisse, Roldan-Mora Patricia Margarita, Aguirre-Portillo Leonardo E, López-González Francisco.
Servicio de Neurocirugía. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

Introducción: El abordaje transesfenoidal endonasal endoscópico biportal (ATEEM) se ha convertido en el tratamiento de elección para condiciones patológicas en la región selar ya que presenta volúmenes menores de sangrado, tiempos quirúrgicos más cortos, así como menor estancia postquirúrgica. El objetivo fue presentar los volúmenes de sangrado, tiempos quirúrgicos y complicaciones en el uso del abordaje endonasal transesfenoidal endoscópico monoportal.

Material y Métodos: Estudio descriptivo, prospectivo, se incluyeron 11 pacientes consecutivos, que fueron intervenidos de un macroadenoma hipofisario por con ATEEM, cuantificando el tiempo quirúrgico, volumen de sangrado y días de estancia hospitalaria postquirúrgica, así como complicaciones.

Resultados: De 11 pacientes, 8 fueron hombres y 3 mujeres, la media de edad fue de 44 años, el volumen promedio de sangrado fue de 600 ml, 115 minutos fue el promedio de tiempo quirúrgico con un mínimo de 90 y máximo de 210 min, la estancia hospitalaria postquirúrgica más larga fue de 30 días y las más corta de 3, con un promedio de 13 días; se reportaron dos complicaciones (fístula de LCR y diabetes insípida). Se aplicó una prueba de correlación de Pearson para comparar la relación entre variables obteniendo un valor de $R=0.8$ para la relación volumen de sangrado/tiempo quirúrgico, $R=0.3$ para la relación tiempo quirúrgico / estancia hospitalaria y $R=0.5$ para la relación volumen de sangrado/estancia hospitalaria.

Conclusiones: El promedio quirúrgico aproximado reportado en las series de abordajes endonasales biportales es de 90-150 min, con volúmenes de sangrado 400-600 ml, y 5 días promedio de estancia postquirúrgica. Por lo que nuestros datos son similares a los reportados pero utilizando un abordaje monoportal menos invasivo. Parece haber una estrecha relación entre el volumen de sangrado y el tiempo quirúrgico, sin embargo el tiempo quirúrgico pareciera no influir tanto en los días de estancia hospitalaria.

Traumatismo vascular de Tórax atendidos en el Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Sánchez-Vergara Sergio Alberto, Barajas-Huerta José Luis, Pulido-Abreu José Trinidad Rafael, Osuna-Contreras Isadora.
Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

Introducción: Los traumatismos torácicos son un problema frecuentemente derivados de accidentes de tráfico, laborales y agresiones. Tienen una mortalidad asociada del 10%. El trauma torácico representa el 5.4% del trauma vascular. Esta patología puede lesionar grandes vasos mediastínicos, como la aorta torácica siendo el vaso más comúnmente lesionado y representa el 84% de las lesiones vasculares de tórax; donde el 16% son lesiones producidas por heridas penetrantes.

Material y Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. Se revisaron 29 expedientes clínicos de pacientes atendidos en el Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, por el servicio de tórax y cardiovascular, durante el periodo 2011-2015.

Resultados: El trauma vascular de tórax se presentó en el 12.6% de los traumatismos vasculares con predominio en hombres 93.1%. La década de la vida más afectada fue la tercera 44.8%. La principal etiología fue por herida de arma blanca 37.9%, seguida por proyectil arma de fuego 34.4%. Las estructuras más afectadas fueron la arteria mamaria 20.6% y las arterias intercostales 13.7%. El cierre primario fue el tratamiento en el 51.7% seguido por ligadura 41.3%. Las complicaciones posquirúrgicas inmediatas se presentaron en el 51.7%, de los cuales el 24.1% presentaron shock hipovolémico. La mortalidad se presentó en el 37.9%.

Conclusiones: Lo relevante del trauma torácico vascular reportado en otros estudios es que el shock hipovolémico es la complicación más frecuente y la mortalidad se presenta alrededor de la mitad de los pacientes, siendo esto concordante con nuestros resultados.

Trauma Vascular Cervical. Experiencia quirúrgica en el Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde (2011-2015)

Sánchez-Vergara Sergio Alberto, Barajas-Huerta José Luis, Ruiz-Velasco-Rosas Alfonso, Castillo-Orozco Alejandra Larissa.
Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

Introducción: El trauma vascular es una de las principales causas de muerte en pacientes jóvenes. La mortalidad de las lesiones de cabeza, cuello y tórax ha disminuido debido al adecuado manejo pre-hospitalario normado por la ATLS. Los traumatismos penetrantes del cuello suponen aproximadamente el 5-10 % de la totalidad de las lesiones traumáticas penetrantes.

Material y Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. Se revisaron 48 expedientes clínicos de trauma vascular cervical atendidos durante el periodo 2011-2015.

Resultados: La población masculina fue afectada en el 91.6% ($n=44$). Donde la tercer década de la vida fue la más afectada 37.5% ($n=18$). La etiología más frecuente 58.3% ($n=28$) fue herida por arma blanca, seguida de herida por proyectil arma de fuego 29.1% ($n=14$). El 62.5% ($n=30$) fue implicada la zona II del cuello y el 12.5% ($n=6$) la combinación de zona II con III. Las estructuras vasculares implicadas comúnmente fue la carótida común y yugular interna con 10 casos cada una (20.8%). Siendo la ligadura el procedimiento más realizado 45.8% ($n=22$). Las complicaciones posquirúrgicas fue de 27% ($n=13$), teniendo predominio la re-intervención quirúrgica. La mortalidad fue de 18.7% ($n=9$) con más de la mitad por estado de shock.

Conclusiones: El trauma vascular cervical representa una quinta parte de todos los casos de trauma vascular en nuestra institución. La literatura reporta edad, género y zona de cuello similar a nuestro estudio. La lesión más frecuente fue la arteria carótida y el procedimiento más efectuado es la ligadura. La mortalidad fue de 18.7% siendo elevada en comparación con otros estudios (Carreón 2.9%).

Trauma vascular periférico. Cinco años de experiencia en el Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Sánchez-Vergara Sergio Alberto, Barajas-Huerta José Luis, Preciado-Amador Nohemi, Medina-Calendarío Josefina.
Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

Introducción: Los traumas representan la tercera causa de muerte y la primera en menores de 45 años a nivel mundial. Los daños vasculares representan el 3% de los traumas en civiles y tienen una gran morbilidad y mortalidad. El trauma vascular se manifiesta fundamentalmente de dos formas, con hemorragia o isquemia. Las lesiones vasculares de las extremidades son las más frecuentes, las cuales se pueden asociar con fracturas de desplazamiento y/o en las dislocaciones.

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. Se revisaron 135 expedientes clínicos de trauma vascular periférico atendidos en el servicio de Tórax y Cardiovascular durante el periodo 2011-2015.

Resultados: La tercera década de la vida fue la más afectada con 39.2% y la población masculina representó el 85.9%. La etiología del trauma en un 40% fue herida por arma blanca, seguida de herida por proyectil arma de fuego 38.5% y las principales estructuras vasculares fueron la arteria femoral en 34%, seguida de la vena femoral 25.9%. El tratamiento realizado fue el injerto autólogo 48.1% seguido de la ligadura con un 18.5%. La reintervención fue la complicación posquirúrgica más frecuente. En cuanto la mortalidad, se presentó en 5.1% de los casos.

Conclusiones: La epidemiología, etiología y tratamiento del trauma vascular periférico encontrado en este estudio es similar al reportado en la literatura.



Abordaje ilioinguinal para el tratamiento de fracturas de pared anterior de acetábulo

Burboa Javier, Madrigal Ricardo, Pacheco Paola, Malta Héctor, Sosa Fernando, Ledesma Anahí.
Servicio de Traumatología y Ortopedia. Servicios Médicos Municipales Cruz Verde Guadalajara.

Introducción: El abordaje ilioinguinal permite exponer la superficie interna de la pelvis, desde la articulación sacroiliaca hasta la sínfisis del pubis. Debido a que la disección implica la identificación y movilización de los vasos y nervios femorales, se recomienda que el cirujano este familiarizado con la anatomía quirúrgica.

Material y Métodos: Estudio observacional, prospectivo, longitudinal, en 6 pacientes a los que se les realizó abordaje ilioinguinal edad, sexo, cadera afectada, lesiones neurológicas, trombosis de la arteria o vena iliaca y resultados postquirúrgicos utilizando la puntuación de Merle d' Aubigné y Postel.

Resultados: De los pacientes 6 estudiados ninguno presentó complicaciones asociadas a eventos vasculares, 1 paciente presentó parestesias del nervio musculocutáneo, todos presentaron una puntuación de Merle d' Aubigné y Postel buena promediando 14.8 con rango 9 a 18.

Discusión: Realizar el abordaje ilioinguinal para la RAFI de las fracturas acetabulares de pared anterior requiere una larga curva de aprendizaje, es una vía donde se manipulan estructuras vasculares y nerviosas de gran importancia, pero una vez conocida la vía permite la reducción y la estabilización de todas las fracturas de columna anterior de acetábulo.

Conclusiones: En nuestra experiencia realizar abordaje ilioinguinal permite adecuada reducción y estabilización de fracturas de pared anterior de acetábulo siendo baja la incidencia de lesión iatrogénica asociada al abordaje, obteniendo resultados funcionales favorables.

Amputación de extremidades y su estado actual. Cinco años de experiencia

Barajas-Huerta José Luis, Sánchez-Vergara Sergio Alberto, Mojica-Rodríguez Claudia Elizabeth, Mora-Canela Sergio Luis.
Servicio de Cirugía Tórax y Cardiovascular. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

Introducción: La amputación se define como la separación espontánea, traumática o quirúrgica de un miembro del cuerpo o parte de éste. En Estados Unidos se producen 43,000 amputaciones mayores cada año y la mayoría secundarias a vasculopatía.

Material y Métodos: Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. Se revisaron 327 expedientes clínicos de pacientes atendidos en dicha institución, por el servicio de Tórax y Cardiovascular en el periodo 2011-2015 y se localizaron vía telefónica.

Resultados: La edad promedio fue de 65.57 años, 65.4% fueron hombres. El nivel de amputación más común fue supracondilea (74.6%). La causa no traumática fue 96.3% y la oclusión arterial crónica fue la más frecuente (68.5%). El factor de riesgo más asociado fue el tabaquismo con el 83.3% con más de 10 años de consumo. La sobrevida a un año de los pacientes es de 53.7% y la mortalidad general es de 56.3%.

Conclusiones: La amputación de extremidades es el 11% de las cirugías realizadas por nuestro servicio. La etiología con predominante fue la oclusión arterial crónica siendo un dato diferente y de relevancia.

Cambios en la sintomatología de gastritis con base a una dieta alcalina

Nuño-Capetillo Verónica, Montserrat, Piña-Salinas Jesús Omar, Alejandro.
Centro Universitario UTEG

Introducción: La bacteria *Helicobacter pylori* (HP) es capaz de producir diferentes trastornos gastrointestinales tales como gastritis crónica, úlceras gastroduodenales y cáncer gástrico. Factores de virulencia, la predisposición genética, la dieta y el estilo de vida influyen en un grado considerable.

Material y Métodos: Se estudiaron 125 adultos de tipo prospectivo, longitudinal, experimental con una duración aproximada de 6 meses. Se evaluó peso, talla, circunferencias de cintura y cadera además de un test para síntomas de gastritis y una dieta alcalina.

Resultados: Los cambios en la sintomatología fueron significativos en todos los parámetros analizados con un valor de ($p \leq 0.000$) y se pudo analizar que en el parámetro de tabaquismo no tuvo significancia ya que no cambio ese hábito.

Conclusiones: La dieta alcalina beneficia los cambios en la sintomatología de gastritis siguiéndola de manera adecuada y se recomienda que los pacientes mantengan ciertos alimentos en su dieta diaria para prevención sin olvidar su tratamiento farmacológico.

Cinco años de experiencia quirúrgica del Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular

Barajas-Huerta José Luis, Sánchez-Vergara Sergio Alberto, López-Taylor Jaime Gilberto, Mora-Canela Sergio Luis.
Servicio de Cirugía Tórax y Cardiovascular. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

Introducción: El servicio de Tórax y Cardiovascular está dividido en tres secciones: Tórax pleuro-pulmonar, Cardiocirugía y Angiología. Actualmente lo conforman 15 adscritos, 27 residentes, 3 médicos pasantes y 5 médicos internos, los cuales pueden intervenir y trabajar en conjunto en las subdivisiones del mismo.

Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. Se revisaron 4,060 notas post-quirúrgicas de pacientes por el Servicio de Tórax y Cardiovascular en dicha institución durante el periodo (2011-2015).

Resultados y Discusión: Con un promedio de 812 cirugías/año, la cirugía con mayor prevalencia es la de angiología 57.4%, siendo de tórax pleuro-pulmonar el 15.6% ($n=637$). El género masculino es el que se somete con mayor frecuencia a cirugía 55.3% ($n=1642$). La cirugía vascular mas realizada fue la safenectomía 34.8% ($n=813$), seguida por revascularización arterial 16.1% ($n=377$) siendo el 63% ($n=243$) por oclusión arterial crónica. Las cirugías de urgencia, el trauma vascular representa 8% ($n=240$) a comparación de trauma torácico 3.8% ($n=113$) siendo esta ultima la cirugía con menor prevalencia.

Conclusiones: La cirugía vascular en nuestro hospital representa el mayor porcentaje de cirugías realizadas por nuestro servicio.



Cinco años de experiencia sobre trauma vascular Hospital Civil Fray Antonio Alcalde

Sánchez-Vergara Sergio Alberto, Barajas-Huerta José Luis, Gómez-Lara José Martín, Castillo-Orozco Alejandra Larissa.
Servicio de Cirugía Tórax y Cardiovascular. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Introducción: En nuestro hospital el trauma vascular representa el 5.8% de las intervenciones realizadas por el servicio de Tórax y Cardiovascular. Por lo que el presente trabajo tiene como objetivo determinar las características demográficas sobre el traumatismo vascular en el Hospital Civil Fray Antonio Alcalde

Material y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. Se revisaron 238 expedientes clínicos de trauma vascular atendidos en el servicio de Tórax y Cardiovascular, durante el periodo 2011-2015.

Resultados: Se obtuvo como resultados que el género masculino fue el más afectado 87.8% (n=209) y la población estuvo comprendida entre 4 y 86 años, siendo la tercer década de la vida con mayor prevalencia 43.2% (n=103). La causa del trauma vascular fue 42% (n=100) por herida de arma blanca, seguida por herida proyectil arma de fuego 37.8% (n=90). La zona anatómica más involucrada fue la periférico 56.3% (n=134), de los cuales 34.4% (n=82) fue en inferior. Las principales estructuras vasculares afectadas fueron: arteria femoral 19.3% (n=46) y vena femoral 14.7% (n=35). Siendo el principal procedimiento el cierre primario 42.4% (n=101). Las complicaciones posquirúrgicas se presentaron en un 38.6% (n=92), donde la re-intervención quirúrgica fue la más frecuente 19.7% (n=47). La mortalidad se presentó en el 16.3% (n=39) en su mayoría secundaria al estado de choque.

Conclusiones: Sólo se encontró diferencia en la mortalidad con lo ya reportado previamente.

Clasificación de riesgo para cáncer colorectal en la UMF 34 del IMSS

Salcedo-Nava Nancy Elena¹, Morante-Verduzco Carolina Montserrat¹, Canales-Gómez Iván Josué².

1. Unidad Médico Familiar No. 34 IMSS.
2. Carrera Médico Cirujano. Universidad del Valle de Atemajac

Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) es la 3ª causa de cáncer y 4ª causa de muerte a nivel mundial. El 80% de los tumores son esporádicos, la herencia contribuye un 30%. El riesgo de desarrollar CCR a lo largo de la vida es del 5%, los factores de riesgo son: pólipos, enfermedad inflamatoria intestinal (EII) de 10 años de evolución, así como antecedentes hereditarios (AHF).

Material y Métodos: Se aplicó un instrumento para clasificar el perfil de riesgo para CCR en bajo, medio y alto, evaluando antecedente de cribado previo de SOH, pólipos, EII y AHF de CCR y cánceres asociados.

Resultados: Del total de 649 pacientes, 249 pertenecen al sexo masculino (38.4%) y 400 al femenino (61.6%) con una edad de 62.25±7.115 años. El 0.8% (n=5) padecen pólipos, el 2.2% cuentan con EII de más de 10 años de evolución, el 4% (n=26) tienen AHF de CCR y el 2.8% (n=18) de cánceres extracolónicos asociados. Se clasificaron de riesgo bajo al 90.6% (n=588), riesgo medio 2.8% (n=18) y 6.6%(n=43) de alto riesgo.

Conclusiones: Estas acciones dan la pauta para iniciar con el cribado en pacientes de alto riesgo, realizando prueba de SOH y de ser positiva realizar colonoscopia, así también a todos los pacientes sin importar el riesgo serán cribados con SOH, si es negativa se reevaluarán en 2 años.

Complicaciones del implante de oro en parálisis facial

Pérez-Cisneros Alejandro¹, Fabricio Pérez-Morales Alejandro².

1. Hospital General de Zapopan. Adscrito al Servicio de Otorrinolaringología.
2. Facultad de Medicina. Universidad de Guadalajara. Campus CUTONALA.

Introducción: Los pacientes con parálisis facial tienen riesgo de sufrir queratitis o úlceras corneales. Para evitar este tipo de complicaciones, se ha reportado la inserción de implantes de oro en el párpado superior. El peso que ejerce el metal en la gravedad permite el cierre del ojo. El objetivo del estudio fue investigar son efectivos y seguros.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo, se realizó la colocación de pesas de oro en cinco pacientes con parálisis facial. Se les ha dado seguimiento a los casos ocho años después de haber sido implantada.

Resultados: Los cinco pacientes (100%) en el posoperatorio inmediato, mostraron mejoría de su incapacidad para bajar el párpado superior refiriendo satisfacción con la técnica. Ocho años después de haber sido implantada, una paciente presentó extrusión de la pesa de oro, no se encontraron factores asociados que pudieran haber provocado la salida del material implantado. Ninguno de nuestros pacientes ha tenido otras complicaciones como infecciones o incomodidad ante el implante hasta el momento.

Conclusiones: Las pesas de oro en los casos de parálisis facial son efectivas para el cierre del párpado, aunque hay que tomar en consideración la posibilidad de extrusión del material implantado.

Conocimiento de glucocorticoides administrados a pacientes con amenaza de parto pretérmino

Garduño-Uraga Nazly, Durán-Núñez Luis Enrique, Durán-Alba Raquel, Núñez-Galán Efrén, Marín del Campo-Márquez Karen Lizeth

Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional Valentín Gómez Farías
Universidad LAMAR

Introducción: La administración de glucocorticoides (betametasona o dexametasona) entre la semana 24 y 34 semanas de gestación es una medida eficaz para disminuir la morbi-mortalidad perinatal secundaria a la prematuridad. El objetivo del estudio fue evaluar los conocimientos de Médicos de Pregrado sobre administración de Glucocorticoides.

Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal realizado en el Servicio de Obstetricia del Hospital Regional Dr. Valentín Gómez Farías. Aplicando cuestionario a Médicos de Pregrado, constando de 15 ÍTEMS, relacionados con los conocimientos de Glucocorticoides.

Resultados: Se revisaron 68 cuestionarios; los ÍTEMS más acertados: Los glucocorticoides son hormonas obtenidas de la glándula suprarrenal (95%), los glucocorticoides intervienen en el metabolismo de grasas, proteínas, hidratos de carbono (83%), los glucocorticoides se sintetizan a partir del colesterol (80%). Mientas los ÍTEMS menos acertados: El efecto glucocorticoide se explica por la capacidad de disminuir el glucógeno hepático (30%), la dexametasona aumenta el riesgo de leucomalacia periventricular (30%), los esteroides suprarrenales están conformados por 12 átomos de carbono (26%).

Conclusiones: En los conocimientos grupales de los Médicos de Pregrado sobre la administración de glucocorticoides en el manejo de la amenaza de parto pretérmino es deficiente, lo cual nos muestra la necesidad de una capacitación mayor.



Conocimiento sobre parto humanizado en embarazadas del Hospital Regional Dr. Valentín Gómez Farías

Valentín Gómez Farías

Martín del Campo-Márquez Karen Lizeth, Núñez-Durán Luis Enrique, Durán-Alva Raquel, Núñez-Galán Efrén, Garduño-Uraga Nazly, Martín del Campo-Álvarez Luis Javier

Universidad LAMAR

Hospital Regional Dr. Valentín Gómez Farías

Introducción: Las prácticas actuales de maternidad y del recién nacido elevan los costos y disminuyen la calidad de los resultados, estas incluyen la aplicación inapropiada de tecnología y procedimientos de rutina sin fundamento científico. El objetivo del estudio fue valorar conocimientos y actitudes de embarazadas sobre parto humanizado.

Material y Métodos: Estudio descriptivo, realizado en el Servicio de Obstetricia perteneciente al Hospital Regional Dr. Valentín Gómez Farías durante seis meses. Se aplicó cuestionario a embarazadas con 14 ITEMS de conocimiento y actitudes sobre el Parto humanizado.

Resultados: Se revisaron 104 cuestionarios; las actitudes adecuadas más frecuentes de las embarazadas fueron: Puedo decidir el lugar de nacimiento (72%), puedo pedir no se utilice mi información personal (61%), puedo pedir no aceptar rasurado perineal (60%), puedo pedir no se me administre anestésicos y analgesia (47%), puedo lactar a los 10 minutos del nacimiento (38%). Las prácticas fueron positivas por el personal del Hospital; 18% informaron de parto humanizado, 21% practica el parto humanizado.

Conclusiones: La paciente embarazada del hospital Valentín Gómez Farías no solicita algunas medidas y procedimientos incluidos en el parto humanizado como solicitar acompañante, posición libre en el trabajo de parto, y decidir la postura durante el trabajo de parto. Es necesario que todo el personal de ginecología y obstetricia se involucre más en el programa de parto humanizado.

Depresión en pacientes pediátricos con leucemia linfocítica aguda

Ruiz-Madriral Miryam Guadalupe¹, Vázquez-Santacruz Jesús Alberto², Alias-Pérez José Alberto³, González-Cabrera Aarón³, Peralta- Montejo Miguel Ángel⁴, Coello-López Daniel¹, Espinosa-Ferra Angélica Elizabeth³, Salvador-Cuevas la⁴, Bouchot-Vázquez Cinthia⁴. Asesor: Dr. García-Chong Néstor Rodolfo¹.

1. Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. 2. Instituto Politécnico Nacional. 3. Universidad Autónoma de Chiapas. 4. Universidad Autónoma de Tabasco.

Introducción: La leucemia linfoblástica aguda (LLA) es la enfermedad maligna más frecuente de la infancia. La experiencia de sufrir cáncer y estar sometido a tratamiento extenuantes aumenta la probabilidad de presentar trastornos conductuales, sociales o emocionales. El objetivo del estudio fue el de conocer la prevalencia de depresión en pacientes pediátricos con LLA.

Material y Métodos: Estudio cuantitativo-longitudinal-descriptivo, implementando el cuestionario de Birlson para depresión, de manera presencial y en caso especial por vía telefónica.

Resultados: Muestra en etapas de LLA: Mantenimiento 52.5%; consolidación 15.8%; vigilancia 13.2%; inducción 7.9%. Se detectó que el 47% depresión leve (DL) y 3% depresión moderada, la etapa más afectada es mantenimiento, la mitad del grupo DL proviene de padres de estado civil soltero, lo que pudiese ser un factor añadido de causa de depresión.

Conclusiones: Los pacientes del HEP tienen un porcentaje significativo de depresión leve. La muestra tendrá seguimiento en psicológica y área de psiquiatría.

Disforia de Género: Evaluación de 12 casos, resultados preliminares

Ramírez-Soto Ana Laura^{1,3}, Pérez-García Guillermo^{1,3}, Ornelas-Arana Martha Leticia^{1,3}, Mariscal-Flores Rosalinda^{1,3}, Zepeda-Olmos Paola Montserrat¹, Coronado-Villarreal Yesenia², Martínez-Peña Eddie Gibson^{1,3}, Contreras-Godínez Alondra¹, Bauch-Barajas Daniela Sarai¹, Soto-Mancilla Juan Luis^{1,3}, López-Pérez Leopoldo Gildardo^{2,3}.

1. Laboratorio de Bioquímica, Cuerpo Académico UDG-CA-80, DBGM, CUCS, Universidad de Guadalajara. 2. Servicios de Genética. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde. 3. Clínica de Alteraciones en el Desarrollo Sexual. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

Introducción: La disforia de género (DG) es una manifestación persistente de discordancia personal entre el sexo de nacimiento y el sexo/género sentido. Como consecuencia de la discordancia, experimentan un sentimiento de profundo rechazo hacia las características sexuales primarias y secundarias y busca adecuar su cuerpo al sexo que siente. El abordaje es multidisciplinario. La mayoría inician a edades tempranas.

Material y Métodos: Evaluamos 12 pacientes con diagnóstico de DG: tipo de disforia, edad de diagnóstico, tratamiento y situación legal.

Resultados: De femenino a masculino (DGFaM) fueron 67% y de masculino a femenino (DGMaF) fueron 33%. La edad promedio de diagnóstico fue de 28 años considerando ambos grupos. El 100% ya se sentía del sexo opuesto desde la infancia. El 83% ya tenían tratamiento hormonal externo al hospital. Ninguno tenía tratamiento quirúrgico. Subjetivamente, 75% tenían el aspecto físico social que deseaban. El 17% mostraron acta de nacimiento original con el sexo y nombre que ellos eligieron; el 50% refirió el cambio legal.

Conclusiones: Consideramos que todos los pacientes con DG deben de recibir un manejo médico/quirúrgico y legal por un equipo multidisciplinario, sin embargo, la aceptación social es lo que ayudaría a solucionar una gran cantidad de problemas que los pacientes con DG tienen.

Efecto sobre el FEV1 de una suplementación nutricional pediátrica en fibrosis quística

Canales-Gómez Iván Josué¹, Guerra-Martínez Susana Olivia², De Robles-Ramírez Francisco Javier¹, Hernández-Covarrubias Oscar Eduardo¹.

1. Carrera Médico Cirujano. Universidad del Valle de Atemajac.

2. Departamento de Farmacobiología. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara

Introducción: La fibrosis quística (FQ) es un desorden genético autosómico recesivo con incidencia nacional de 1/8,50. El estado nutricional está directamente relacionado con la función pulmonar. El FEV1 es el indicador más utilizado de función pulmonar en los pacientes con FQ. El objetivo del estudio fue evaluar el efecto de una suplementación nutricional sobre variables antropométricas y pulmonar en niños con FQ.

Material y métodos: Investigación cuasiexperimental en la que se administró un suplemento nutricional durante 12 semanas y se midieron variables antropométricas y espirométricas pre y post suplementación.

Resultados: Se evaluaron 6 niñas y 4 niños con una media de edad de 9.53 ± 3.84 años con un IMC inicial de $14.22 \pm 1.50 \text{ Kg/m}^2$ y un final de $14.29 \pm 1.90 \text{ Kg/m}^2$ con un $p=0.003$. En cuanto al valor del FEV1 inicial fue de $67.54 \pm 15.76 \%$ y final de $73.28 \pm 16.46\%$ con un $p=0.333$.

Conclusiones: Se encontraron aumentos en IMC y FEV1, siendo estadísticamente significativo el IMC. Sin embargo, un aumento del FEV1 mayor al 5% se considera clínicamente significativo.



Experiencia quirúrgica en aneurisma de aorta abdominal del Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Sánchez-Vergara Sergio Alberto, Barajas-Huerta José Luis, Flores-Vázquez Juan Carlos, Cárdenas-Padilla Elia Dafne.
Servicio de Cirugía Tórax y Cardiovascular, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

Introducción: El aneurisma de aorta abdominal es una dilatación patológica localizada en un segmento de la aorta abdominal, con riesgo de ruptura debido al adelgazamiento de la pared. La mayoría de los aneurismas son asintomáticos, pero al incrementar su tamaño puede aparecer síntomas, como dolor abdominal y/o lumbalgia, al igual que una masa palpable o un soplo.

Material y Métodos: Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. Se revisaron 32 expedientes clínicos de pacientes con aneurisma de aorta abdominal atendidos por el servicio de Tórax y cardiovascular, de dicha institución.

Resultados: El género masculino tuvo mayor incidencia 87.5% con un rango de 55 a 89 años, donde el 93.75% corresponde a mayores de 65 años. El tabaquismo estuvo presente en el 65.6%. La localización más frecuente fue infrarrenal 93.75% con un tamaño promedio de 170cm3. La cirugía electiva representó el 68.25%, siendo la técnica quirúrgica abierta en el 100%. El tratamiento fue el bypass aorto-iliaco 56.25%. Las complicaciones post-quirúrgicas se presentaron en el 65.6%, siendo el daño renal agudo y la coagulopatía las más frecuentes. La mortalidad se reportó en el 65.6%.

Conclusiones: Los aneurismas de aorta abdominal son frecuentes en población de la tercera edad. Además de que la localización infrarrenal es la más frecuente, siendo similar a lo ya reportado. Su mortalidad es muy elevada comparado con reportes previos.

Frecuencia de *E. coli* BLEE en urocultivos del Servicio de Medicina Interna del Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Jaramillo-González Fernando¹, Peña-Jiménez Paola Montserrat¹, Cruz-López Gabriel¹, Godina-Sánchez Ángel Fabián¹, Herrera-Aguilar Fernando Emanuel²
1. Facultad de Medicina, Universidad de Guadalajara
2. Clínicas Médicas Universidad de Guadalajara, Facultad de Medicina

Introducción: *Escherichia coli* causa 75-95% de las ITU no complicadas. Entre las cepas de *E. coli* se encuentran las productoras de beta lactamasas de espectro extendido (BLEE).

Material y Métodos: Estudio descriptivo. Se realizó una búsqueda en la base de datos de Bacteriología del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde dirigida hacia los urocultivos que se reportaron positivos para *E. coli*/BLEE.

Resultados: Entre los urocultivos reportados positivos para *E. coli* BLEE se observó resistencia a Piperacilina en 100%, para quinolonas como Levofloxacin y Moxifloxacin 80% mientras que para Ciprofloxacino fue de 71.6%. La cefalosporinas fueron otro grupo de fármacos en que se vió un patrón de resistencia importante entre los que destacan Cefixima, Cefuroxima con un 60% de resistencia, Cefazolina con 59.1%, Ceftriaxona y Cefepime 58%. Otros como Ampicilina/Sulbactam con 52.4% y Gentamicina con 49.6%. Como dato de importancia la resistencia a Meropenem fueron 1.1% y 1.5% para Ertapenem.

Conclusiones: Debido a la emergencia de ITU producidas por *E. Coli* BLEE es necesaria la consideración del patrón de resistencias en pacientes con factores de riesgo para colonización por *E. coli* BLEE. La menor frecuencia de resistencia se reportó en el grupo de los carbapenémicos, mientras la resistencia a Piperacilina fue la más frecuente, del 100%.

Frecuencia de MRSA en pacientes con neumonía adquirida en el Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Davison-López Carlos Antonio¹, Martínez-Navarrete Daniel¹, Ramírez-Guerrero Pedro¹, Jiménez-Cervantes Ulises Alfonso¹, Herrera-Aguilar Fernando Emanuel²
1 Facultad de Medicina Universidad de Guadalajara
2 Profesor Adjunto Clínicas Médicas Universidad de Guadalajara, Facultad de Medicina

Introducción: Se denomina MRSA (*S. aureus* resistente a meticilina) a las cepas con resistencia a meticilina y oxacilina. Estas cepas son resistentes a β -lactámicos. Las cepas de MRSA causantes de infecciones hospitalarias también suelen ser resistentes a eritromicina, clindamicina, quinolonas y tetraciclinas.

Material y Métodos: Se realizó una búsqueda de pacientes con neumonía intrahospitalaria, de los cuales los resultados de las secreciones endotraqueales y bronquiales demostraron la infección con MRSA.

Resultados: A partir de la búsqueda realizada se identificaron 51 pacientes con *S. aureus* resistentes a Oxacilina y 2 a la Bencilpenicilina, ambos antibióticos β -lactámicos del grupo de las penicilinas. Podemos identificar además 3 individuos con bacterias resistentes a Levofloxacin, 5 a Tigeciclina, 7 a Clindamicina y 1 más a Ceftriaxona. Los datos expuestos anteriormente nos permiten identificar un patrón de resistencia a los antibióticos β -lactámicos en los pacientes infectados por *S. aureus*, en especial a la Oxacilina. Basados en los resultados el 74% de las bacterias aisladas son cepas resistentes a meticilina.

Conclusiones: La IDSA recomienda un tratamiento empírico contra MRSA en pacientes que padecen neumonía adquirida en el hospital (NAH) o neumonía asociada a ventilador (NAV), que poseen factores de riesgo para la resistencia antimicrobiana y que son tratados en unidades donde más del 10-20% de los *S. aureus* aislados son resistentes a meticilina. Con base en los resultados obtenidos y las recomendaciones de la IDSA creemos que el tratamiento empírico con Vancomicina o Linezolid está justificado en los pacientes con NAV del HCFAA.

Hipogonadismo hipogonadotrófico con o sin anosmia: Revisión de 16 casos

López-Beltrán José Heriberto¹, Ornelas-Arana Martha Leticia¹, Pérez-García Guillermo¹, Flores-Zazueta Fernanda Patricia¹, Pérez-Espitia Kevin Ubaldo¹, Martínez-Peña Eddie Gibson¹

1. Laboratorio de Bioquímica, CUCS, Universidad de Guadalajara.
2. Servicio de Genética, Hospital Civil de Guadalajara.
3. Ginecología y Obstetricia, Hospital General de Occidente.

Introducción: El Hipogonadismo hipogonadotrófico con o sin anosmia (HHCSA) es un trastorno genético heterogéneo, en OMIM se registran 24 entradas con patrones de herencia autosómico dominante, autosómico recesivo y ligado al X recesivo, con una incidencia de 1:4,000-10,000 hombres y 1:50,000 mujeres. El HHCSA se caracteriza por un poco o nulo desarrollo sexual secundario a una falta de secreción de GnRH, LH y FSH.

Material y métodos: Se analizaron 16 pacientes del servicio de Genética del Hospital Civil de Guadalajara FAA de agosto 1992 a septiembre 2016.

Resultados y Discusión: Se encontraron 6 masculinos y 10 femeninos, con una edad promedio de diagnóstico de 23.8 y 24.7 años respectivamente. El 81% de los pacientes no refiere familiares similarmente afectados. En las pacientes femeninas se observan antecedentes de amenorrea primaria y en ambos sexos un retraso en el desarrollo de la pubertad. La manifestación de anosmia se observó en el 43.8%. Los resultados de laboratorio de FSH, LH, Testosterona y estrógenos estuvieron por debajo de lo normal. En el 69% fueron casos esporádicos, autosómico dominante (6%) y autosómico recesivo (25%).

Conclusiones: El HHCSA es una enfermedad rara; en todo paciente pediátrico con problema genital debemos de evaluar el olfato para la detección oportuna.



Iatrogenia vascular, estadísticas de 5 años

Sánchez-Vergara Sergio Alberto, Barajas-Huerta José Luis, Briseño-Fuentes Ricardo, Castillo-Orozco Alejandra Larissa.
Servicio de Cirugía Tórax y Cardiovascular. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

Introducción: Las lesiones iatrogénicas causan daños variables desde la pérdida de una extremidad hasta la defunción. Las complicaciones iatrogénicas son el resultado de accidente, técnicas inadecuadas, error de juicio o manejo, así como la incapacidad para identificar las estructuras anatómicas.

Material y Métodos: Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. Se revisaron 18 expedientes clínicos de pacientes de dicha institución, abordados por el servicio de Tórax y Cardiovascular entre el periodo 2011-2015.

Resultados: El 50% se presentó en el género masculino, el rango de edad fue 4 a 69 años, siendo más afectada la tercera década de la vida. El 50% fue secundaria a la colocación de un catéter, de los cuales 2/3 fueron catéter venoso central. La estructura vascular más afectada fue la vena subclavia 16.6%. El manejo en la mayoría de los casos fue el cierre primario 55.5%. Las complicaciones se presentaron en el 44.4% siendo los más frecuentes la neumonía y la reintervención quirúrgica. La mortalidad se presentó en el 22% secundaria a choque hipovolémico.

Conclusiones: La iatrogenia vascular tiene una incidencia del 7.2% del trauma vascular reportado en esta institución, siendo menor al reportado. Aunque es difícil conocer la frecuencia real, ya que si estas lesiones no causan una lesión severa o permanente, estos no se documentan en el expediente.

Presencia de síndrome de burnout en médicos de una unidad del IMSS

González-Rebeca Gaspar, Mayoral-Colín Gonzalo, Chávez-Ureña Brenda Estela.
Unidad Medicina Familiar. Instituto Mexicano del Seguro Social.

Introducción: El término de Burnout consiste básicamente en un proceso de pérdida lenta, pero considerable, del compromiso y la implicación personal en la tarea que se realiza. Fue descrito por primera vez en 1974. Los factores que inciden en su desarrollo: una carga excesiva de trabajo, gente joven y cargas laborales excesivas que con frecuencia van más allá de los límites personales de capacidad para superarlas y que exigen demasiada concentración y dedicación.

Material y Métodos: Estudio transversal analítico con tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia a médicos de una unidad del IMSS. Se les aplicó la Escala de Maslach Burnout Inventory (MBI-HS) así como la encuesta de factores sociodemográficos.

Resultados: En cuando la frecuencia de la presencia de Burnout se obtuvo los siguientes porcentajes: Bajo nivel 31.11% Nivel Intermedio 41.11% Alto Nivel 27.78%

Conclusiones: El Síndrome de Burnout es un estado al cual llega la persona producto de estrés laboral que padece, que se desarrolla por la interacción que se produce entre las características del entorno laboral en el cual la persona se desempeña y sus características personales. Esta investigación comprobó que si existe la presencia de este síndrome en el personal médico de la unidad y que éste tiene asociación con algunas de las variables sociodemográficas que se incluyeron en el estudio.

Relación del ayuno y el rendimiento académico en alumnos de primaria

Prieto-Zambrano Teresa Margarita, Piña-Salinas Jesús Omar Alejandro.
Centro Universitario UTEG

Introducción: Cuando el ayuno se prolonga con la omisión del desayuno, el descenso gradual de los niveles de insulina y glucosa entre otros cambios metabólicos puede originar una respuesta de fatiga que interfiera en los diferentes aspectos de la función cognitiva del niño (atención, memoria).

Material y Métodos: Estudio transversal, observacional, con población de escolares institucionalizados, con una muestra de 84 participantes y una técnica de muestreo no probabilístico. Se aplicó una encuesta de recordatorio de alimentos y un test de habilidades cognitivas.

Resultados: La relación de la hora en que cenaban con la prueba de comprensión lectora fue significativo con un valor de ($p=0.04$) al igual que los niños que si desayunaban y los que no al asistir a la escuela con la prueba de Fracciones y Unidades con un valor de ($p=0.024$).

Conclusiones: Según las pruebas realizadas el ayuno puede afectar al rendimiento académico de los escolares, de acuerdo a los resultados se recomienda profundizar en el tema.

Relación hábitos alimenticios y rendimiento físico en adolescentes practicantes de futbol

García-Padilla Rafael, Piña-Salinas Jesús Omar Alejandro.
Licenciatura en nutrición Centro Universitario UTEG.

Introducción: Los hábitos alimentarios en adolescentes deportistas pueden verse afectados principalmente por el tiempo dedicado a su entrenamiento, lo cual dificulta alimentarse de una forma saludable y equilibrada para compensar el gasto energético que es utilizado en la práctica deportiva.

Material y métodos: Estudio observacional en 50 adolescentes practicantes de futbol de 10 a 17 años de edad, se les aplico una frecuencia de alimentos una vez durante la evaluación para determinar sus hábitos alimenticios y una prueba de resistencia-fuerza en una ocasión durante la investigación, en donde realizaron el mayor número de lagartijas durante un minuto con ayuda de un cronómetro con el fin de determinar su rendimiento físico.

Resultados: Los hábitos alimentarios de los hombres fue de: malos hábitos 14%, regular 30% y buenos hábitos 56%. El rendimiento físico de los hombres fue de: rendimiento regular 12%, buen rendimiento 10%, rendimiento muy bueno 12% y excelente 66%. La relación entre el rendimiento físico y los hábitos alimenticios el valor de chi-cuadrada $p=0.014$.

Conclusiones: Se puede constatar que mediante una buena alimentación o buenos hábitos alimenticios se puede obtener un mayor y óptimo rendimiento físico.



Aplicación de la terapia VAC® como parte del manejo del paciente pediátrico con lesiones por politrauma.

Alfaro-Castellanos Denisse Estefanía, Duque-Zepeda Fernando, Ayala-González José Osvaldo, Aguirre-Jauregui Oscar, Arana-Hernández Erika Iliana, Pérez-De La Torre Juan Eduardo, Yañez-Solis Germán Kevin.

División De Pediatría. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

Introducción: El politrauma en pediatría involucra grandes porcentajes de superficie corporal e incluso fracturas que llegan a comprometer extremidades, cursando con evolución tórpida y prolongada. La terapia VAC® ha demostrado mejorar la perfusión capilar, aporte de nutrientes, crecimiento tisular, con mejoría en la formación del tejido de granulación.

Descripción del caso: CASO 1. Masculino de 14 años quien sufre amputación traumática de extremidad inferior derecha y desgarró perineal, requiriendo amputación supra condílea derecha, presenta infección y dehiscencia de herida, por lo que se realiza aseo de herida y colocación de terapia VAC®, por 45 días.

CASO 2. Femenina de 3 años quien sufre atropellamiento, trauma abdominal cerrado, fractura de pelvis, lesión perineal grado IV, se realiza derivación intestinal, presenta necrosis de tejidos blandos en región perineal, se realiza aseo quirúrgico y colocación de terapia VAC®, por 55 días.

CASO 3. Femenina de 14 años quien sufre atropellamiento, impactación con muro, se realiza amputación supracondílea derecha, además de derivación intestinal y reparación de lesión vaginal, paciente que presenta dehiscencia de muñón, requiriendo aseo quirúrgico y colocación de terapia VAC®, por 18 días.

Comentarios: En los tres casos observan heridas con material de granulación abundante, bordes sangrantes, y cicatrización adecuada.

Conclusiones: El uso de la terapia VAC® constituye un avance importante en el cuidado de las heridas y tiene el potencial de mejorar la supervivencia de los pacientes pediátricos, así como de reducir el riesgo de complicaciones. La utilización de la terapia VAC® constituye un avance muy importante en el manejo de heridas, un instrumento terapéutico de gran apoyo, teniendo en cuenta siempre una indicación y selección adecuada de su uso.

Intoxicación por carbamatos en sala de urgencias. Reporte de caso y revisión.

Sánchez-Guzmán Salvador¹, Bonilla-Virgen Antonia¹, Palomera-Tejeda Emmanuel², Uribe-Martínez Jefe Felipe³, Sánchez-Guzmán Ismael³, Sánchez-Guzmán María Teresa³.

1. Servicio de Urgencias Adultos Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

2. Servicio de Medicina Interna Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

3. Práctica médica independiente.

Introducción: Los carbamatos son un conjunto de sustancias utilizadas en el medio agrícola para control y erradicación de plagas y vectores de enfermedad, para permitir el almacenaje y el mejoramiento de los productos agrícolas. Sin embargo, pueden representar tasas de mortalidad altas por intoxicaciones, (accidentales o no), debidas principalmente al mecanismo de acción (Inhibición de acetil-colinesterasa), lo que ocasiona efectos orgánicos adversos a diferentes niveles.

Reporte clínico: Se trata de paciente femenino de 29 años de edad que cerca de 8 hrs previas al ingreso, consume agroquímico (Carbofuran) en una cantidad aproximada de 120 gramos con agua "de la llave", como intento autolesivo posterior a una discusión. Comienza con clínica caracterizada por crisis convulsivas, sialorrea importante y alteración del estado de alerta, por lo que es llevada a Cruz Verde y se regula para su aceptación, iniciándose a su llegada a este hospital, tratamiento con atropina y medidas de soporte, coma barbitúrico, y manejo de choque, permaneciendo hospitalizada durante 6 días, posterior a lo cual remite el cuadro tras la administración de antídoto, sólo quedando con neuropatía residual durante algunos días, por lo que solo se dio tratamiento ambulatorio y control por psiquiatría.

Discusión: Las intoxicaciones en cualquiera de sus cuatro grados, ocasionan el ingreso a urgencias de aproximadamente 3 millones de personas por año, tan solo en su forma aguda, según datos de la OMS; de los cuales mueren hasta 220 000, la gran mayoría por depresión respiratoria y mal manejo de secreciones, sin contar las secuelas orgánicas secundarias a la cantidad de tóxico, a la concentración y a la dosis letal 50 por vía oral (5 mg/kg). Por ello se requiere manejo oportuno y adecuado, así como antídoto en dosis precisas.

Conclusiones: El manejo de intoxicación por plaguicidas y otros agentes de uso agrícola, debe ser adecuado y relevante para su manejo clínico. Conocer el comportamiento de tales compuestos, mejorará el tratamiento y por consiguiente, el pronóstico.

Lesión de alto grado de páncreas secundario a trauma penetrante de abdomen.

Salas-Ponce Oscar Antonio, Aguilera-García Ramsés, González-Delgado Miguel Alberto. Servicio de Cirugía Medicina Legal. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

Introducción: Las lesiones traumáticas de la cabeza o el cuello del páncreas representan un reto constante para el cirujano, teniendo una alta tasa de complicaciones posteriores a la lesión. El mayor determinante de la morbilidad en las lesiones de páncreas es la integridad del conducto pancreático principal, por lo tanto es de vital importancia el establecer el estado del mismo además de la identificación de lesiones asociadas.

Reporte de caso: Se trata de paciente masculino de 53 años de edad que ingresa al servicio de urgencias adultos por presentar lesión por arma de fuego en hipocondrio izquierdo 5 horas previas a su ingreso, hemodinámicamente estable con datos de abdomen agudo por lo que se realiza LAPE encontrando lesión gástrica grado III, lesión de colon ascendente grado III, hepática grado III segmento VI y lesión pancreática grado IV ésta última comprometiendo el colédoco en su porción intrapancreática aproximadamente del 25% de su circunferencia por lo que se realiza colecistectomía y se avanza sonda de alimentación 8 Fr transcística hacia la luz duodenal como medida conservadora y se colocan drenajes hacia el sitio de lesión pancreática. En el postquirúrgico paciente ingresa a la unidad de cuidados intensivos, presentó fistula pancreática de bajo gasto con sonda de alimentación permeable, a los 27 días postquirúrgicos se tracciona sonda anterior a la lesión y se realiza colangiografiatrans sonda con adecuado paso de material hacia duodeno sin datos de fugas, por lo que se decide su retiro, continua con adecuada evolución postquirúrgica por lo que se decide el egreso al día 37 de estancia hospitalaria con fistula pancreática en resolución.

Discusión: Presentamos el caso de un paciente con lesión traumática de páncreas de alto grado con lesión de la vía biliar principal, el cual se logró identificar y se realizó tratamiento quirúrgico conservador con la colocación de una sonda para ferulizar la vía biliar principal y la colocación de drenajes con adecuados resultados en el postquirúrgico evitando así procedimientos resectivos los cuales aumentan considerablemente la morbilidad.

Conclusiones: Las tendencias actuales han enfatizado en la efectividad de tratamientos quirúrgicos conservadores aun en lesiones proximales extensas.

Coinfección por Citomegalovirus en Colitis Ulcerativa: Reporte de un Caso.

Macías-Bolaños Diego Jarek, Schmidt-Ramírez Alejandro, Anaya-Silva Israel. Servicio de Medicina Interna. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

Introducción: La Colitis Ulcerosa es una enfermedad inflamatoria la cual afecta predominantemente colon sigmoide y recto, sin embargo en ocasiones pudiendo afectar todo el colon. El curso de la enfermedad suele ser de manera recurrente y en una tercera parte será continuo. Suele comenzar entre los 20 y los 40 años. Entre las manifestaciones más importantes la hematoquecia es el síntoma más frecuente. Le sigue la diarrea la cual estará dada de acuerdo a la extensión de la enfermedad. Además suelen presentar dolor abdominal tipo cólico y alguna otra sintomatología de presentación variable como lo es fiebre, afectación del estado general, anorexia, pérdida de peso, con mayor frecuencia ante complicaciones de la enfermedad así como coinfección por patógenos entre los más importantes CMV causante del 10% de brotes de la enfermedad.

Descripción del caso: Femenina de 23 años de edad la cual presenta diarrea, hematoquecia, petequias en miembros pélvicos y ataque al estado general. Inicio hace 40 días. Empeoramiento clínico progresivo hasta presentar palidez, astenia, disnea de esfuerzos y palpitaciones. Se detecta hemoglobina de 4 y plaquetas de 5,000. Se realiza TAC contrastada de abdomen en la que se evidencia engrosamiento del colon. Colonoscopia con mucosa friable, lesiones ulcerosas múltiples diseminadas y edema pericolonico así como una posible estenosis a nivel de la unión sigmoideo descendente; biopsia con cambios histológico sugerente de etiología infecciosa y características de enfermedad inflamatoria intestinal en fase incipiente. Por lo anterior y la afectación hematológica se solicitan serologías para Parvovirus B19, VEB y CMV, reportándose títulos altos para CMV por lo que se decide iniciar terapia con Ganciclovir, posterior a ello con importante remisión clínica y respuesta hematológica.

Discusión y conclusiones: Ante una pobre respuesta clínica a tratamiento convencional y hallazgos colonoscópicos compatibles con lesiones ulcerosas nuevas y/o formación de pseudomembranas y empeoramiento del estado general es importante la distinción e identificación de algún proceso infeccioso agregado por CMV vs C. Difficile.



Encefalopatía de Wernicke secundaria a colitis ulcerativa crónica idiopática. Reporte de un caso.

Plascencia-Cruz Marcela¹, Herrera-Aguilar Fernando Emanuel¹, López-Iñiguez Alvaro¹, Gómez-Fregoso Juan Alberto¹, Valerdi-Contreras Lorena¹, Ramírez-Ochoa Sol¹, Chávez-Barba Óscar Armando².

1. Servicio de Medicina Interna. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.
2. Servicio de Radiología e Imagen. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

Introducción: La encefalopatía de Wernicke (WE) es un síndrome neuropsiquiátrico agudo por déficit de tiamina (B1) que puede presentarse tanto en población alcohólica, como no alcohólica ligado a alteraciones gastrointestinales que disminuyen la absorción de la B1. Nuestro reporte trata de una paciente no alcohólica con triada clásica de encefalopatía, disfunción oculomotora y ataxia, con hallazgos atípicos en la resonancia.

Descripción del caso: Femenino de 47 años; acude por presentar alteración del estado mental y de alerta, mal estado general, vómito y pérdida del control de esfínter anal. AHF: hermana con parkinson, otra con esclerosis múltiple, tabaquismo + 1 y ½ cajetilla día/30 años, depresión mayor de 8 años de evolución tratada con clonazepam. E.F. hemorragias retinianas bilaterales y subconjuntival izquierda, funciones mentales superiores alteradas, parálisis de rectos externos, diplopía binocular, nistagmus horizontal espontáneo, fuerza 1/5 en extremidades inferiores y 3/5 superiores, disestesias proximales, extremidades hiporreflécticas, además presenta dismetría, disidiadococinesia y bradicinesia. RMN-gadolinio/T1,T2,difusión con hiperintensidad en cuerpos mamilares, sustancia gris periacueductal y porción medial talamos, además de imágenes hiperintensas subcorticales fronto-parietales. EEG: voltaje reducido con ondas rápidas difusas. Colonoscopia/histopatológico: Colitis Ulcerativa crónica idiopática.

Conclusiones: 20% de casos de WE se presenta en pacientes no alcohólicos. El diagnóstico de WE no alcohólica es más difícil debido al curso atípico, si este es oportuno mejora la mortalidad, pronóstico, ya que es reversible con reposición de B1. Las imágenes típicas en la resonancia corresponden al caso, asimismo encontramos alteración cortico subcortical considerada atípica, asociada a mal pronóstico y a enfermos sin hábito etílico. Con datos clínicos clásicos y alteraciones gastrointestinales se debe considerar el diagnóstico de WE.

Evento vascular cerebral isquémico (EVCI) en paciente joven como presentación de glomerulonefritis membranosa (GM)

Ruiz-Gallardo Josué, Plascencia-Cruz Marcela, Lordmendez Gabriela, López Edgar, Herrera-Aguilar Fernando E., Gómez-Fregoso Juan, Valerdi-Contreras Lorena.
Servicio de Medicina Interna. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde..

Introducción: EVCI definido como muerte celular en cerebro, medula espinal o retina atribuible a isquemia basado en: neuropatología, neuroimagen y/o clínica con evidencia de lesión permanente. EVCI es más frecuente a partir de la 5ta década de la vida, por lo que su hallazgo por debajo de los 45 años de edad es definitorio de presentación en paciente joven. GM es de las causas más comunes de síndrome nefrítico en adultos no diabéticos, su término se refiere al cambio histológico primario en microscopia: engrosamiento de la MBG con poca o nula proliferación e infiltrado celular. 85% se presenta en su forma primaria.

Reporte de caso: Femenina de 35 años sin comórbidos previos sin ingesta previa o actual de fármacos habituales, ingresa por cefalea y hemiparesia derecha proporcionada, hiperreflexia ipsilateral, edema miembros inferiores. RM con isquemia a nivel talámico izquierdo, disminución del calibre en arteria cerebral posterior izquierda, espasmo en arteria de percherón. Recolección de orina 24 hr 4.5 gr, dislipidemia, hipoalbuminemia, se descarta lupus, SAF, ANCA's negativos. Biopsia renal compatible con GM. Se inicia manejo anti proterinúrico anticoagulación con acenocumarina, profilaxis secundaria para EVCI obteniendo recuperación total de déficit motor, disminución en edema miembros inferiores.

Discusión: GM es la entidad más estudiada y asociada con eventos protrombóticos tomando como factor de riesgo independiente hipoalbuminemia: cada disminución de 1.0 g en albúmina sérica asocia 2.13 veces más riesgo de trombosis siendo el mayor riesgo con cifras menores a 2.8g por lo que en estos pacientes está indicada anticoagulación profiláctica con cumarínicos.

Conclusiones: La mayoría de los reportes en trombosis asociada a GM son episodios venosos, de ahí la relevancia de nuestro caso al presentarse como trombosis arterial a nivel de SNC una presentación atípica de GM. Se dará Tx anti proteínurico y seguimiento a 6 meses para valorar mejora o necesidad de inmuno modulación.

Enfermedad de Still del adulto, un reto diagnóstico: reporte de un caso y revisión de literatura.

Tejeda-Partida Steffany del Carmen¹, Alatorre-Ramírez Vianey Ludivina¹, Aguirre-Muñoz Manuel Alejandro².

1. Medicina Familiar, Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, Jalisco.
2. Medicina Interna, Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco.

Introducción: Se debe pensar en enfermedad de Still del adulto (ESA) como una etiología de fiebre de origen desconocido, entidad inflamatoria y aguda de presentación rara, subdiagnosticada de causa desconocida, implicación o no de agentes infecciosos como desencadenantes. A considerarse en un paciente febril con rash, odinofagia y poliartritis. Presentándose antes de los 35 años en un 76%.

Presentación del caso: Masculino 16 años, previamente sano, presenta odinofagia, mialgias, altralgias y febril de 40°C vespertina de 1 mes 7 días de evolución. Multitratado, sin mejoría, se hospitaliza para abordaje de fiebre persistente, exploración física:hepato-esplenomegalia. Hb 10.9 Hto 34, Leu. 16.8 PMN 14.3 Linf. 1.38, AST 110 ALT 124. TAC toraco-abdominal simple y contrastada evidencia infiltrado micronodular basal, hepato-esplenomegalia, incremento de cadena ganglionar retroperitoneal, inicio antifímico y antibióticos de amplio espectro sin respuesta, persiste febril. Hemocultivos, punción lumbar, ecocardiograma, rosa de bengala, serologías, reacciones febriles, ANA's, FR, aspirado medula negativos, US cuello y abdomen:ganglios aspecto inflamatorio. Ferritina 16,232 ng/ml, B2 microglobulina 2.4, VSG 85, PCR 176. Se diagnostica ESA, tratado con esteroide vía oral, asintomático, en tratamiento con metotrexate.

Discusión: Yamaguchi propone criterios diagnósticos para ESA donde se incluyen fiebre alta, artralgias, rash cutáneo y leucocitosis el diagnóstico se llega al presentar cinco o más de los criterios clínicos propuestos incluyendo al menos dos de los mayores, con sensibilidad del 96,2 % y especificidad de 92,1 %. Deben excluirse enfermedades infecciosas, neoplásicas y otras enfermedades inmunológicas.

Conclusiones: ESA debe ser considerada como posibilidad en el diagnóstico cuando se enfrenta a un paciente con fiebre, rash y poliartritis, más aun si tiene odinofagia. Considerada como causa frecuente del síndrome de fiebre de origen desconocido, con una variación entre 5 % y 9 % de todos los pacientes con fiebre de causa no específica.

Síndrome de Platipnea-Ortodesoxia secundario a Enfermedad Pulmonar Intersticial Anti-Jo1 positivo.

Pitones-Paz María Guadalupe, Herrera-Aguilar Fernando Emanuel, Carmona-Navarro David Enrique, Lepe-Moreno Kenia Yolanda, Valerdi-Contreras Lorena.
Servicio de Medicina Interna. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

Introducción: El Síndrome de Platipnea-Ortodesoxia es una entidad clínica caracterizada por disnea e hipoxemia inducidas por la postura de bipedestación y son aliviados al decúbito. Las causas más comunes de este síndrome son los cortocircuitos aurículo pulmonares y cortocircuitos intrapulmonares. Una nueva y rara causa de este síndrome son las enfermedades intersticiales pulmonares, como la enfermedad intersticial pulmonar en un paciente con polimiositis o síndrome antisintetasa.

Descripción del caso: Paciente femenino de 19 años de edad sin antecedente de enfermedades previas, inicia 8 meses previos con dolor articular de rodillas y muñecas, sin predominio de horario, sin fiebre ni escalofríos. Recibiendo tratamiento sin mejoría. Refiere pérdida ponderal de aproximadamente 22 kilos en 4 meses. Tres meses después de iniciados los síntomas se añadió al cuadro disnea en sedestación que remite al acostarse. Se realizó radiografía de tórax que demuestra imágenes sugestivas derrame pleural bilateral además de fibrosis de predominio basal. La tomografía de tórax muestra datos sugestivos de neumonía intersticial inespecífica. Ecocardiograma transesofágico muestra persistencia de foramen oval levemente permeable, sin criterios de aneurisma auricular. CK y aldolasa normales. Anticuerpos anti Jo-1 122 (normal < 22). Espirometría con restricción severa. DLCO con restricción severa y difusión del 25% de lo esperado. VHB, VHB, VIH (-). ANA, PPC, SCL 70, factor reumatoide, Anti-Ro, Anti-La negativos. Electromiografía de hemitrueno derecho concluyente de patrón miopático. Biopsia de bíceps normal. Se diagnosticó con enfermedad pulmonar intersticial secundaria a anticuerpos anti Jo1 positivos. Se dio tratamiento con 3 bolos de metilprednisolona y ciclofosfamida. Dos semanas después la paciente fue capaz de permanecer sentada y caminar por más de 6 metros.

Discusión y conclusiones: Existe un vacío en el conocimiento de esta rara enfermedad, pues sólo un caso de este síndrome ha sido reportado en la literatura internacional, por lo cual es importante reportar y tomar en cuenta esta rara causa del padecimiento.



Leucoencefalopatía posterior reversible (PRES) como presentación del espectro de Neuromielitis Óptica.

Lordméndez-Corral Gabriela, Valerdi-Contreras Lorena, Chávez-Barba Óscar Armando, Carmona-Navarro David Enrique, Herrera-Aguilar Fernando Emmanuel, Lepe-Moreno Kenia Yolanda.

1. Servicio de Medicina Interna Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.
2. Servicio de Radiología e Imagen Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

Introducción: PRES es un síndrome caracterizado por edema reversible, vasogénico subcortical sin infarto. Suelen presentarse con hipertensión, eclampsia o en el contexto de enfermedades autoinmunes, terapia inmunosupresora o quimioterapia. Las convulsiones son el síntoma de presentación en 42-88% de los casos. NMOSD incluye desórdenes del SNC caracterizados por desmielinización inmune y daño predominantemente en nervio óptico y médula espinal. Las lesiones cerebrales con NMOSD pueden manifestarse como PRES.

Descripción del caso: Femenino de 44 años con epilepsia desde la infancia, tratada con anti cósmicos a dosis sub óptimas. Ingresada por estatus epiléptico y sometida a ventilación mecánica. LCR con disociación albúmino-citológica persistente. Se descarta LES, AR, Sjögren y SAF. RM de cráneo inicial con hiperintensidad en FLAIR en región occipital la cual remitió después de dos semanas. Se evidencia debilidad de extremidades inferiores y retención urinaria; se decide extender a neuro eje encontrándose mielitis transversa longitudinalmente extendida. Con base a estos hallazgos se administra de Rituximab 500 mg/m², presentando mejoría de la debilidad, control de esfínteres y de las crisis convulsivas. AQP4 negativos.

Discusión: La sensibilidad de AQP4 para NMO es 73%. El diagnóstico de NMOSD con AQP4 negativos es sostenible con características clínicas y de imagen. Los criterios de neuroimagen se cumplen al presentar lesión intramedular en tres cuerpos vertebrales contiguos y lesiones subcorticales de sustancia blanca.

Conclusiones: Las lesiones cerebrales en algunos pacientes con NMOSD, pueden ir acompañados de edema vasogénico, el cual es ocasionado por una alteración en la resistencia vascular cerebral, permitiendo una extravasación de líquido y manifestándose como PRES. A pesar de que la autoinmunidad de AQP4 puede predisponer la presentación de PRES en pacientes con NMOSD, estos no son estrictamente necesarios para el diagnóstico.

Mielitis Transversa Longitudinalmente Extendida en Lupus.

Abad-Guangorena Edgar Abdiel, Michel-González Jorge Isaac, Cervantes-Pérez Lorena Alejandra, Zepeda-Cervantes Andrea Elizabeth.

Servicio de Medicina Interna. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

Introducción: Mielitis transversa es una manifestación de neurolupus, con una incidencia de 1-4 casos por millón. Actualmente existen 194 casos de mielitis transversa longitudinalmente extendida asociado a Lupus, de los cuales solo 45 fueron confirmados por RMN, con involucro mayor a 3 segmentos medulares. Generalmente se presenta en pacientes de edad media de 29 años, en mujeres y suele ser la primera manifestación de Lupus en 23% de los casos. Su presentación clínica es principalmente como un déficit sensorial 91%, déficit motor 86% y autonómico 83%, de forma subaguda, puede presentarse también de forma súbita similar a un choque medular, asociándose siempre a un nivel sensitivo.

Reporte de caso: Se presenta un caso de femenino de 32 años que presentó una clínica de 8 días de evolución con fiebre no cuantificada, cefalea holocraneana severa, diplopía, oliguria, incontinencia fecal y debilidad de extremidades inferiores. A la exploración física se encuentra parálisis de sexto par izquierdo, nistagmos con la mirada a la izquierda, fuerza de extremidades inferiores 1/5 y arreflexia en las mismas, nivel sensitivo T10, alteración de termoalgesia, respetando cordones posteriores, alodinia de hombros y brazos y esfínter anal sin tono. Se hace abordaje obteniendo los siguientes resultados: Leucopenia de 2,640 y linfopenia de 300, trombocitopenia de 96,000. Creatinina quinasa 1094, Perfil hepático sin alteraciones, función renal conservada, electrolitos séricos sin alteraciones. Proteinuria 600mg/dl en 24 hrs y hematuria microscópica eritrocitos dismórficos en sedimento. PCR 5.3, VSG 63, Factor Reumatoide 2.9, procalcitonina 0.08. El resto de la analítica reportó ANAs 1:1280 moteado grueso, AntiDNA (-), Anti RNP (+), AntiRo (+), AntiLa (+), AntiSm (+), Coombs 4+, AntiCCP -, C3 y C4 bajos, PCR para TB -, SAF -. Serologías negativas. Anti NMO -. Neuroeje por RM se evidencian lesiones hiperintensas en T2 y FLAIR desde C6 hasta como medular. Biopsia renal con GN lupica tipo 3. Se diagnosticó mielitis transversa longitudinalmente extendida secundaria a Lupus. Recibió tratamiento con metilprednisolona, plasmáferesis y ciclofosfamida.

Discusión y conclusiones: La paciente presentó mejoría parcial en la fuerza y sensibilidad, además de presentar corrección de la oftalmoplejía de sexto par. La asociación de mielitis longitudinalmente extensa y Lupus es rara y se debe considerar en el abordaje de un paciente con debilidad y un nivel sensitivo.

Lupus Eritematoso Sistémico Seronegativo: Reporte de un caso.

Torres-Lizárraga Santiago, Navarro-Gallardo Joana Goretty, Schmidt-Ramírez Alejandro, Anaya-Silva Israel.

Servicio de Medicina Interna Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

Introducción: El Lupus Eritematoso sistémico es una enfermedad autoinmune de afección multisistémica, que resulta del daño tisular mediado por el sistema inmune. El caso presentado a continuación describe una entidad poco frecuente, ya que se presentó en ausencia de los marcadores serológicos que naturalmente lo acompañan.

Presentación del caso: Paciente masculino de 23 años de edad que acudió a consulta por presentar alrededor de 5 meses lesiones purpúricas en ambas manos y aparición de dolor articular migratorio. Fue ingresado, donde se realizó biopsia de piel que reportó Vasculitis leucocitoclástica. Tres meses después, se agregaron derrame pleural bilateral, ascitis y edema de miembros inferiores. Se realizó, ecocardiograma con presencia de derrame pericárdico y se detectó con anemia normocítica normocrómica, linfopenia y leucocitosis. Función renal con niveles de creatinina normales, BUN elevado y proteinuria en rango subnefrótico de Ig en 24 horas. Se solicitaron anticuerpos anti nucleares (ANA), así como c-ANCA y p-ANCA, todos negativos. Se reportaron al momento prueba de Coombs directo negativa y niveles de complemento C3 y C4 normales. Durante la hospitalización, se estudiaron el líquido ascítico con un análisis de gradiente albúmina en suero-albúmina ascitis < 1.0, se detectó en el análisis del líquido pleural exudado con determinación de ANA cualitativo en el mismo líquido positivos. Al realizar una biopsia renal, se reportó con un patrón con inmunofluorescencia positiva IgA, C1q, C3c, IgG e IgM. Se solicitaron también anti-DNA, anticoagulante lúpico, anti-Sm, anti-Ro/La y anti-beta2glicoproteína negativos. Se inició tratamiento con micofenolato, con el que el paciente presentó mejoría y fue egresado para su manejo ambulatorio.

Discusión: El diagnóstico es realizado en base marcadores serológicos como los ANA, que se han detectado positivos hasta en el 99.5% de los casos. La positividad depende también del tiempo de evolución de la enfermedad.

Conclusiones: Es poco frecuente tener LES y presentar resultado negativo en el análisis de ANA, aunque es posible. Dada la alta sensibilidad de los anticuerpos antinucleares la evidencia clínica pone en duda la existencia del lupus seronegativo, excepto que tenga otro anticuerpo que no sea detectado por el sustrato (hep-2).

Presentación clínica de Neurosífilis como EVC isquémico en paciente con Hiperparatiroidismo primario.

Martínez-Anaya Daniel Alejandro, Carmona-Navarro David Enrique, Lepe-Moreno Kenia Yolanda, Herrera-Aguilar Fernando Emanuel, Valerdi-Contreras Lorena.

Servicio de Medicina Interna. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

Introducción: La neurosífilis abarca un espectro amplio de manifestaciones clínicas, entre ellas la sífilis meningovascular, misma que puede causar arteritis infecciosa resultando en trombosis, isquemia e incluso infarto por lo que puede presentarse como un EVC isquémico.

Descripción del caso: Femenino de 67 años acude por hemiparesia faciobraquicural izquierda súbita. Karnofsky 40, astenia, adinamia, estreñimiento, pérdida de la memoria reciente, intolerancia al frío, piel seca, caída de cabello. Alteración del estado mental, falta de cooperación, no sigue comandos. Funciones mentales superiores no valorables. Desviación de comisura labial a la derecha, fuerza 0/5 en extremidades izquierdas, presenta movimientos activos de extremidades derechas, sensibilidad no valorable, reflejos de extensión miotáctica aumentados en las 4 extremidades, Babinski, Hofmann-Trömmner presentes en extremidades izquierdas. No se puede valorar marcha. Se realiza RMN de cráneo observándose atrofia cortical y leucoaraiosis. TSH de 0.5µUI/ml. Serologías para VDRL positivo Se solicitan FTA-ABS séricos siendo positivos en 1:320. Se solicita VDRL en líquido cefalorraquídeo el cual se reporta positivo. Recibe manejo con ceftriaxona. Así mismo de evidencia hipercalcemia de 11.3 mg/dL. Calcio urinario de 451 mg en 24 horas. Se reporta PTH de 91.8 pg/mL catalogándose como hiperparatiroidismo primario. Se solicitó gammagrafía de paratiroides reportando adenoma paratiroideo inferior derecho. Vitamina D en rangos de insuficiencia. Se realiza densitometría ósea que reporta T-Score -5.2 en fémur y -5.4 en L1-L4. Se trata con ácido zoledrónico 4 mg y calcitriol 0.25 mcg VO cada 12 horas. A su egreso se planea resección de dicho adenoma.

Discusión y conclusiones: Clínicamente mejora sintomatología con mayor conexión con el medio, sigue órdenes, desaparece desviación de la comisura labial y recupera fuerza en extremidades izquierdas (4/5). En la era post-penicilina, el diagnóstico de neurosífilis en pacientes inmunocompetentes es relativamente raro. Sin embargo, presentamos este caso como recordatorio del diagnóstico diferencial de evento vascular cerebral isquémico que no debería pasarse por alto.



Insuficiencia pancreática exócrina como resultado de abordaje de diarrea crónica. Reporte de un caso.

Navarro-Gallardo Joana Gorethy, Aldana-Aguilar Rosa Paulina, Schmidt-Ramírez Alejandro, Martínez-Anaya Daniel Alejandro.
Servicio de Medicina Interna. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

Introducción: La función pancreática exocrina se altera en pancreatitis crónica de forma progresiva a medida que avanza la enfermedad. Su mecanismo patogénico básico lo constituye la pérdida de parénquima pancreático, la capacidad funcional del páncreas exocrino hace que la función digestiva se mantenga hasta que se ha perdido al menos el 90% de la secreción de enzimas, los pacientes con pancreatitis crónica alcohólica desarrollan insuficiencia pancreática exocrina tras unos 13 años desde el inicio de la enfermedad.

Descripción del caso: Paciente masculino de 59 años, consulta por hipoglucemia sintomática, debilidad generalizada y diarrea crónica, antecedentes importantes: alcoholismo de 40 años de evolución, actualmente no consume alcohol, tabaquismo activo de 28 años, DM2 de 18 años de evolución tratada con glibenclamida y metformina, HAS de 18 años de evolución, ERC 2 semanas de diagnóstico, refiere diarrea crónica de 5 años de evolución alternante con estreñimiento, bradipsiquia, bradilalia y postración desde hace 5 años. Glucosa capilar: 29 mg. Abdomen globoso por pániculo adiposo, circulación colateral con dolor difuso a palpación profunda sin rebote, evacuaciones líquidas, amarillentas, fétidas, sin moco ni sangre, resto sin datos patológicos. Endoscopia reporta: esofagitis erosiva grado D, (los Angeles). Colonoscopia normal. TAC abdominal reporta: calcificaciones en páncreas. Se inicia sustitución de enzimas pancreáticas vía oral y se obtiene una remisión de diarrea en 72 hrs.

Discusión y conclusiones: La utilidad de otros métodos de diagnóstico varía de acuerdo a las características clínicas de la diarrea, la inexistencia de grasa en coprológico no excluye la posibilidad de esteatorrea que puede investigarse utilizando otros métodos como la cuantificación de grasa en heces. La presencia de esteatorrea confirma el diagnóstico de síndrome de absorción intestinal deficiente que puede ser secundario a un problema de digestión por insuficiencia pancreática o de absorción por enteropatía o trastornos de transporte. El abordaje de diarrea crónica asociada a malabsorción se debe descartar causas infecciosas y no infecciosas tales como: enfermedad celiaca, esprue tropical, sobrecrecimiento bacteriano, insuficiencia pancreática o hepática.

Síndrome de Budd-Chiari secundario a trombocitosis esencial. Reporte de un caso.

Valdez-Ruvalcaba Héctor Eduardo, Alvarado-Rodríguez Alejandra, Carmona-Navarro David Enrique, Herrera-Aguilar Fernando Emanuel, Valerdi-Contreras Lorena.
Servicio de Medicina Interna. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

Introducción: El síndrome de Budd-Chiari es definido como la obstrucción del flujo venoso hepático independientemente del nivel o mecanismo de obstrucción, siempre que la obstrucción no se deba a enfermedad cardíaca, pericárdica o síndrome de obstrucción sinusoidal. Un trastorno de base puede ser identificado en más del 80% de los pacientes y muchos de éstos son caracterizados por hipercoagulabilidad.

Reporte de caso: Femenino de 27 años acude por edema de extremidades inferiores, aumento del perímetro abdominal de manera progresiva el cual evoluciona a disnea de pequeños esfuerzos, a la exploración física solo se observó edema +++ en extremidades inferiores y edema de pared abdominal con ascitis y signos de oleada y matidez cambiante presentes. Inicia con estudio de líquido ascítico el cual muestra GASA alto (1.3) compatible con hipertensión portal, se evalúa con escalas de daño hepático obteniendo un CHILD-PUG: B MELD-Score: 9. Se realiza USG doppler hepático en donde se observa trombosis de las venas suprahepáticas, estableciendo diagnóstico de Síndrome de Budd-Chiari, se realiza TAC trifásica toraco-abdominal la cual reporta presencia de trombosis en las tres venas suprahepáticas con recanalización de vena umbilical y colaterales retroperitoneales. Presencia de trombosis en vena cava desde venas ilíacas hasta 6-7 cm de aurícula. Al diagnóstico se inicia anticoagulación plena, sin embargo a la primera dosis la paciente comienza con hematemesis, se inicia omeprazol y octreotida, se realiza endoscopia donde se evidencian varices esofágicas, se aplica inyección de cianocrilato en la variz sangrante y se suspende anticoagulación. Perfil SAF negativo y fenotipo de HPN negativo, se realiza aspirado de médula ósea observándose hiperplasia de serie megacariocítica, se solicita mutación JAK-2 la cual resulta positiva estableciéndose el diagnóstico de trombocitosis esencial. Por las características de la trombosis la paciente no es candidata para TIPS o trasplante hepático; la paciente se clasificó en una Clase III de pobre pronóstico por lo cual no se realiza dicho procedimiento y se suspende anticoagulación.

Discusión y conclusiones: La mutación del gen JAK-2 se ha descrito hasta en un 50% de los pacientes con Budd-Chiari, muchos de los cuales tienen resultados negativos para los trastornos mieloproliferativos más frecuentes como en el caso de nuestra paciente, sugerimos que todo paciente diagnosticado con síndrome de Budd-Chiari el cual no se detecta una causa se determine la mutación JAK-2.

Sangrado Transvaginal como manifestación inicial de Hipertensión portal en una paciente con Hepatitis Autoinmune.

Cervantes-Pérez Lorena Alejandra¹, Uribe-Martínez Jefe Felipe¹, Cervantes-Pérez Enrique^{1,2}, Anaya-Silva Israel¹.

1. Medicina Interna, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.
2. Departamento de Bienestar y Desarrollo Sustentable, Centro Universitario del Norte, Universidad de Guadalajara.

Introducción: La hepatitis autoinmune es una enfermedad relativamente rara del parénquima hepático que se puede presentar en formas agudas y crónicas. Afecta con más frecuencia a mujeres y las manifestaciones clínicas son variadas. El sangrado transvaginal como manifestación inicial y casi única de HP en pacientes con cirrosis es rara, reportándose inicialmente en 1967 y documentándose en aproximadamente 10 reportes de casos a la fecha asociándose comúnmente a varices vaginales secundarias a las modificaciones de la hemodinámica esplácnica.

Presentación del caso: Paciente femenino de 45 años de edad que se presenta con debilidad generalizada, dolor en hipocondrio derecho y sangrado transvaginal de 3 años de evolución. A la exploración física se encuentra palidez y esplenomegalia. Se realiza Tomografía computada de abdomen y elastografía hepática detectándose hallazgos compatibles con cirrosis hepática. Además el USG Doppler hepático reporta disminución de la velocidad media de flujo secundario a hipertensión portal. La endoscopia alta reportó 5 plexos de varices esofágicas, Baveno VI. Los anticuerpos anti músculo liso resultaron positivos en título 1:20. La biopsia hepática mostró infiltrado linfocitario en el parénquima compatible hepatitis autoinmune. Los síntomas y las alteraciones de laboratorio remitieron totalmente con la administración de corticoides sistémicos.

Discusión y conclusiones: La Hepatitis Autoinmune es un desorden clínico bien reconocido y muchos pacientes tienen presentaciones asintomáticas e inicios insidiosos, lo cual añade complejidad en la ruta diagnóstica. Aun en el contexto de criterios diagnósticos validados, es un diagnóstico clínico y en la práctica, algunas variantes de la enfermedad surgen lo cual puede dificultar su identificación. Una presentación inicial de HP poco común es el sangrado transvaginal, sin embargo, esta nunca se ha reportado a consecuencia de Hepatitis autoinmune de reciente diagnóstico.

Meningioma en Foramen Magno. Presentación de Caso Clínico.

Roldan-Mora Patricia Margarita, Núñez-Velasco Santiago, Peña-Torres Christian Denisse, González-Pulido Christopher Arturo, López-González Francisco Javier, Aguirre-Portillo Leonardo Eduardo.

Servicio de Neurocirugía. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

Introducción: La presentación de meningioma en foramen magno es anómala, ubicándose solamente del 1.8 al 3 % en esta localización, encontrando la mayoría de meningiomas ubicados en la convexidad. El 70% de ellos se considera como un tumor benigno en esta zona. Son lesiones complicadas de abordar y de resecar debido a las estructuras vecinas, llegando a presentar un Simpson II en el 96% de los casos.

Descripción del caso: Paciente femenina de 37 años inicia un año previo con cefalea intensa de predominio occipital, pulsátil y opresiva EVA 8/10, debilidad progresiva de distal a proximal primero hemicuerpo izquierdo y posteriormente global hasta volverse incapacitante; además de parestesias y alteración en el control de esfínteres. Exploración neurológica; hipoacusia neurosensorial izquierda, estafilino parestesia izquierda, hiporreflexia nauseosa izquierda; atrofia de los músculos trapecios y esternocleidomastoideo bilateral con predominio izquierdo; hipotrofia lingual izquierda con desviación hacia la izquierda; tono aumentado de forma global Ashworth 1+, Cuadriparesia 3/5. Reflejos: hiperreflexia generalizada 3+. Babinski bilateral. Hipoestesia generalizada a partir de C3. Se realizó cirugía en Abril de 2015 con abordaje tipo Far lateral izquierdo logrando una exéresis 100%. Simpson II. Sin complicaciones postquirúrgicas. Reporte histopatología compatible con meningioma. Paciente presenta mejoría clínica, siendo independiente y realizando sus actividades cotidianas a 1 año del procedimiento quirúrgico.

Discusión y conclusiones: Los meningiomas en foramen magno son lesiones raras y de difícil acceso. El buen planeamiento quirúrgico y la ubicación de estructuras anatómicas importantes ayudan a la mejor planeación y desenlace posible; logrando así el éxito del procedimiento quirúrgico.



Neovagina asistida por laparoscopia con técnica de Davydov. Reporte de un caso.

Rojo-Zamudio María Leticia, Blanco-González Azucena, Bernal-Martínez Sergio.
Servicio de Endoscopia Ginecológica. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

Introducción: La agenesia de vagina es una malformación poco frecuente (1 de cada 5 000 recién nacidas). En la mayoría de los casos son diagnosticadas durante el transcurso de un estudio por amenorrea, siendo la alteración sexual una de las principales quejas entre las pacientes.

Descripción del caso: Femenino 21 años de edad. Acude por amenorrea primaria y antecedente de malformación uterina (agenesia vaginal) y deseo de inicio de vida sexual. Antecedentes de importancia: laparoscopia en 2012 encontrando útero de 5cm con lesiones endometriósicas en cara posterior del útero. Exploración física, abdomen blando depresible no datos de irritación peritoneal, no visceromegalias. Genitales: labios mayores y menores presentes, periné íntegro. Introito vaginal con apertura de 2 cm de longitud y 1 cm de profundidad, cérvix no visible. Resonancia magnética 2012 que reporta pérdida de la cavidad vaginal proximal, útero y anexos normales, parte distal de vagina sin alteración. Se realiza neovagina asistida por laparoscopia con técnica de Davydov modificada e histerectomía total laparoscópica encontrando útero de 4 cm, anexos normales. Posteriormente con adecuada evolución, encontrando al mes postquirúrgico una longitud vaginal de 8 cm.

Discusión: Las malformaciones genitales, principalmente la agenesia vaginal, son significativas en el impacto psicosocial por la amenaza que representan para el futuro sexual de la mujer, así como por las repercusiones reproductivas. La posibilidad de prevención es nula, por lo que el enfoque es ofrecer a la paciente una forma más sencilla de corrección. En este caso se realizó un abordaje laparoscópico con la técnica de Davydov, la cual resultó exitosa.

Conclusiones: Existen diferentes técnicas para la corrección quirúrgica de la agenesia vaginal, de las que muestran mejores tasas de éxito y menor número de complicaciones es la técnica de Davydov por abordaje laparoscópico, asociado a menor dolor postquirúrgico, longitud vaginal amplia y mayor satisfacción sexual.

Neuropatía Compresiva Cubital Secundaria a Calcificación heterotópica del Ligamento Colateral Medial.

Peña-Torres Christian Denisse, Núñez-Velasco Santiago, Roldán-Mora Patricia
Margarita, Aguirre-Portillo Leonardo E., González-González María Elena.
Clínica de Nervio Periférico. Servicio de Neurocirugía. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

Introducción: El ligamento colateral medial tiene como función proveer estabilidad al codo; El nervio cubital que proviene de las raíces C8 y T1 del plexo braquial discurre superficialmente a nivel del codo por lo que es susceptible a lesiones, siendo la neuropatía cubital la segunda más común entre todas las neuropatías compresivas. El síntoma más común son las disestesias del cuarto y quinto dedo. Se reporta el caso raro de un paciente que presenta neuropatía compresiva cubital a causa de calcificación del ligamento colateral medial

Presentación del caso: Hombre de 48 años que refiere haber sufrido fractura cubital izquierda durante la infancia, el cual inicia su padecimiento 8 meses previo a su ingreso al sufrir una caída de su propia altura golpeándose el codo izquierdo sin recibir tratamiento en ese momento; progresivamente presenta parestesias de la cara externa de la mano izquierda así como flexión involuntaria de la 4ta y 5ta falange de predominio distal. Clínica y electrofisiológicamente se diagnóstica axonotmesis del nervio cubital izquierdo a nivel del codo. Se realiza neurectomía quirúrgica mediante la resección de las calcificaciones del ligamento colateral.

Discusión y conclusiones: La calcificación heterotópica del ligamento colateral medial está asociada a microtraumas y puede ser observada tanto en radiografías simples como en resonancia magnética. Dicho ligamento al calcificarse puede comprimir el nervio cubital que se encuentra en su trayecto, generando lesión y siendo necesaria la descompresión quirúrgica.

Neuropatía oftalmopléjica dolorosa recurrente. Reporte de caso.

Menchaca-Gutiérrez Christian, Andalón-Urbe Jesús, Marian-Magaña Ricardo, Hernández-Contreras Alejandra, Rosas-Razo Brianda, Ruiz-Sandoval José Luis, Roque-Villancico Yuridia.

Servicio de Neurología Clínica. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

Introducción: La neuropatía oftalmopléjica dolorosa recurrente (NODR), se caracteriza por episodios reiterados de oftalmopléjia de nervios craneales, con cefalea de carácter migrañoso homolateral. Con una incidencia rara de 0.7 por millón. Se reporta de paciente con NODR, considerándolo como diagnóstico de exclusión en el abordaje de monoparesia oculomotora.

Reporte de caso: Masculino de 43 años, acude por: dolor ocular, caída de párpado, y cefalea. Inicia con cefalea tipo migraña, incapacidad de apertura ocular homolateral y visión doble. Con antecedente de mismo episodio 1 mes previo, tratado con corticosteroides. Exploración neurológica con ptosis palpebral, imposibilidad para la aducción, infra versión, supra versión e infraducción ocular, pupila midriática arreactiva de ojo izquierdo. Realizamos resonancia magnética de cráneo (IRM) con gadolinio interpretada normal, punción lumbar normal, gram y cultivo de líquido cefalorraquídeo negativos, angiotomografía normal, perfil tiroideo normal, reactantes de fase aguda negativos, prueba de Mestinón negativa. Iniciando tratamiento nuevamente con corticoterapia mismo esquema. Recuperando funciones oculomotoras al día 10, sin recaídas nuevas.

Discusión: De acuerdo a la Clasificación de la Sociedad Internacional de Cefaleas (ICHD, 3), la NODR es definida en base a criterios diagnósticos incluyendo: A. Al menos dos episodios que cumplen criterios B. B. Cefalea unilateral más oftalmopléjia homolateral de uno o más nervios oculomotores. C. Exclusión de lesiones intracraneales con estudios pertinentes. D. Sin explicación por otro diagnóstico. La NODR sigue siendo un diagnóstico de exclusión ante un paciente con monoparesia oculomotora descartando patologías de gravedad, en la actualidad se podría considerar como un diagnóstico clínico en ausencia de estudios de imagen anormales.

Conclusiones: En nuestro paciente existe sustento diagnóstico por la gama de estudios que descartan patologías que explicarían la oftalmopléjia, cumpliendo criterios clínicos según la ICHD-III mas la respuesta a tratamiento aceptada para esta patología, con mejoría evidente.

Neurorretinitis Bilateral por Bartonella Henselae en paciente de 5 años.

Hernández-Castro Juan Antonio, Hinojosa-Arias Diana Elizabeth, González-Pérez Graciela, Chávez-Martín Jorge Armando.

Unidad Oftalmológica de Alta Especialidad "Pablo Jiménez Camarena". Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

Introducción: La neurorretinitis es una inflamación de la retina neural y el nervio óptico. La neurorretinitis por Bartonella henselae, mostró un promedio de edad de inicio de 24.5 años. La agudeza visual inicial es de 20/200 o peor en 52.2% de los pacientes, mientras la final es de 20/40 o mejor en 93%. La mayoría de los casos son unilaterales. Como existe un alto grado de recuperación visual espontánea en la neurorretinitis por Bartonella, no se han hecho conclusiones definitivas respecto a la eficacia de antibióticos.

Descripción del caso: Masculino de 5 años de edad, con miodesopsias asociadas a cefalea no especificada de 22 días de evolución. La madre menciona como fauna doméstica un perro y un gato. Resto negado. Exploración oftalmológica: Ojo derecho: Agudeza visual 20/100, esquiascopia +5.50=-1.25X180°, defecto pupilar aferente relativo negativo. Vitreo transparente, presencia de edema de papila y exudados duros peripapilares, mácula con presencia de exudados duros con patrón en estrella macular. Ojo izquierdo: Agudeza visual 20/70, esquiascopia +6.75=-1.50X0°, defecto pupilar aferente relativo negativo. Vitreo transparente, papila sin alteraciones, mácula con presencia de algunos exudados duros. Resonancia Magnética de Cráneo normal. OCT de mácula y nervio óptico evidencia adelgazamiento de la fovea. Laboratoriales: bandas oligoclonales, PPD, ELISA para HIV y Borrelia burgdorferi y anticuerpos contra Bartonella; resultando positivo sólo esta última. Diagnóstico: Neurorretinitis bilateral por Bartonella. Tratamiento: Se manejó con metilprednisolona en bolos antes de tener los resultados de serología, con buena respuesta y mejoría significativa del cuadro.

Discusión y conclusiones: La etiología y la presentación de la neurorretinitis en niños es diferente a los adultos, el diagnóstico se basa en la clínica y se confirma con la serología y estudios de imagen. Las neurorretinitis suelen ser bilaterales en los niños. El uso de los esteroides desde el momento de la detección es ideal para obtener una buena respuesta.



Osteogénesis Imperfecta tipo 3. Presentación de un caso familiar.

Coronado-Villarreal Yesenia¹, Ornelas-Arana Martha Leticia², Pérez-García Guillermo¹,
² Pérez-Ornelas Carolina¹, Zepeda-Olmos Paola Montserrat¹, López-Pérez Leopoldo
 Gildardo³, Soto-Mancilla Juan Luis^{1,3}, Mariscal-Flores Rosalinda¹.

1. Servicio de Genética. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

2. Laboratorio de Bioquímica, Cuerpo Académico UDG-CA-80. CUCS. UdeG.

3. Servicio de Neurología Pediátrica. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

Introducción: La osteogénesis imperfecta (OI) es una enfermedad del tejido conectivo, causada por una mutación heterocigota en uno de los genes de colágeno tipo I, COL1A1 o COL1A2 en el 90% de los casos. Herencia autosómica dominante, en la mayoría. Incidencia de 1 en 20,000 nacimientos, se desconoce incidencia de OI 3. El diagnóstico se basa en hallazgos clínicos y radiológicos. Caracterizada por disminución de la masa ósea y fracturas múltiples, escleras azules, huesos wormianos, sordera y dentinogénesis imperfecta. La clasificación de Sillence incluye 4 tipos: OI 1 leve sin deformidad progresiva, OI 2 letal, OI 3 severa con deformidad progresiva, OI 4 moderada. Sin embargo, el descubrimiento de nuevos genes involucrados permite extender la clasificación, basada en presentación clínica y gen afectado.

Descripción del caso: Femenino 2 años, Producto 2a gesta. PN percentila 10, TN <percentila 3, Apgar 9. Al nacimiento presentó 3 fracturas, durante el 1º mes tuvo 3 fracturas más. En tratamiento con bifosfonatos. EF: talla y peso <percentila 3 (PZ -5.0 y -3.6 respectivamente), macrocefalia, fontanela anterior amplia, frente abombada; telecanto, escleras azules; dientes opalescentes; pierna izquierda corta, rotación externa de tibia y peroné izquierdos, genu valgo. Rx: huesos wormianos; cuerpos vertebrales abombados; costillas delgadas, diáfisis de clavícula ensanchada; húmeros cortos y metáfisis anchas, corticales delgadas; fémures y tibias cortos y curvos, metáfisis anchas y corticales delgadas; braquimiofalangia en manos. Madre 26 años (gemela 1). Antecedente 15 fracturas patológicas, protrusión acetabular derecha; hipoacusia. EF: T <percentila 3, IMC 31.7 kg/m²; normocéfalo, frente amplia; telecanto, escleras azules; dentinogénesis imperfecta; xifoescoliosis; pierna derecha corta y curva; genu valgo.

Discusión y conclusiones: Ambos casos presentan OI 3 por los hallazgos clínicos y radiológicos. Siendo los tipos 1 y 4 los más frecuentes, es importante para los clínicos describir casos como este, ampliando los hallazgos clínicos y radiológicos, facilitando así la identificación clínica de OI 3, con un patrón de herencia autosómico dominante.

Preservación de Extremidad con aloinjerto óseo en paciente pediátrico con osteosarcoma.

Cuevas De-Alba Carlos, Arana-Hernández Erika Iliana, Delgadillo-Alcaraz Virginia.
 Servicio de Cirugía Ortopédica Pediátrica. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

Servicio de Neurología Clínica. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

Introducción: El osteosarcoma es un tumor maligno primario caracterizado por la formación de tejido óseo anómalo. Ocupa del 5-6% de todas las neoplasias malignas en pediatría. Es más frecuente en masculinos en la segunda década. La incidencia en México es de 300 casos por año. El diagnóstico temprano es el principal factor para la cirugía de preservación como la primera opción de tratamiento, ya que permite la integración social y el bienestar psicológico, sin embargo la amputación sigue siendo una opción frecuente.

Reporte de caso: Masculino de 14 años con traumatismo trivial en rodilla izquierda en 2013, 4 meses después, continúa con dolor. De la investigación clínico-imagenológica se identifica tumor en región interna del muslo a nivel de fémur distal doloroso, hipotérmico de 10 cm. En la RMN se observa tumor óseo 12.2x4.8x5.6 cm con reacción perióstica y extensión a partes blandas en zona posteromedial. TAC negativa a metástasis. La biopsia confirma el diagnóstico de sarcoma osteogénico. Es sometido a 4 ciclos IFO/DOXO 4 ciclos CDDP/VP 2 ciclos protocolo nacional. Se realiza cirugía de preservación con resección tumoral en bloque y colocación de aloinjerto óseo con clavo intramedular retrogrado bloqueado sin artrodesis de rodilla. A dos años el paciente se encuentra en remisión completa, con funcionalidad de la extremidad sin complicaciones.

Discusión: La mayoría de los tumores malignos primarios óseos son tratados quirúrgicamente, ya sea por amputaciones o cirugía de salvamento. Los principales procedimientos son: amputación, artrodesis, aloinjertos y endoprótesis. A pesar de los procedimientos de salvamento después de la quimioterapia neoadyuvante, todavía hay una proporción de pacientes que no son candidatos para esta técnica.

Conclusiones: Los aloinjertos son una opción para la reconstrucción de defectos óseos después de la extirpación del tumor con una tasa de éxito razonable. Este caso muestra una opción viable y adecuada, con osteointegración radiológica Escala ISOLS buena >75% y con índices aceptables en la función de la extremidad, sin embargo, los padres deberán ser advertidos de la tasa de complicaciones que representa el preservar la extremidad. Las complicaciones frecuentes son: infección (5-15%), fracturas (15-20%) y pseudoartrosis (15-20%).

Plan de Cuidados de Enfermería en paciente con Pénfigo modelo Virginia Henderson.

Zamora-Figueroa Cecilia Alejandra, Vázquez-Pérez Beatriz Adriana, Martínez-Huerta Araceli, Cabral de la-Torre Ma. Del Refugio.
 Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara.

Introducción: El pénfigo es una enfermedad ampollosa autoinmune órgano-específica, poco frecuente, que afecta a la piel, mucosas y anejos caracterizada histopatológicamente por acantolisis, inducida por presencia de autoanticuerpos contra diversas proteínas desmosómicas.

Presentación del caso: Paciente femenino de 73 años con diagnóstico psiquiátrico de trastorno esquizoafectivo, síndrome demencial, atrofia muscular por desuso y desnutrición proteico calórica; a la exploración física presenta una reacción dérmica tipo placa distribuida irregularmente en la superficie del tronco y extremidades superiores e inferiores, con aparición de pápulas mieliséricas con vestigios de que existieron y otros de que empiezan a aparecer de aproximadamente 2, 7 y 10 cm, de líquido que al vaciarle queda lesión con sangrado sin exudados, a su vez presenta a nivel del cuello placas de reacción dérmica con relieve de bordes irregulares rojizas; signos vitales presión arterial 123/59 mmHg, frecuencia cardíaca 64 por minuto, frecuencia respiratoria 24 por minuto y Temperatura 35°C. Se utiliza taxonomía NANDA, NIC y NOC para realizar plan de cuidados, bajo el modelo de Virginia Henderson, en el que se describe que el personal de enfermería debe cubrir las necesidades básicas de la persona en algún momento de su vida, cuando esta no puede realizarlas por sí misma; se formuló el diagnóstico de Protección ineficaz relacionado con nutrición inadecuada manifestado por deficiencia inmunitaria e inmovilidad, se realizó la intervención de cuidado de heridas con monitorización de características de herida incluyendo drenaje, color, tamaño y olor, limpiar con solución antiséptica, administración de cuidados de anejos, comparar y registrar cualquier cambio producido en herida, fomentar ingesta de líquidos y aporte de alimentación proteico calórico con base en los requerimientos nutricionales del paciente.

Discusión y conclusiones: Se describe plan de cuidados con base a taxonomía NANDA, NIC, NOC en un paciente con pénfigo. Se recomienda fortalecer el manejo estricto y supervisado de la nutrición, así como cubrir las necesidades básicas de alimentación, movilidad física, mantenimiento de la temperatura corporal y necesidad de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos.

Prolapso de quiste de Naboth alargado. Reporte de un caso.

Lozano López José-Roberto, Madrigal-Tejeda Fernando-Javier, Hernández-Madera Elvia.
 Servicio de Endoscopia Ginecológica. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

Introducción: El prolapso de órganos pélvicos es el descenso de uno o más de: pared vaginal, ápex de vagina o cúpula vaginal. Se observa comúnmente en mujeres posmenopáusicas o multiparas.

Descripción del caso: Paciente femenina de 52 años. Motivo de consulta: protrusión de cuerpo extraño a través de vagina. Enviada por error a nuestro servicio (endoscopia ginecológica) para realización de histerectomía vaginal. Inició padecimiento 3 meses previos. Antecedentes relevantes: tiroidectomía hace 11 años, en tratamiento con levotiroxina vía oral. Ritmo regular. G6P5A1. Exploración física relevante: Protrusión de tumoración pediculada de 5 x 4 cm del labio anterior cervical rosa, blanda, no dolorosa. Útero y anexos normales. Ultrasonido vaginal: Útero AVF 7cm regular y homogéneo, anexos normales. Tumoración cervical de etiología a determinar (sin medidas). Se programa histeroscopia diagnóstica de consultorio para determinar etiología de tumoración. Se realiza sin complicaciones y se verifica que depende completamente de labio anterior del cérvix. Posteriormente se realiza exéresis con asa diatérmica y energía monopolar de tumoración cervical (4.5x3.5x1.5 cm). Resultado de patología: Quiste de Naboth.

Discusión: En la literatura se han reportado quistes de Naboth gigantes intraabdominales, sin embargo, encontramos solamente 1 caso de quiste de Naboth alargado que se prolapsara a través de vagina. Es necesario hacer el diagnóstico diferencial de los quistes de Naboth alargados con un pólipo endometrial, condilomatosis, miomatosis uterina, patología cervical maligna, linfoma, retención de restos de la concepción, o sarcoma para poder ofrecer un tratamiento adecuado a estas pacientes, ya que en este caso se refirió con un diagnóstico equivocado a nuestro servicio. Se necesita de una biopsia para llegar al diagnóstico definitivo.

Conclusiones: A pesar de que los quistes de Naboth son un hallazgo común y benigno, pueden presentarse como tumoraciones gigantes y alargadas. Si la tumoración es muy grande es necesario realizar su escisión quirúrgica para excluir malignidad.

**Pénfigo ocular. Reporte de caso.**

Peña-Pérez Magda Lorena, Saucedo-Rodríguez Laura Ray, Jauregui-Franco Ricardo, Zepeda-Rea Manuel.
Unidad Oftalmológica de Alta Especialidad "Pablo Jiménez Camarena". Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde..

Introducción: El pénfigo es una enfermedad autoinmune que produce ampollas cutáneas y mucosas mediante acantólisis. El diagnóstico se realiza mediante biopsia utilizando inmunofluorescencia para demostrar depósitos de IgG y C3 contra desmogleína 3 en el espacio intercelular. Los síntomas oculares son frecuentes, sin embargo, el pénfigo ocular con formación de bulas, erosiones conjuntivales, simblefaron o alteraciones corneales, tienen una frecuencia menor al 5% y las perforaciones corneales menor al 1%.

Descripción del caso: Femenina de 27 años que acude por presentar en ojo derecho (OD) dolor, visión borrosa, hiperemia, sensación de cuerpo extraño y lagrimeo de 3 meses de evolución. Con antecedente de pénfigo vulgar con lesiones en cuello, dorso y extremidades (Figura 1). Tratada con azatioprina y prednisona sistémicas. A la exploración física presenta OD: Agudeza visual (AV) percibe movimiento de manos, hipopigmentación palpebral, hipotonía ocular, córnea opaca con neovascularización 360°, descematocele, seidel positivo, resto no valorable (Figura 2). Ojo izquierdo: AV 20/20 sin alteraciones. Se diagnostica úlcera corneal OD. Se mantiene terapia inmunosupresora y se instaura tratamiento tópico con antibióticos, lubricante y vitamina C. Se coloca membrana amniótica y se realiza colgajo conjuntival en OD sin resultados satisfactorios, posteriormente se coloca parche escleral con colgajo conjuntival en OD agregándose prednisona tópica y suero autólogo, manteniéndose estable.

Discusión y conclusiones: El pénfigo ocular debe formar parte del diagnóstico diferencial en patologías cicatrizaes oculares por lo que se recomienda la toma de biopsia. Su tratamiento consiste en esteroides sistémicos solos o en combinación con fármacos inmunomoduladores. Se debe instaurar una terapia agresiva y oportuna para evitar la formación de adherencias y alteración funcional. Este caso evidencia la necesidad del manejo multidisciplinario y el difícil control de esta patología, ya que si no se logra la remisión de la autoinmunidad, es poco probable que haya éxito del tratamiento quirúrgico a largo plazo.

Embarazo Heterotópico. Reporte de Caso.

Álvarez del Castillo-González Jimena, Valencia-Moreno David, Velázquez-Pérez Adriana, Núñez-Galán Efrén, Núñez-Duran Luis, Duran-Alba R.
Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I Menchaca.

Introducción: La combinación de un embarazo intrauterino con uno extrauterino se conoce como heterotópico. Se presenta de 2 maneras: inducida (relacionado con técnicas de fertilización in vitro) o espontánea (asociada a una súper fecundación, alteraciones anatómicas y de posición de las tubas). Los factores de riesgo son: enfermedad pélvica inflamatoria, uso de dispositivo intrauterino o de hormonales, cirugía pélvica o embarazo ectópico. En la bibliografía médica de México desde 1990 están publicados menos de 10 casos.

Presentación del caso: Femenino 22 años, acude con dolor en fosa iliaca derecha, FUM 9 semanas de retraso. APP exfumadora, hernioplastia hace 2 años. AGO menarca 11 años, ciclos 3x25 regulares, IVSA a los 20 años, G1. EO: tacto vaginal cervix posterior cerrado, sin salida de líquido. USG reporta embarazo heterotópico: intrauterino incipiente en evolución viable de 6 SDG. Fondo de saco posterior con discreta cantidad de líquido libre. FCF 160LPM, placenta periférica grado de madurez 0, líquido amniótico cantidad adecuada, en ovario derecho imagen quística con presencia de embrión viable corroborado con doppler. Se realiza laparotomía exploradora encontrando embarazo ectópico en salpinge derecha, ovario respetado, realizando salpingectomía derecha.

Discusión y conclusiones: El 50% de los embarazos heterotópicos son asintomáticos pero suelen presentar dolor abdominal y una masa pélvica con o sin sangrado vaginal. Clínicamente sospechar cuando hay antecedentes de técnicas de reproducción asistida; persistencia de síntomas y signos de embarazo o niveles altos de gonadotropina coriónica después de un legrado. Diagnóstico diferencial un aborto incompleto, torsión anexial, hemorragia del cuerpo lúteo y neoplasias.

Sangrado Tubo Digestivo Alto por esofagitis herpética en adulto joven.

Máximo-Vázquez Dora Patricia
Medicina Familiar, Instituto Mexicano del Seguro Social.

Introducción: El Sangrado de tubo digestivo alto es la hemorragia con origen en cualquier segmento que involucre desde el ligamento de Treitz; el desgarro de Mallory-Weiss constituye 4% de las causas. Las esofagitis infecciosas se relacionan en general con estados de inmunosupresión y otros factores predisponentes. Etiología frecuente por Cándida albicans, virus del herpes simple tipo I y citomegalovirus.

Reporte de caso: Masculino, 24 años de edad, estudiante de medicina. Antecedentes: agregación genética para diabetes mellitus por familia materna, tabaquismo positivo a razón de 10 cigarrillos/día, alcoholismo social, varicela en la infancia, fractura humero derecho hace 10 años tratamiento conservador. Inició 4 días previos a su ingreso con dolor abdominal localizado en epigastrio, sin irradiación, de tipo urente, de intensidad leve a moderada (EVA 7/10), el cual se aliviaba con el ayuno, empeoraba con la ingesta de alimentos y se acompañaba de pirosis. El día de su ingreso presentó 4 vómitos de características "en pozos de café", aumento de epigastralgia hasta ser de severa intensidad (EVA 9/10). TA: 140/80mmHg, FC: 79x', FR: 14x', Temperatura: 36°C. Exploración física: normal aparentemente. Endoscopia reporta esófago en tercio distal con desgarro unión esófago-gástrica superficial cubierto con fibrina de sangrado, ulceraciones en la periferia del desgarro, conclusión: desgarro de Mallory-weiss, úlceras esofágicas de histológico por determinar y gastritis leve a moderada. Biopsia: negativo a esófago de Barret, zonas ulceradas con estructuras celulares compatibles con infestación viral del tipo herpes virus. Negativo para malignidad.

Discusión y conclusiones: El paciente fue tratado con Aciclovir iv 5mg cada 8 horas y soluciones intravenosas. Sugiero realizar estudio de salud familiar para evaluar las redes de apoyo y la necesidad de terapia cognitivo conductual para disminuir el estrés ante sucesos posteriores del paciente.

Síndrome de Klippel-Trenaunay, diagnóstico y tratamiento. Reporte de un caso.

Martínez-Mazariego Crithian Alejandro, García-Ortega Sarah Sinhai.
Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I Menchaca.

Introducción: El síndrome de Klippel-Trenaunay es un trastorno genético raro, incidencia y prevalencia desconocida, según la Sociedad Internacional para el Estudio de Anomalías Vasculares es caracterizada por la triada clásica de malformación capilar, malformación venosa y sobrecrecimiento de las extremidades con o sin malformación linfática, se describirá el caso clínico de un paciente con síndrome de Klippel-Trenaunay, en relación con las características clínicas, estudios de imagen y tratamiento.

Descripción del caso: Paciente masculino de 22 años de edad, ingresado por presentar úlceras varicosas sangrantes desde fémur proximal hasta región maleolar en miembro pélvico izquierdo con presencia de red venosa superficial tortuosa con aumento del diámetro e hiperpigmentación de dicha zona, tumoración y edema en región escrotal, debido al sangrado se requirió transfusión de 16 concentrados eritrocitarios. Se sospechó de úlceras flebotómicas secundarias a trombosis venosa profunda. Se inicia tratamiento antitrombótico, manejo del dolor y medias compresivas, se toma USG abdominal con rastreo inguinal el cual reporta vasos sanguíneos dilatados, tortuosos, dependientes de arteria y venas ilíacas, USG testicular reporta quiste de epidídimo y varicocele, para continuar abordaje se realiza AngioTACabdominopélvica con rastreo en pierna izquierda que indica probable malformación arteriovenosa, para diagnóstico certero se solicita angiografía por resonancia magnética en la cual se describen malformaciones arteriovenosas.

Discusión: Debido a lo poco frecuente de este síndrome toma importancia conocer los casos que se presenten para mejorar el abordaje y tratamiento de dicha patología, el caso fue abordado de forma adecuada, iniciando desde estudios de gabinete como el USG hasta la AngioTAC, el tratamiento fue oportuno a base de antibioticoterapia, antitrombóticos y manejo del dolor.

Conclusiones: Las características clínicas y los resultados de los estudios de imagen confirmaron la sospecha diagnóstica, el estándar de oro para el diagnóstico de esta patología es la angiografía por resonancia magnética la cual fue realizada en este paciente, el tratamiento final fue conservador debido al que el paciente no presentó alguna complicación.



Struma Ovarii, variedad de teratoma monodérmico. Reporte de un caso.

Lozano-López José Roberto, Blanco-González Azucena, Hernández-Madera Elvia.
Endoscopia Ginecológica. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

Introducción: El strumaovaríes un teratoma monodérmico en el que la diferenciación hacia tejido tiroideo es la predominante y constituye más de la mitad del tumor. Constituye el 0.3-2.5% de los teratomas ováricos y alrededor del 0.3% de todas las neoplasias de origen ovárico. No hay un consenso acerca de su protocolo.

Descripción del caso: Paciente femenino de 25 años de edad. Motivo de consulta: Dolor tipo cólico. Inicia su padecimiento hace 9 meses con dismenorrea, motivo por el cual se realiza ultrasonido encontrando hallazgo de quiste de ovario y es referida a nuestra consulta. Antecedentes relevantes negados. Menarca 9 años. IVSA 18. PS 1. Ritmo regular. MPF negado. Exploración física relevante: Útero AVF 8cm, anexos no palpables. Ultrasonido: Quiste de ovario simple izquierdo de 8cm. Se realiza laparoscopia encontrando útero hipertrófico de 10cm, proceso adherencial severo y una tumoración anexial derecha de 8 x 9 cm con torsión de salpinge ipsilateral. Se realiza aspiración de contenido del quiste obteniendo 1000 cc y se reseca cápsula del mismo sin complicaciones. Se manda pieza quirúrgica a patología. La paciente cursó con adecuada evolución postquirúrgica. Resultado histopatológico: strumaovarí y un cistoadenoma seroso. Se solicita perfil tiroideo y una resonancia magnética como seguimiento encontrándose todo dentro de parámetros normales.

Discusión: Se han descrito al menos 275 casos en la bibliografía mundial de strumaovarí. Fue descrito inicialmente por Kahden en 18951 y reconocido como tejido similar al tiroideo por Pick en 1903. La edad de presentación es similar a la de los teratomas quísticos maduros, situándose el pico de incidencia en la quinta y sexta décadas de la vida. Su comportamiento suele ser benigno, aunque se describe malignidad en un 5-10% de los casos. Suele ser unilateral, aunque en un 6-15% es bilateral. El síntoma más frecuente es el dolor pélvico seguido de la masa pélvica. Se produce ascitis en el 10-17% y síntomas de hipertiroidismo en un 8% de los casos. Se describen metástasis en el 5-6% de los strumaovarí malignos.

Conclusiones: Los resultados del presente trabajo concuerdan con los publicados por otros autores, en que el diagnóstico de strumaovarí antes del resultado histológico final es difícil, afortunadamente su frecuencia es baja y aún más los casos de malignidad y en que no existe alguna evidencia clínica, de laboratorio o gabinete que ayude a sospechar el tumor.

Síndrome Cerebeloso secundario a Astrocitoma de Alto Grado.

López-Fuerte Rubi Yuritzy, Silva-Franco Ernesto Isahi.
Hospital General de Occidente.

Introducción: Los astrocitomas representan un grupo heterogéneo de tumores cerebrales benignos y malignos derivados de los astrocitos que pueden presentarse a cualquier edad. Son los tumores cerebrales más frecuentes y representan más de la mitad de todos los tumores cerebrales primarios. Se clasifican en cuatro grados de acuerdo a su malignidad y su velocidad de crecimiento.

Reporte de caso: Paciente masculino de 65 años, inicia padecimiento 4 días antes del ingreso con vértigo y pérdida del equilibrio de aparición súbita, por lo que sufre caída, posterior al evento refiere marcha atáxica y mareo. Refiere astenia y adinamia. En la exploración física se confirma la marcha atáxica, Romberg +, disartria, disdiadococinesia, debilidad en extremidades y agnosia táctil. Se realiza una RM en la que se observa una imagen hiperintensa irregular que abarca el hemisferio cerebeloso izquierdo y parte del derecho. Es intervenido quirúrgicamente y se encuentra tumor axial cerebelar izquierdo de características grisáceas, tejido licuado fácilmente aspirable, friable y sangrante, se logra citorreducción. El estudio histopatológico reveló que se trataba de un astrocitoma anaplásico (grado III).

Discusión: Signos como la ataxia, vértigo, disdiadococinesia e hipotonía orientan hacia una afectación a nivel de cerebelo. La semiología adecuada de los síntomas, aunada a una exploración física detallada y a la resonancia magnética (RM) son los mejores elementos diagnósticos para identificar la localización exacta y tipo de tumores de SNC. En este tipo de lesiones se prefiere el tratamiento quirúrgico, se logra así un diagnóstico definitivo resolviendo las dificultades del diagnóstico diferencial con otras lesiones expansivas.

Conclusiones: Del 15 al 20% de los astrocitomas malignos en adultos corresponden al astrocitoma anaplásico, es más frecuente en hombres y tiene una incidencia máxima a los 40 años. Suelen tener ubicación supratentorial, sin embargo, en este caso clínico, la presentación fue cerebelosa.

Síndrome Branqui-Oto-Renal y penetrancia incompleta. A propósito de un caso.

Gálvez-Montaña Esmeralda Leticia¹, Terán-Álvarez María Andrea¹, Ornelas-Arana Martha Leticia¹, Pérez-García Guillermo^{1,2}, Flores-Sobarzo Miriam¹, López-Pérez Leopoldo Gildardo^{1,2}, Pérez-Ornelas Carolina¹.

1. Laboratorio de Bioquímica, Cuerpo Académico UDG-CA-80, Departamento de Biología Molecular y Genómica, CUCS, Universidad de Guadalajara.
2. Servicio de Genética del Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

Introducción: El síndrome branquio-oto-renal es una enfermedad autosómica dominante, caracterizada por hendiduras branquiales (fistulas o quistes), alteraciones otológicas y anomalías renales de varios tipos. Es causada por mutación en los genes EYA1, SIX1 y SIX5. La prevalencia es de 1/40.000 y 2% de los niños con sordera lo presentan. Tiene una expresividad variable intra e interfamiliar y se refiere que la penetrancia es incompleta.

Presentación del caso: Masculino de 2 años de edad; producto de padres no consanguíneos sanos por parte de la madre hay tres familiares con manifestaciones de BOR (fistulas branquiales, apéndices preauriculares y obstrucción ureteral), embarazo de pretérmino; ojos prominentes con fisuras palpebrales amplias, escleróticas azules y dacriocistitis; orejas prominentes, de implantación baja, con fosetapreauricular bilateral y un apéndice preauricular derecho; micrognatia; quiste branquial en cuello bilateral; piel laxa; hipoacusia neurosensorial profunda bilateral y un eco renal normal. El resto de la familia está siendo estudiada para corroborar que no tenga manifestaciones internas.

Discusión: En el síndrome BOR, 50% de las mutaciones ocurren en el gen EYA1, un estudio de dicho gen sugiere que la presencia de tres criterios mayores (anomalías branquiales, sordera, fosetapreauriculares y anomalías renales) llevan al diagnóstico. El paciente cumple tres de ellos, es importante mencionar que el paciente además presenta características de una alteración del tejido conectivo pendiente de determinar. Además siendo el síndrome BOR un desorden autosómico dominante es interesante mencionar que en este caso, ningún familiar directo presenta algún rasgo del síndrome siendo este un ejemplo de penetrancia incompleta así como de la expresividad variable que se puede encontrar.

Conclusiones: Es importante señalar que en las enfermedades hereditarias el análisis del árbol genealógico es importante para el consejo genético a las familias, detectar otros afectados y proporcionar un manejo adecuado de las complicaciones el estudio molecular permitiría detectar cual gen es el afectado en esta familia.

Síndrome de Leriche. Reporte de un caso en el Hospital General de Los Mochis.

Arellano-Beltrán Macario José¹, Lara-Reyes Freeda Yasbeth¹, Ayala-López Fransisco², Álvarez-Ahumada Carlos Alberto¹, Loza-Rivera Sergio¹.

1. Servicio de Cirugía General del Hospital General de los Mochis.
2. Servicio de Radiología del Hospital General de los Mochis.

Introducción: El síndrome de Leriche consiste en la oclusión de la aorta terminal por debajo de las arterias renales, comprometiendo la bifurcación aórtica y las arterias ilíacas. La morbilidad es elevada. Es más común en hombres que en mujeres y el pico máximo es a los 35-55 años. Dentro de las principales causas se encuentran las de origen cardíaco, la enfermedad ateromatosa, síndromes de hipercoagulabilidad. La presentación clínica es con una triada clásica que consiste en claudicación, impotencia y ausencia de pulsos periféricos.

Descripción del caso: Paciente masculino de 39 años de edad que inicia su padecimiento tras bajar escaleras comienza con parestias de extremidades inferiores, así como hipoestias y paresia con una fuerza muscular 0/5 en ambas extremidades. Es diagnosticado con una patología neurológica crónica y se ingresa a cargo de neurología clínica, 24 hrs después el paciente presenta palidez, hipotermia y pérdida de pulsos distales en extremidades inferiores por lo que se realiza embolectomía de urgencia con catéter de Fogarty de ambas arterias ilíacas obteniendo una abundante cantidad de coágulos bilateralmente, se realizó exploración de miembro inferior izquierdo encontrando datos de isquemia severa por lo que se decide desarticular la extremidad y realizar lavados quirúrgicos cada tres días y terapia VAC durante tres semanas granulando adecuadamente la herida y logrando su cierre. Se realiza angiografía donde se observa a nivel de la aorta abdominal una obliteración total de la luz de la arteria ilíaca izquierda y una disminución de la luz del 90% de la ilíaca derecha por lo que se decide la colocación de prótesis endovasculares.

Conclusiones: El síndrome de Leriche es una enfermedad rara de diagnóstico difícil que debe ser tratada de una manera oportuna para disminuir la elevada morbilidad que presenta esta patología siendo nuestro objetivo terapéutico el restablecimiento del flujo sanguíneo.

**Síndrome Emanuel. Reporte de caso.**Soto-Brambila Ada Paloma¹, Figueroa-Villanueva Luis Eduardo².

1. División de Genética. Centro de Investigación Biomédica de Occidente (CIBO), Instituto Mexicano del Seguro Social.
2. Doctorado Genética Humana, Universidad de Guadalajara.

Introducción: El síndrome Emanuel (#609029), transmitido como Desequilibrio Cromosómico Heredado es un trastorno genómico constitucional debido a la presencia de un cromosoma 22 derivado supernumerario. (22q11.2) Se caracteriza por discapacidad intelectual grave, un dismorfismo facial característico (micrognatia, ptosis palpebral, fisuras palpebrales inclinadas hacia arriba, ojos hundidos, columna corta y surco nasolabial largo), defectos cardíacos congénitos y anomalías renales.

Descripción del caso: Femenina de 3 años 4 meses con cariotipo 47,XX,+der(22)t(11:22)(q23;q11)[16], producto de la primera gesta de un embarazo a término (40 SDG) normo evolutivo, sin antecedentes perinatales patológicos, a su nacimiento peso 3150gr (Pc 50), talla 50cm (Pc 50), Apgar 7-8, SA 1, se detecta luxación congénita de cadera bilateral, conducto arterioso persistente, y fisura palatina. A los 6 meses de edad y durante 6 meses tuvo arnés de Pawlik, se ha intervenido en 2 ocasiones por fisura de paladar duro. Sostén cefálico a los 24 meses, no balbuceos, sólo emite sonidos guturales, sedestación 28 meses, no gateó, ni camina actualmente, sin control de esfínteres. Con múltiples episodios infecciosos de OMA e infección de VRS, presentó 1 episodio convulsivo, presenta hipoacusia sensitiva y retardo del desarrollo. Sin tratamiento farmacológico actualmente, en Rehabilitación y Terapia de estimulación temprana. Se presenta en cuadro las manifestaciones y características de la paciente, así como evidencias fotográficas del fenotipo propio del Síndrome. Se presenta los resultados Citogenéticos de Padre (46,XY[16]), Madre (46,XX,t(11:22)(q23;q11)[11]), Abuelo Materno (46,XY[16]) y Abuela Materna (46,XX,t(11:22)(q23;q11)[16]). Se muestran las metafases de los cariotipos balanceados de línea materna y la t no balanceada de la paciente.

Conclusiones: Se reporta el primer caso en población mexicana. 90% de los casos de síndrome de Emanuel, se determina que la madre es la portadora balanceada de la translocación (11;22). Una mujer portadora de t(11;22), tiene una probabilidad de 5-6% de tener un hijo afecto por cada embarazo y un 55% de tener un hijo con la translocación balanceada; y un 23-37% de tener un aborto espontáneo. Si se es varón portador de la t(11;22) se tiene 2-5% probabilidad de tener un hijo afectado por cada embarazo concebido y un 40% de tener un producto con la translocación balanceada. Y un 23-37% de que termine como un aborto espontáneo.

Síndrome Peutz-Jeghers, asociado a invaginación intestinal. Manejo quirúrgico y postoperatorio.

Vázquez-Acosta Heluet K, Carmaco-González Moises, Arce-Lozoya Mayra Alejandra, Vázquez-Acosta Lizbeth Natali, Trujillo-Ponce Sergio Adrián, Orozco-Pérez Jaime. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

Introducción: El síndrome de Peutz-Jeghers (SPJ) es una entidad hereditaria autosómica dominante, caracterizada por poliposis hamartomatosa de todo el tracto digestivo, pigmentación mucocutánea y aumento de riesgo de cáncer gastrointestinal y predisposición a otros tipos de malignidades. Prevalencia estimada de 1:80,000-1:200,000 nacidos vivos.

Reporte de caso: Masculino de nueve años, con SPJ se presenta con cuadro clínico sugestivo de invaginación intestinal. Se realiza laparotomía exploradora, encontrándose líquido hemático, vólvulo intestinal de yeyuno 360 grados, invaginación intestinal yeyuno ileal a 40 cm del ángulo de Treitz, yeyuno-yeyunal de 30 cm a 20 cm del ángulo de Treitz; ambas con poliposis intraluminales como cabeza invaginante. Con pólipos múltiples endoluminales, de tamaño variable. Segmento de yeyuno isquémico con trombos murales y áreas de necrosis. Se aspira líquido, devolvulación manual, se reseca intestino necrótico, enterotomía de yeyuno y resección de pólipo intraluminal con características hamartomatosa y sésil. Reparación de enterotomía en dos planos y esfacelación de 5cm yeyunal. Derivación intestinal en dos bocas, de yeyuno e ileon proximal a 30 cm de ángulo de Treitz. Estado postquirúrgico con choque séptico con foco abdominal. Se efectúa entero/colonoscopia, encontrándose pólipos a 50 y 70 cm del margen anal, resecados con polipectomía y asa diatérmica. Se realizó ileocolograma distal y reinstalación intestinal.

Discusión: Invaginación intestinal, manifestación poco frecuente en SPJ, probablemente secundario a la presión intraluminal incrementada por la obstrucción intestinal intermitente que generan los pólipos. La mucosa es forzada a través de la muscularis mucosae y dentro de la submucosa y alrededor de los espacios mucinosos. Este desplazamiento puede mimetizar un adenocarcinoma mucinoso invasor.

Conclusiones: En el servicio de cirugía endoscópica pediátrica se ha optado por una vigilancia anual mediante resección de todos los pólipos accesibles, como conducta preventiva ante eventos posteriores de invaginación, así como sangrado de tubo digestivo y como prevención de riesgo de adenocarcinoma mucinoso invasor.

Síndrome Pallister-Hall. Reporte de un caso.

López-Pérez Leopoldo Gildardo^{1,6}, Pérez-García Guillermo^{1,5,6}, Ornelas-Arana Martha Leticia^{3,6}, Toro-Guerrero Jair Abdiel², Ávalos-Huizar Xóchitl Adriana^{3,6}, González-Pérez Graciela^{4,6}, Pérez-Ornelas Guillermo¹.

1. Departamento de Genética. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.
2. Anatomía Patológica. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.
3. Dermatología Pediátrica. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.
4. Oftalmología Pediátrica. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.
5. Laboratorio de Bioquímica. Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Udg.
6. Cuerpo Académico UDG-CA-80 Enfermedades Metabólicas. CUCS, Udg.

Introducción: El Síndrome Pallister-Hall (SPH) es una enfermedad letal con herencia autosómica dominante y expresividad variable, descrita por primera ocasión en 1980, se han descrito alrededor de 200 casos y se caracteriza por hamartomas hipotalámicos, polidactilia, panhipopituitarismo, ano imperforado y anomalías viscerales.

Presentación del caso: Femenino de 34.2 SDG por Capurro; peso: 2550 gr; talla: 39 cm; perímetro cefálico: 28.5 cm; Apgar: 1-5-10. Hijo de padres no consanguíneos; madre G: 2, C: 2 y con el antecedente de hijo previo con hidrocefalia, riñones poliústicos y múltiples malformaciones que murió durante la primera hora de vida extrauterina. Curso de la gestación bajo el seguimiento de genética a partir de las 32 SDG por US obstétrico el cual reporta anhidramnios, riñones poliústicos, hernia diafragmática, microcefalia y pronóstico fetal malo. Exploración física postmortem. Dolicocefalia, encefalocele occipital; hipertelorismo, telecantho, microftalmia; puente nasal deprimido, filtrum corto; paladar hendido, lengua bifida y lobulada, frenillos múltiples; orejas malformadas; cuello corto y ancho; tórax estrecho, teletelia; hepatomegalia, nefromegalia; genitales femeninos con labios menores fusionados, atresia uretral y ano imperforado; extremidades superiores rizo-meso-acromélicas; mano derecha: polidactilias mesoaxial, mano izquierda con polidactilias postaxial; extremidades inferiores: rizo-meso-acromélicas, tibia vara bilateral; talones prominentes; pies con polidactilias postaxial y sindactilia.

Conclusiones: El síndrome Pallister Hall es causado por mutaciones en el gen GLI3 localizado en 7p13. Clínicamente debe diferenciarse del síndrome otopalatodigital tipo VI, cefalopolisindactilia Greig, síndrome hidroretal y el complejo malformativo CAFE. En el presente caso el diagnóstico se estableció en base al tipo de herencia, la presencia de frenillos múltiples, polidactilia, las anomalías viscerales y la elevada letalidad del síndrome.

Teratogénesis por Fluconazol. Reporte de caso.

Flores-Sobanzo Miriam¹, Ornelas-Arana Martha Leticia¹, Pérez-Ornelas Guillermo^{1,4}, Castillo-Plascencia María Fernanda^{1,4}, López-Pérez Leopoldo Gildardo², Barba-de la Torre Karla Yane¹, Aranda-García Gabriela¹, Torres-González Andrea Victoria¹, Ramos-González Norma Patricia³, Pérez-García Guillermo^{1,2}.

1. Laboratorio de Bioquímica y Cuerpo Académico UDG-CA-80, CUCS, Udg
2. Servicio de Genética. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.
3. Salud Reproductiva. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.
4. Hospital General de Occidente.

Introducción: El fluconazol durante el primer trimestre del embarazo se refiere que puede causar malformaciones como cráneo corto y ancho; facies anormal; desarrollo anormal de piel cabelluda del cráneo; labio y/o paladar hendido; fémur curvo; huesos largos y costillas delgadas; debilidad muscular y deformidad de las articulaciones y cardiopatía congénita. El objetivo del presente trabajo es presentar un caso clínico obituario inducido, hijo de una madre que ingirió dosis bajas de fluconazol por vía oral y vaginal, durante el primer trimestre del embarazo.

Descripción del caso: Feto femenino de 20 semanas de gestación por somatometría. Antecedentes: la madre refirió ingesta de 400 mg de fluconazol cada 24 hrs, durante 8 semanas previas al diagnóstico del embarazo, el cual fue realizado a las 5 SDG. A la exploración física: labio hendido central; puente nasal deprimido; pabellones auriculares de baja implantación; tórax con defecto anterior del esternón en tercio inferior y ectopia cordis; abdomen con defecto diafragmático y de pared supraumbilical, protrusión de asas intestinales, estómago e hígado; genitales femeninos normales con ano permeable. No presentaba malformaciones en extremidades.

Discusión: El fluconazol actúa inhibiendo el citocromo P450; esto ocasiona alteración del metabolismo del ácido retinoico y elevación de los niveles tisulares del mismo. En modelos animales tratados con fluconazol, los fetos presentan características de defecto de línea media semejante al caso clínico; se ha reportado como período crítico el día 10. Existen pocos reportes de teratogénesis en humanos; administrado vía oral o sistémico, provoca malformaciones craneofaciales, defectos en línea media, cardíacos y renales.

Conclusiones: Consideramos que es el primer caso reportado asociado posiblemente al fluconazol en el humano.



Amigdalectomía como tratamiento de Nefropatía por IgA, presentación de caso y revisión de la literatura.

Sánchez-Lozoya Andrea Carolina¹, Torres-Sánchez Jocelyne Paola¹, Contreras-Ruiz Ana Esmeralda¹, Chávez-Íñiguez Jonathan Samuel^{1,2}, Vázquez-Martínez Luz², Amador-Jiménez Melina², García-García Guillermo²

1. Universidad de Guadalajara Centro Universitario Ciencias de la Salud.
2. Hospital Civil de Guadalajara, Servicio de Nefrología.

Introducción: La nefropatía por IgA (NigA) es caracterizada por depósitos de IgA en el mesangio del glomérulo. Existe un importante vínculo entre las infecciones de vías respiratorias y el desarrollo de la NigA debido a la activación de la respuesta inmune innata formando complejos de IgA pobremente glicosilada (IgA1) que se acumulan en el mesangio. Las IgA1 depositadas en el riñón son secretadas por células del tejido GALT predominantemente amigdalino. La presentación clínica es con hematuria micro o macroscópica, proteinuria o enfermedad renal crónica.

Descripción del caso: Hombre de 18 años con nefropatía por IgA (NigA), caracterizada por hematuria macroscópica y proteinuria de 2.6 gr/día, con función renal normal y estable. El tratamiento con enalapril y prednisona no lograron disminuir la proteinuria <1gr/día, por lo que se realizó amigdalectomía alcanzando remisión completa: proteinuria de 126 mg/día, atenuación de la hematuria macroscópica y mantenimiento de la función renal.

Discusión: Ensayos clínicos y meta-análisis, sobre todo en asiáticos, han demostrado el beneficio de la amigdalectomía en pacientes con NigA. Ha recibido gran atención debido a su eficacia, principalmente en la proteinuria. El paciente fue sometido a amigdalectomía; en este caso, disminuyó la proteinuria y la hematuria, además de mantener estable la función renal. Ya que la NigA es la principal causa de glomerulonefritis en el mundo, preservar la función renal mediante la disminución de proteinuria y hematuria es primordial.

Conclusiones: La amigdalectomía ha demostrado ser un tratamiento efectivo cuando se adiciona a los tratamientos habituales y cuando se realiza en etapas tempranas de la afección renal. Sugerimos estudiar su utilización en nuestra población.

Arteritis de Takayasu, reporte de un caso.

Cortés-Munguía Alejandra, Jasso-Bernal Jesús, Larios-Lara Natalhia, Valencia-Díaz Carolina.

Servicio de Cardiología Pediátrica. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

Introducción: La arteritis de Takayasu es una enfermedad crónica, idiopática, inflamatoria y obliterativa, que primariamente afecta a grandes vasos, como son la aorta y sus ramas principales. Las características de la arteritis de Takayasu en niños ha sido descrita en una serie pediátrica de 142 pacientes. La edad media al inicio es de 11.4 años; el 75% fueron niñas. Las manifestaciones clínicas y hallazgos de laboratorio más frecuentes fueron: hipertensión (88%), cardiomegalia (74%), VSG elevada (61%), fiebre (40%), palpitaciones (25%), vómitos (25%), nódulos (25%), dolor abdominal (19%), artralgias (19%), claudicación (17%), pérdida de peso (17%) y dolor torácico (11%).

Reporte de caso: Masculino de 11 años 6 meses, referido por HGO debido a la presencia de disnea de pequeños esfuerzos y soplo en estudio. Inicia su padecimiento actual un mes previo, con fatiga al ejercicio, pérdida de peso y palidez generalizada. Sin antecedentes de importancia. Acudiendo al servicio de cardiología pediátrica, solicitando ecocardiograma doppler, el cual nos reporta insuficiencia mitral severa, dilatación de cavidades izquierdas y anomalías de la aorta toracoabdominal. Debido a lo anterior se solicita Angiorresonancia magnética de tórax, reportando datos de vasculitis severa de Takayasu con afectación de toda la aorta pero mayormente en segmento abdominal, lesiones en subclavias, ilíacas ocluidas, afectación de arterias renales y mesentéricas.

Discusión: La arteritis de Takayasu es una entidad que se presenta principalmente en mujeres adolescentes y adultos jóvenes, es importante considerar esta entidad dentro de nuestros diagnósticos diferenciales debido a la gravedad de la enfermedad. Se calcula una media de 19 meses para realizar el diagnóstico, siendo la mortalidad 33% en pacientes pediátricos.

Conclusiones: La arteritis de Takayasu es una vasculitis sistémica, cuyo reconocimiento en pediatría es difícil. La enfermedad en su fase inicial puede ser asintomática, insidiosa y con síntomas inespecíficos. En la práctica actual, una combinación de estudios por imágenes es lo sugerido para el diagnóstico y el seguimiento. La angiografía convencional o angiorresonancia serían de elección para el diagnóstico.

Anomalías congénitas en paciente por exposición in útero a inmunosupresores y antihipertensivos.

Hernández-González Danna Verónica¹, Pérez-García Guillermo^{1,2}, Ornelas-Arana Martha Leticia¹, González-Ríos Jorge Alberto¹, Serrano-Barrera José Kabir¹, Pérez-Ornelas Carolina¹, Reyes-Mata Alejandro Rafael¹, López-Pérez Leopoldo Gildardo², Soto-Mancilla Juan Luis³.

1. Laboratorio de Bioquímica, Centro Universitario de Ciencias de la Salud.
2. Servicio de Genética, Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde".
3. Servicio de Neurocirugía Pediátrica Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde".

Introducción: Los inmunosupresores son prescritos en enfermedades autoinmunes. La ciclofosfamida ocasiona defectos esqueléticos y oculares, así como malformaciones craneofaciales y en extremidades; la azatioprina está asociado con anomalías fetales en animales y pocos reportes en humanos. No hay evidencia de teratogénesis en humanos por cloroquina, prednisona y amlodipino; el captopril ocasiona alteraciones renales en el 2º trimestre.

Presentación del caso: Femenina de 8 años de edad, su madre ignoraba que estaba embarazada y fue tratada con ciclofosfamida, azatioprina, cloroquina, prednisona, amlodipino y captopril por LES y nefritis en el primer trimestre del embarazo. Presentó retraso psicomotor y actualmente tiene problemas de aprendizaje. A la exploración física: peso 19.5 kg, talla 108 cm, perímetro cefálico 48 cm, todos por debajo de la percentila 3, facies triangular, epicanto, ptosis palpebral, apraxia oculomotora, puente nasal desviado, narinas antevertidas, dientes apiñados, microrretrognatia, orejas pequeñas y de implantación baja, xifosis dorsal, cubitus valgus, manos con sindactilia de I y II, y III y IV dedos, desviación radial del pulgar, clinodactilia de IV y V dedos, braquimesofalangia de V dedos. Pie derecho con sobreposición del V dedo sobre el IV y pie varo corregido.

Discusión: Las malformaciones presentes en la paciente consideramos son efecto principalmente de ciclofosfamida, ya que esta se asocia a severa embriopatía como craneosinostosis, anomalías faciales, defectos distales de las extremidades y discapacidad intelectual, por lo cual está absolutamente contraindicada en el primer trimestre del embarazo y sólo se prescribe en el último trimestre cuando la vida y la salud de la madre están en riesgo.

Conclusiones: La prescripción de fármacos que tengan efectos teratogénicos o estén en estudio deben ser prescritos cuidadosamente a mujeres en edad fértil

Celulitis Orbitaria Bilateral: Reporte de Caso.

Castellanos-Franco Tania E., Rubio-Laurean Francisco E., Iñiguez-Soto Marisol. Unidad Oftalmológica de Alta Especialidad. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

Introducción: La celulitis orbitaria es una infección de los tejidos blandos de la órbita, posterior al septum orbitario. El mecanismo más común es que la Infección se extienda a la órbita desde estructuras vecinas. Las causas más comunes son traumatismos, bacteremia, sinusitis, infecciones dentarias e infecciones de vías respiratorias. El principal agente causal es *Staphylococcus aureus*, en casi 90% de los casos. La bilateralidad se reporte en 1-3% de los casos.

Descripción del caso: Paciente de 50 años el cual inicia su padecimiento con alteraciones conductuales, apareciendo 48 horas más tarde edema e hiperemia de párpados bilateral. Se realiza TAC de órbita a su ingreso, en evidenciándose, órbita derecha celulitis orbitaria, órbita izquierda absceso subperióstico en pared medial. A la exploración oftalmológica se encuentra av OD: CD2m, OI: 20/400; edema palpebral importante, quemosis conjuntival, secreción abundante, cornea clara, cámara anterior formada, pupila mióticaarrefléctica, versiones duciones con limitación importante ambos ojos. Se realiza drenaje de absceso subperióstico izquierdo obteniéndose material purulento enviándose a bacteriología. Posteriormente presenta induración del párpado inferior izquierdo y la región malar, sin respuesta a tratamiento médico, decidiéndose nuevamente su pase a quirófano, se envía muestra de músculo oblicuo inferior y grasa periorbitaria a patología. Reporte bacteriológico positivo a *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, candida especies. Servicio de neurocirugía reporta trombosis del seno cavernoso oculomotor. Tratamiento con ertapenem, linezolid y anfotericina.

Discusión: Al iniciar terapia dirigida con antifúngico se presenta mejoría del cuadro clínico, presentando al alta hospitalaria AV OD: 20/80 OI: 20/200 cartilla de visión cercana. Resultado histopatológico reportan reacción inflamatoria difusa, negativo a malignidad.

Conclusiones: Debido a la baja frecuencia de esta patología, se desconoce la incidencia exacta, siendo escasos los casos reportados de la misma. Cabe destacar la falta de inmunocompromiso aparente y la edad del paciente como factores atípicos así como el desenlace favorable del caso, atribuible al manejo oportuno y multidisciplinario realizado.



Cistoadenoma mucinoso de ovario y embarazo. Reporte de un caso.

Blanco-González Azucena¹, Rojo-Zamudio María Leticia², Hernández-Madera Elvia³.
1. Adiestrado en Endoscopia Ginecológica en Hospital Civil Viejo Fray Antonio Alcalde.
2. Adiestrado en Endoscopia Ginecológica en Hospital Civil Viejo Fray Antonio Alcalde.
3. Médico Adscrito del servicio de Endoscopia Ginecológica en Hospital Civil Viejo Fray Antonio Alcalde.

Introducción: Los tumores de ovario se presentan durante el embarazo con una incidencia de 1 a 3 en 1000, la mayor parte de estos tienen origen epitelial o germinal; siendo más frecuente el teratoma quístico benigno, seguido por el cistoadenoma seroso y mucinoso.

Descripción del caso: Femenino de 17 años acude por aumento del diámetro abdominal de 1 mes de evolución. Sin antecedentes de importancia. Menarca 12 años. IVSA 16 años NPS 1. Gesta 0. MPF: ninguno. Ciclo menstrual irregular con FUM no especificada, dismenorrea ocasional. Exploración física, abdomen semigloboso a expensas de masa móvil no dolorosa a la palpación, 2cm por arriba de la cicatriz umbilical, no datos de irritación peritoneal. Genitales: cérvix central eutrófico anexos no palpables, útero aumentado de tamaño. Ultrasonido vaginal: útero ocupado por saco gestacional en su interior con embrión único, vivo, con LCC 30 mm correspondiente a 11 semanas de gestación con FCF 176 latidos por minuto. Se observa quiste ovárico de 17 x 19 cm con tabique fino de 1 mm sin vascularidad interna. Marcadores tumorales negativos. Se realiza laparoscopia encontrando: útero gestante de aproximadamente 11 cm con tumor de 20 cm de bordes regulares cápsula íntegra, superficie lisa, aterciopelada, dependiente de ovario izquierdo y adherido a trompa; se realiza salpingooforectomía izquierda. Resultado de patología: cistoadenomamucinoso de ovario endometriosis focal de la pared del quiste, quiste lúteo hemorrágico, salpingitis crónica.

Discusión: Los tumores de ovario están presentes en el 4.9% de los embarazos, la mayoría son asintomáticos en el embarazo y regresan espontáneamente. En este caso se presentó un cistoadenomamucinoso de ovario a la semana 11 de gestación, donde se realizó el diagnóstico de manera oportuna y se efectuó un abordaje laparoscópico con éxito.

Conclusiones: Es importante considerar el abordaje laparoscópico cuando se presenta indicación quirúrgica por los beneficios de mínima invasión: permite una estancia intrahospitalaria más corta, menor pérdida de sangre y un menor número de complicaciones postoperatorias, sin efecto negativo relacionado con el embarazo.

Diseción Coronaria Espontánea. Presentación de Caso Clínico.

Jiménez-Zaragoza Pedro Ricardo¹, Guareña-Casillas Jorge Armando¹, Jáuregui-Plascencia Luis¹, Falla-Galliano Javier¹, Garza-Vergara José Luis¹, Vázquez-Ávila Emmanuel¹, Ramírez-Vargas Mónica¹, Tavares-Rodríguez Berenice¹, Arce-Lozoya Mayra Alejandra².
1. Servicio de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista Hospital Civil Fray Antonio Alcalde.
2. Servicio de Cirugía Pediátrica Hospital Civil Fray Antonio Alcalde.

Introducción: La disección coronaria espontánea es una causa rara de isquemia miocárdica aguda. Consiste en la separación de dos de las tres capas de la pared arterial para crear una luz falsa cuya progresión puede deteriorar el flujo coronario distal y producir isquemia, con formas de presentación que varían desde la elevación de marcadores cardíacos y del ST sin dolor hasta la muerte súbita. Afecta predominantemente a mujeres sin apenas factores de riesgo cardiovascular.

Reporte de caso: Paciente femenino de 53 años que acude a urgencias debido a dolor precordial tipo opresivo, que se irradia a cuello y mandíbula, de comienzo 30 minutos previos a su ingreso. Acompañado de intensa sudoración, así como disnea y palidez generalizada. Se le realiza un electrocardiograma el cual mostró elevación del segmento ST de V1 a V3. Como antecedentes de importancia sólo reveló una emergencia hipertensiva hace un mes. El paciente es llevado a la sala de hemodinámica para realización de angiografía coronaria la cual mostró una disección de la arteria coronaria descendente anterior, así como alteración de la movilidad en la ventriculografía. Cinco días después se le realiza angiotomografía toracoabdominal que se reporta como normal, por lo que se egresa sin sintomatología cardiovascular y con tratamiento a base de aspirina. Se realiza angiografía y ventriculografía de control la cual se reporta sin alteraciones.

Discusión: La disección coronaria espontánea es una causa infrecuente de síndrome coronario agudo por lo que las etiologías secundarias deben ser excluidas antes de que la disección coronaria sea clasificada como espontánea, una vez realizada la angiografía coronaria. Nuestra paciente presenta el cuadro típico de síndrome coronario agudo, por lo que se realiza la angiografía coronaria de manera inmediata llegando al diagnóstico certero y se trata de manera oportuna, obteniendo excelentes resultados.

Conclusiones: La disección coronaria espontánea por ser una patología rara se tienen pocos estudios con gran cantidad de pacientes, por lo que únicamente se tiene evidencia de casos aislados o estudios con poca población de pacientes.

Cromosomopatía 4p-. Reporte de caso.

López-Guevara Fernanda Ivette¹, Pérez-García Guillermo^{1,2}, Ornelas-Arana Martha Leticia¹, García-Villanueva Oscar¹, González-Morfin Alejandro¹, Granados-Manzo Claudia Elizabeth¹, López-Pérez Leopoldo Gildardo¹.
1. Laboratorio de Bioquímica, CUCS, Universidad de Guadalajara.
2. Servicios de Genética y 3. Nutrición Clínica del Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde".

Introducción: La cromosomopatía 4p- (Wolf-Hirschhorn) es un trastorno cromosómico causado por la deleción terminal del brazo corto del cromosoma 4 (4p16.3). El cuadro clínico está caracterizado por la presencia de múltiples anomalías congénitas, facies peculiar en "casco griego", discapacidad intelectual y alteraciones neurológicas. Este se presenta con una frecuencia de 1:50,000 nacidos con una predominancia femenina de 2:1.

Presentación del caso: Femenina de 2 años 6 meses de edad. Padre y madre de 42 y 32 años de edad respectivamente al nacimiento del caso índice, no consanguíneos. Derivada del servicio de nutrición con antecedentes de epilepsia, desnutrición, retraso en el crecimiento y psicomotor. Recién nacida a término con peso bajo para la edad gestacional y retraso del crecimiento intrauterino. Presenta crisis convulsivas tónico clónicas, con cianosis peribucal y desviación de la mirada. Peso 8,300g (PZ-4.76) talla 81cm (PZ-2.84). A la exploración física: cráneo normal; pelo normal; frente prominente; cejas normales, ojos con fisuras amplias, telecanthus; puente nasal deprimido; filtrum corto; labios delgados; micrognatia; pabellones auriculares con la hélice desdoblada, ausencia de lóbulo; tórax normal; abdomen normal; genital normal; fosetas en codos. Cariotipo: 46,XX del(4)(p15.3).

Discusión: 4p- es un síndrome de deleción genes contiguos con facies típica, retraso en el crecimiento, discapacidad intelectual y convulsiones, la paciente presenta las características físicas así como el retraso psicomotor y las convulsiones. Lo más probable es que se trate de una deleción de novo ya que estas se encuentran en el 87% de los casos y el resto son por translocación balanceada, el resultado del cariotipo en los padres de la paciente está pendiente.

Conclusiones: Consideramos que clínica y citogenéticamente la paciente presenta el síndrome 4p-, sin embargo estudio molecular en estos casos es importante para hacer una correlación fenotipo/genotipo ya que la base molecular de la enfermedad se desconoce.

Displasia Cleidocraneal. Reporte de Caso.

Pérez-Ornelas Carolina¹, Ornelas-Arana Martha Leticia¹, Pérez-García Guillermo^{1,2}, Soto-Mancilla Juan Luis^{1,3}, Pérez-Ornelas Guillermo¹, Castillo-Plascencia María Fernanda¹, Mariscal-Flores Rosalinda¹, Pérez-García Nicolás¹, Gildardo López-Pérez Leopoldo¹.
1. Laboratorio de Bioquímica. Centro Universitario de Ciencias de la Salud.
2. Servicios de Genética. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.
3. Neurocirugía Pediatría. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.
4. Radiología. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

Introducción: La displasia cleidocraneal (DCC) es una enfermedad con herencia autosómica dominante con expresión variable y penetrancia completa que afecta a los huesos con osificación intramembranosa. Afecta aproximadamente a 1:1,000,000 individuos. Dos tercios de los afectados con DCC presentan mutaciones en el gen RUNX2 responsable de la diferenciación de osteoblastos, osteoclastos y desarrollo esquelético. Clínicamente presentan braquicefalia, cierre tardío de fontanelas, prominencia de huesos frontal y parietal, talla baja, tórax estrecho, clavículas hipoplásicas o aplásicas, dentición anormal y múltiples lesiones radiológicas.

Descripción del caso: Paciente femenina de 11 años que es enviada al Servicio de Genética por deformidad en pies, manos y dientes. Antecedentes: no hay afectados similares en la familia, el embarazo fue normal y tuvo cierre tardío de fontanelas. A la exploración: peso 24 kg (<3), talla 130.5 cm (<3), PC 57 cm (>97); braquicefalia, frente prominente, implantación baja de pabellones auriculares; dentición decidua, múltiples caries; facilidad para oponer los hombros, clavícula derecha con pérdida de continuidad; manos cortas, braquidactilia bilateral; extremidades inferiores asimétricas, con hallux valgus bilateral y sobreposición de 2do sobre 3er dedo. Radiológicamente presenta huesos wormianos; piezas dentales asimétricas, sin erupción; hipoplasia de clavícula derecha, tórax en campana, espina bifida en primera vértebra torácica, pelvis estrecha, hipoplasia de rama isquiopúbica; manos y pies con falanges amplias, anchas y disminuidas en longitud; sin acrosteolisis.

Discusión: La DCC es una enfermedad rara, autosómica dominante, se estima que del 20-40% de casos son mutaciones nuevas. Consideramos se trata de una mutación nueva ya que los padres y hermanos no están afectados. El diagnóstico se puede hacer in útero con US 3D, en caso de ser positivo se prefiere sección cesárea.

Conclusiones: La detección temprana de DCC es determinante para un manejo adecuado de las complicaciones. Los signos pivote para la detección podrían incluir cierre tardío de fontanelas, alteraciones del desarrollo del cráneo, clavículas y dientes.



Embarazo molar ectópico en cicatriz de cesárea previa. Reporte de un caso.

Hernández-Murillo Jorge Mario, Díaz-Ávila José de Jesús, García-González Jorge Latif.
Servicio de Obstetricia del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde

Introducción: Embarazo ectópico es una complicación del embarazo en la que el blastocito se desarrolla en los tejidos distintos de la pared uterina. Es la principal causa de morbilidad materna en el primer trimestre del embarazo. El Metotrexato para el tratamiento de embarazo ectópico ha reducido la necesidad de cirugía, sin embargo sigue siendo necesaria en los casos en que la trompa de Falopio se ha roto o está en peligro de hacerlo. El embarazo molar se caracteriza por degeneración hidrópica y edema del estroma vellositario, la ausencia de vascularización en las vellosidades coriales y la proliferación del epitelio trofoblástico, pero se conserva la estructura diferenciada vellositaria. Es la forma más benigna de la enfermedad trofoblástica gestacional. Normalmente se resuelve con la evacuación uterina, sin embargo, alrededor del 10% da lugar a una enfermedad trofoblástica persistente por lo que es necesario seguimiento tras su evacuación.

Descripción del caso: Femenino 29 años, gesta 2, cesárea 1, con diagnóstico de aborto diferido, acude con hemorragia obstétrica posterior a LUI en Hospital Regional. La localización del saco gestacional corresponde al sitio de cicatriz de la cesárea previa, el doppler color evidencia imagen en “anillo de fuego” corroborando la vascularidad uterina a expensas de la gestación, la HGC en suero resulta superior a 60,000 unidades, el histopatológico del legrado uterino reporta vellosidades coriales con edema e hiperplasia focal del trofoblasto, hallazgos compatibles con mola parcial. Cistoscopia con abultamiento a nivel del trigono. Radiografía de tórax normal, 3 ciclos de metotrexato hasta negativizar HGC en menos de 4 meses, USG doppler sin vascularidad uterina posterior al tratamiento. Histeroscopia pos tratamiento con biopsia reporta fragmentos de tejido necrótico con estructuras sugestivas de vellosidades coriales sin datos de proliferación trofoblástica.

Discusión: Son pocos los casos reportados dado que la patología es rara. El meta análisis reportado con más casos es de 32 pacientes.

Conclusiones: El embarazo ectópico molar es una entidad poco frecuente, por lo que su tratamiento aún no está bien establecido. Este caso generó el conocimiento sobre el tratamiento farmacológico exitoso que evitó el tratamiento radical como es la histerectomía.

Fístula arteriovenosa poplítea, secundaria a traumatismo. Reporte de un caso.

Sánchez-Vergara Sergio Alberto, Barajas-Huerta José Luis.
Servicio de Cirugía Tórax y Cardiovascular. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

Introducción: Las fístulas arteriovenosas postraumáticas se presentan con mayor frecuencia, como secuela de un trauma vascular por heridas penetrantes; cualquier trauma penetrante a la pared del vaso, ya sea accidental o iatrogénico, puede conducir un daño de la pared arterial, con la consiguiente formación de un falso aneurisma o pseudoaneurisma, y si existe una lesión que provoca una comunicación directa con la vena adyacente forman una fístula arteriovenosa.

Reporte de caso: Paciente masculino de 21 años, acude a consulta por dolor, edema y debilidad de miembro pélvico derecho. Inicia hace 3 años, debido a herida en pierna derecha por proyectil de arma de fuego, siendo manejado de forma conservadora. Sin embargo la sintomatología se exacerba hace 6 meses con dolor en miembro pélvico derecho a la deambulación, edema marcado y debilidad de la pierna, con incapacidad para la deambulación adecuada por lo que acude a valoración. Se realiza angiografía y se diagnostica fístula arteriovenosa traumática, con presencia de dilatación venosa y arterial. Se realiza procedimiento quirúrgico donde se identifica fístula arteriovenosa que involucra la arteria poplítea tercio medio, fistulizada a la vena poplítea y tributaria de la misma en forma de “H” además de una arteria proximal a la fístula dilatada.

Discusión: Las fístulas arteriovenosas secundarias a traumatismos frecuentemente son detectadas en forma tardía y pueden comprometer el miembro involucrado y ocasionar manifestaciones tanto regionales como sistémicas. El diagnóstico es clínico y se confirma con ultrasonido Doppler y estudios angiográficos, para planear el abordaje más adecuado.

Conclusiones: Actualmente la cirugía endovascular facilita el tratamiento y lo hace menos cruento, pero corrección con cirugía convencional sigue siendo una excelente alternativa, siendo practicada con mayor frecuencia en nuestra institución.

Fístula arteriovenosa gigante trombosada. Reporte de un caso.

Sánchez-Vergara Sergio Alberto, Barajas-Huerta José Luis.
Servicio de Cirugía Tórax y Cardiovascular. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

Introducción: Entre las complicaciones más frecuentes en pacientes a los que se les realizan fístulas arteriovenosas para hemodiálisis se encuentran: infecciones, seromas o hematomas, pseudoaneurismas, hipertensión venosa, síndrome de robo arterial, insuficiencia cardíaca y trombosis del acceso arteriovenoso. El desarrollo de aneurismas y pseudoaneurismas se presenta en el 8% de los casos y son potencial fuente de embolización y trombosis y en ocasiones infección, hemorragia local e incluso deformidad de la extremidad. La trombosis es la primera causa de disfunción de las fístulas arteriovenosas y con complicaciones frecuentes del 0.5 al 0.8 episodios al año en Estados Unidos.

Presentación del caso: Paciente femenina de 20 años, acude por disfuncionalidad y agrandamiento de fístula arteriovenosa. Antecedentes de importancia: enfermedad renal crónica estadio V desde los 17 años, con antecedente de 3 catéteres peritoneales (2008, 2009, 2010), 1 catéter para hemodiálisis (2010) y confección de fístula arteriovenosa nativa (2011) y trasplante renal de donador vivo relacionado (2014). Refiere iniciar padecimiento actual en el 2014, posterior a su trasplante renal, refiriendo que la fístula dejó de presentar *thrill*, pero debido a que ya no utilizaba la fístula no le prestó importancia. Posterior a esto refiere iniciar con aumento de tamaño e induración del trayecto fistuloso, sin otra sintomatología agregada. Se realiza ultrasonido doppler, reportando fístula trombosada en todo su trayecto y ausencia de flujo.

Discusión: La trombosis es la complicación más común en los accesos vasculares, sobre todo en el sexo femenino y también es la primera causa de disfunción de las fístulas arteriovenosas. No obstante, es raro que se produzcan cuadros de trombosis en estadios avanzados, ya que cuando existe una madurez casi completa de la fístula, predominan los aneurismas por las numerosas punciones. La aparición de un estado trombotico en fístulas de larga evolución se atribuye a una mala técnica de punción para el tratamiento de purador.

Conclusiones: Las complicaciones de la fístula arteriovenosa dependen de la presencia o no de factores de riesgo, que pueden ser un marcador negativo y por sí mismos determinan el tiempo de supervivencia.

Fractura femoral atípica asociada al uso de bifosfonatos. A propósito de un caso.

Cuevas-De Alba Carlos, Arana-Hernández Erika Iliana, Delgadillo-Alcaraz Virginia.
Servicio de Cirugía Ortopédica Pediátrica. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

Introducción: Los bifosfonatos se han utilizado desde 1995 para inhibir la pérdida ósea relacionada con la osteoporosis. Se estima que 1 de 3 mujeres mayores de 50 años presentarán fracturas relacionadas con osteoporosis. Hasta el 5% de éstas consumen bifosfonatos en países occidentales como tratamiento. Sin embargo, paradójicamente ha existido un incremento reciente de reportes advirtiendo sobre fracturas atípicas relacionadas con estos medicamentos. Se considera que esta complicación puede ocurrir en un porcentaje de 0.078-0.11.

Descripción del caso: Mujer de 71 años de edad en tratamiento para osteoporosis con Alendronato 10 mg diarios desde hace 6 años. Sin comórbidos. Su última densitometría ósea con T -2.8 en cuello femoral. Sin trauma referido, inicia espontáneamente con dolor en muslo izquierdo desde Abril del 2015. A ese tiempo se realizan Rx's y gammagrafía ósea, este último muestra zona hipercaptante en ambas diáfisis femorales. Tres meses después con un mecanismo trivial, se diagnostica fractura de fémur diafisaria izquierda en el mismo sitio hipercaptante del gammagrama. Se somete a tratamiento quirúrgico con colocación de clavo intramedular evolucionando satisfactoriamente y sin complicaciones.

Discusión: Hace 9 años se reportó por primera vez la relación de los bifosfonatos con fracturas femorales atípicas, lo que actualmente se considera un efecto adverso de estos fármacos. Mientras que el riesgo absoluto es de 11 fracturas femorales atípicas por año en 10 000 pacientes.

Conclusiones: Los bifosfonatos se prescriben a pacientes con riesgo alto de fractura, sus beneficios son mayores considerablemente comparados con sus potenciales efectos adversos. En tratamiento prolongado mayor de 3 años debe ser cuestionado y en caso de requerir continuar con tratamiento, considerar cambio de familia de los antiabsortivos. Se ha sugerido una disminución en la tasa de riesgo de presentación de fractura atípica fémur de hasta de un 70% por cada año posterior a la suspensión del fármaco. Actualmente no sólo se estudian sus efectos en el hueso; sino también en la reducción de remodelación ósea en el proceso de consolidación de la fractura. Ya que el aumento de la mineralización secundaria conduce a posibles cambios en la rigidez, pérdida de porosidad y heterogeneidad en la densidad mineral.



Hallazgos radiológicos en un paciente con pseudohipoparatiroidismo (PHP).

Zepeda-Olmos Paola Montserrat², Ornelas-Arana Martha Leticia¹, Pérez-García Guillermo^{1,2}, Pérez-Ornelas Carolina¹, López-Pérez Leopoldo Gildardo², Coronado-Villarreal Yessenia², Soto-Mancilla Juan Luis^{1,2}, Mariscal-Flores Rosalinda¹, Corona-Hernández Jorge Luis¹.

1. Laboratorio de Bioquímica, CUCS, Universidad de Guadalajara.
2. Servicio de Genética. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.
3. Neurocirugía Pediátrica. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.
4. Radiología. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

Introducción: El PHP es una enfermedad autosómica dominante. Tiene una prevalencia de 0.79 por cada 100,000. Se caracteriza por hallazgos radiológicos osteodistróficos, resistencia hormonal en varios tejidos, respuesta disminuida del AMPc posterior a dosis exógena de hormona paratiroidea, disminución de la actividad del Gs eritrocitaria y mutación del gen GNAS1 en el alelo heredado materno.

Descripción del caso: Masculino de 45 años con antecedente de hipotiroidismo, diabetes mellitus II, cálculos renales, tetanias generalizadas y retraso mental leve. EF: P 64 kg (p25) T 130cm (p<3) PC 56cm (p10) e IMC 37.86 Kg/m²; braquicefalia, facies redonda, frente amplia; proptosis; puente nasal ancho, deprimido, nariz corta; filtrum largo; mal posición e hipoplasia del esmalte dental, macroglosia; orejas de implantación baja; cuello y tórax cortos; abdomen globoso sin visceromegalias; todas las extremidades cortas con braquidactilia; piel gruesa, nevos múltiples. Laboratorio: calcio 6.6 mg/dL (N=8.4-10.2), fosforo 5.3 mg/dL (N=2.7-4.5) y PTH de 98.4 pg/mL (N=11.7-61.1) perfil tiroideo normal (con tratamiento). Rx: cráneo ensanchamiento del diploe, fontanela anterior abierta; cuerpos vertebrales biconcavos, sindesmofito en vértebra lumbar; tórax corto y ancho, costillas trabeculadas.

Discusión: El PHP es una enfermedad rara; los hallazgos radiológicos en el paciente fueron característicos, con engrosamiento del diploe, braquidactilia, sindesmofitos y calcificaciones subcutáneas.

Conclusiones: Los hallazgos clínicos, hormonales, electrolitos séricos y radiológicos nos permiten concluir un PHP probablemente tipo 1a, de diagnóstico tardío, hasta los 45 años de edad.

Hemangioendotelioma Kaposiforme. Presentación de caso clínico y análisis de la literatura.

Alfaro-Castellanos Denisse Estefanía¹, Gutiérrez-Ureña José Antonio¹, García-Hernández Héctor Adrián², Calderón-Pérez Agustín¹, Aguirre-Jauregui Oscar¹, Yáñez-Solis German Kevin¹, Arce-Lozoya Mayra Alejandra¹.

1. Servicio de Cirugía Pediátrica Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.
2. Servicio de UCINEX Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

Introducción: El hemangioendotelioma kaposiforme (HK) es un tumor vascular raro, cutáneo o visceral, considerado de bajo grado de malignidad, puede ir asociado a una trombocitopenia grave con coagulopatía por consumo (síndrome de Kasabach-Merritt) en pacientes pediátricos. Su prevalencia es desconocida.

Reporte de caso: Presentamos un caso de una paciente recién nacido femenino que ingresa a UCINEX al segundo día de vida por la presencia de una tumoración en región cervical derecha que requiere intubación mecánica por compresión de la vía aérea, iniciándose manejo con corticoide y propranolol. Se progresa ventilatoriamente a CPAP nasal con posterior Fase I de ventilación. Laboratorialmente presenta trombocitopenia de 37 000 plaquetas. Se continua manejo con corticoide sistémico con incremento gradual de la lesión que compromete la vía respiratoria, por lo que requiere intubación orotraqueal y ventilación mecánica. Se indica manejo a base de Sirolimus.

Discusión: El HK, se presentan como una tumoración vascular o bien como placa infiltrada violácea sensible al tacto o como masa palpable, o como un síndrome de compresión tumoral. Las formas cutáneas presentan similitudes clínicas con los angiomas o con las malformaciones linfáticas difusas. Su etiología es desconocida. El diagnóstico definitivo se basa en los resultados de los estudios histológicos, que revelan nódulos y densos nidos de células fusiformes con atipia celular leve y actividad mitótica escasa. El diagnóstico prenatal es posible para formas voluminosas de HK mediante la detección de masas altamente vascularizadas en la ecografía fetal, seguida por RM del feto.

Conclusiones: El tratamiento depende de la forma de presentación clínica. Las formas cutáneas no complicadas que se presenten como lesiones relativamente pequeñas pueden ser tratadas mediante corticoterapia local, Sirolimus, y Vincristina. El pronóstico depende de la cronicidad de las lesiones y el alcance de las complicaciones.

Hamartoma Hepático En Pediatría: Reporte De Un Caso.

Arce-Lozoya Mayra Alejandra¹, Alfaro-Castellanos Denisse Estefanía¹, Orozco-Pérez Jaime¹, Aguirre-Jauregui Oscar Miguel¹, Tapia-Rico Luis Santiago², Jiménez-Zaragoza Pedro Ricardo¹.

1. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Civil De Guadalajara Fray Antonio Alcalde.
2. Servicio de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista. Hospital Civil De Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

Introducción: El hamartoma hepático es un tumor benigno que surge del mesénquima de la triada portal; suele aparecer en el lóbulo hepático derecho hasta en un 75% y representa entre el 5-6% de todos los tumores hepáticos primarios. Se presenta como una tumoración abdominal asintomática que suele ser detectada de manera incidental antes de los dos años de vida.

Presentación del caso: Femenino de 11 años de edad la cual inicia con distensión abdominal y abdomen de consistencia sólida, se detecta hepatomegalia, sy por hallazgos en estudios de gabinete es referida a esta institución. Abdomen blando, con incremento del volumen del predominio en hipocondrio derecho a expensas de hepatomegalia de 5cm por debajo del reborde costal, de consistencia, firme, dura con dificultad para la movilización, peristasis presente. Resto sin alteraciones. USG: Tumoración hepática dependiente de los segmentos I, II, III, IV. Biopsia de la tumoración (11/07/2016): superficie de aspecto fibroso, nodular, rugoso, opaca color café claro a blanquecino. Diagnóstico Final: Hamartoma Mesenquimal Hepático. Hallazgos Transquirurgicos: Tumoración hepática que afecta los segmentos II, III y IV de Couinaud con peso de 2600 gr, se realiza hemihepatectomía izquierda sin presentar complicaciones. Presento fuga biliar que se resolvió. La paciente tuvo una evolución favorable durante su estancia.

Discusión: En el servicio de cirugía pediátrica del hospital civil Fray Antonio Alcalde en este año se tuvieron 118 ingresos en el servicio de oncología pediátrica, 37 corresponden a tumores abdominales, el 2% corresponden a hamartomas hepáticos. En esta paciente por el rango de edad se debe de realizar diagnóstico diferencial con hepatocarcinoma y hepatoblastoma.

Conclusiones: El hamartoma hepático es la segunda tumoración más frecuente al año de vida, que se presenta generalmente como una masa abdominal. El tratamiento generalmente es quirúrgico y presentan un pronóstico favorable.

Hemoperitoneo secundario a leiomioma sangrante. Reporte de caso y revisión de literatura.

Betancourt-Vicencio Shadya, Herrera-Ramos Miltzi Janin, Gutiérrez-Cerro Alan Christian. Servicio de Cirugía General. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

Introducción: El leiomioma es el tumor pélvico ginecológico más frecuente. La hemorragia intraperitoneal por leiomioma uterino es rara, puede ser severa y comprometer la vida. Se relaciona la rotura espontánea del leiomioma con factores anatómicos y mecánicos como vascularización venosa congestiva en la superficie del mioma y maniobras que aumentan la presión intraabdominal. El tratamiento consiste en estabilidad hemodinámica además de intervención quirúrgica precoz. Dependiendo el caso se realizará sutura hemostática, miomectomía o histerectomía.

Descripción del caso: Femenino de 39 años la cual presenta dolor opresivo en mesogastrio irradiado hacia región escapular bilateral, náuseas y sangrado transvaginal 24 horas previas a su ingreso. Exploración física: Frecuencia cardíaca 86, presión arterial 100/70 mmHg, frecuencia respiratoria: 20, saturación de oxígeno: 96%, palidez tegumentaria dolor a la palpación profunda en hipogastrio, masa hipogástrica de 12 cm, dolorosa a la movilización, tacto vaginal diferido por nublidad. Angiotomografía abdominal: Signos de hemoperitoneo y miomatosis uterina. Tras la visión de contraste área de reforzamiento atípico en región aneal izquierda que se asocia a material hiperdenso en zonas declive. Cirugía: Bajo consentimiento informado. Laparotomía exploradora hemoperitoneo 2500 cc mioma subseroso pediculado con varices sangrantes en su superficie. Se realiza miomectomía y durante el procedimiento quirúrgico se transfunden dos paquetes globulares y un plasma fresco congelado.

Discusión y conclusiones: Los cirujanos generales deben de mantener en mente estos diagnósticos diferenciales inusuales en pacientes femeninas en edad reproductiva con dolor abdominal agudo secundario a hemoperitoneo. El manejo del leiomioma uterino sangrante debe de individualizarse en cada caso.



Mucormicosis orbitocerebral: caso clínico inicialmente negativo para hifas.

Muñoz-Solórzano Bety, Toné-Carlón Bricia, Iñiguez-Soto Marisol.
Unidad Oftalmológica de Alta Especialidad. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

Introducción: La Mucormicosis, infección micótica causada por la familia Mucoraceae, género Mucor en un 90%, cuenta con una amplia presentación clínica que dificulta la sospecha diagnóstica y tratamiento precoz. Se caracteriza por infarto y necrosis de tejidos blandos, resultado de la invasión de las hifas con rápida diseminación a estructuras vecinas como paladar, órbita y cerebro, con graves consecuencias desde la ceguera, coma o incluso la muerte.

Descripción del caso: Femenino 52 años, mes y medio de evolución con rinorrea, tos con expectoración, cefalea frontal, edema en hemicara izquierda y disminución de AV. Diagnóstico reciente de Diabetes Mellitus tipo 2, cifras de HbA1c de 11.8 mg/dL. Acude con AV en OI no percepción de luz, restricción de movimientos oculares, edema palpebral, proptosis, quemosis 360°, córnea descompensada. Sin lesiones necróticas en tejidos blandos, improntas negativas a hifas. Se realiza TC de órbita y cráneo con pansinusitis, compromiso orbitario, inflamación y trombosis de seno cavernoso. Se sometió a debridamiento quirúrgico y administración de Anfotericina B, junto con Posaconazol por 15 días, evolucionando satisfactoriamente, con estabilización y sin secuelas neurológicas. Resultado histopatológico final: proceso inflamatorio-infeccioso con zonas de necrosis y estructuras micóticas, hifas de espesor irregular con doble membrana consistentes con mucor.

Discusión: La Mucormicosis presenta factores de riesgo, principalmente Diabetes Mellitus, sin tratamiento con tasas de supervivencia de 6-73%, sin embargo con las técnicas actuales instauradas precozmente ha mejorado hasta 85%. El pronóstico está relacionado con la extensión de la lesión al momento de diagnóstico y gravedad del inmunocompromiso, con signos de progresión como proptosis y necrosis de tejidos blandos.

Conclusiones: La ausencia de hifas no descarta una mucormicosis, especialmente si el cuadro clínico es altamente indicativo de dicha condición, es de vital importancia mantener un alto índice de sospecha clínica que favorezca el inicio de tratamiento precoz y agresivo, sin embargo ante complicaciones como trombosis de arteria carótida interna, es necesario comenzar un tratamiento agresivo mediante el uso coadyuvante de Posaconazol y oxígeno hiperbárico.

Trombosis Venosa Portal asociada a Lupus Eritematoso Sistémico y Síndrome Antifosfolípidos.

Cervantes-Guevara Gabino^{1,2}, Guzmán-Lepe Abraham¹, Cervantes-Pérez Gabino³, Fuentes-Orozco Clotilde⁴, González-Ojeda Alejandro⁴.

1. Servicio de Gastroenterología. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.
2. Departamento de Bienestar y Desarrollo Sustentable Centro Universitario del Norte, Universidad de Guadalajara.
3. Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara.
4. Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS.

Introducción: El síndrome antifosfolípido (SAF) es la asociación de trombosis y/o morbilidad del embarazo con anticuerpos antifosfolípidos (aFL): anticardiolipina (aCL), anticoagulante lúpico (AL) y/o anti-B2-glicoproteína-I (aB2-GPI). Puede estar asociado a una enfermedad autoinmune como el Lupus Eritematoso Sistémico (LES). La trombosis venosa es la manifestación clínica más común del SAF y ocurre en el 29% al 55%. El síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad autoinmune que afecta principalmente glándulas salivales, generalmente acompaña al LES (SS secundario).

Reporte de caso: Mujer de 39 años que acude por hematemesis y melenas. Antecedentes: Padre hipertenso y madre diabética, 1 embarazo sin complicaciones y 1 parto. Padece LES desde hace 17 años y SS desde hace 6 años. Padecimiento actual: Inicia 3 días previos con 1 vómito en pozo de café y posteriormente 6 vómitos de sangre fresca con 2 evacuaciones melénicas. Exploración física: Alopecia frontal, abdomen con estrías en ambos flancos y esplenomegalia de 5 cm. Laboratoriales: Hb 7.13, Glucosa 289. Anticuerpos aCL positivos: IgG 21.28, IgM 26.84. aB2-GPI 6.0 (0.0-8.0), AL negativo. ANA's 1:2560, anti DNA 33.43 (indeterminado). Complemento C3: 33 (55-120), C4: 4 (11-50). Antimitocondriales y antimusculo liso negativos, p-ANCA y c-ANCA negativos. US hepático: Hígado normal, porta 16 mm con imagen compatible con trombo que obstruye parcialmente la luz y esplenomegalia de 20 cm. Endoscopia: Várices esofágicas 4 plexos grandes con puntos rojo cereza, 3 várices gastroesofágicas GOV1, gastropatía hipertensiva severa.

Discusión y conclusiones: El síndrome antifosfolípidos se caracteriza por trombosis arterial o venosa, pérdidas fetales y trombocitopenia en presencia de aFL. Esta paciente es portadora de LES, SS y Síndrome antifosfolípido, que la llevaron a desarrollar hipertensión portal hemorrágica.

Presentación Atípica de Malformación Adenomatoidea Quística Pulmonar Asociada A Atresia Traqueoesofágica.

Arce-Lozoya Mayra Alejandra¹, Trujillo-Ponce Sergio Adrián¹, Sepúlveda-Valenzuela Marbellai¹, Damián-Negrete Roberto¹, Aguirre-Jáuregui Oscar Miguel¹, Tapia-Rico Luis Santiago², Vázquez-Acosta Heluett Kinnereth¹, Jiménez-Zaragoza Pedro Ricardo².

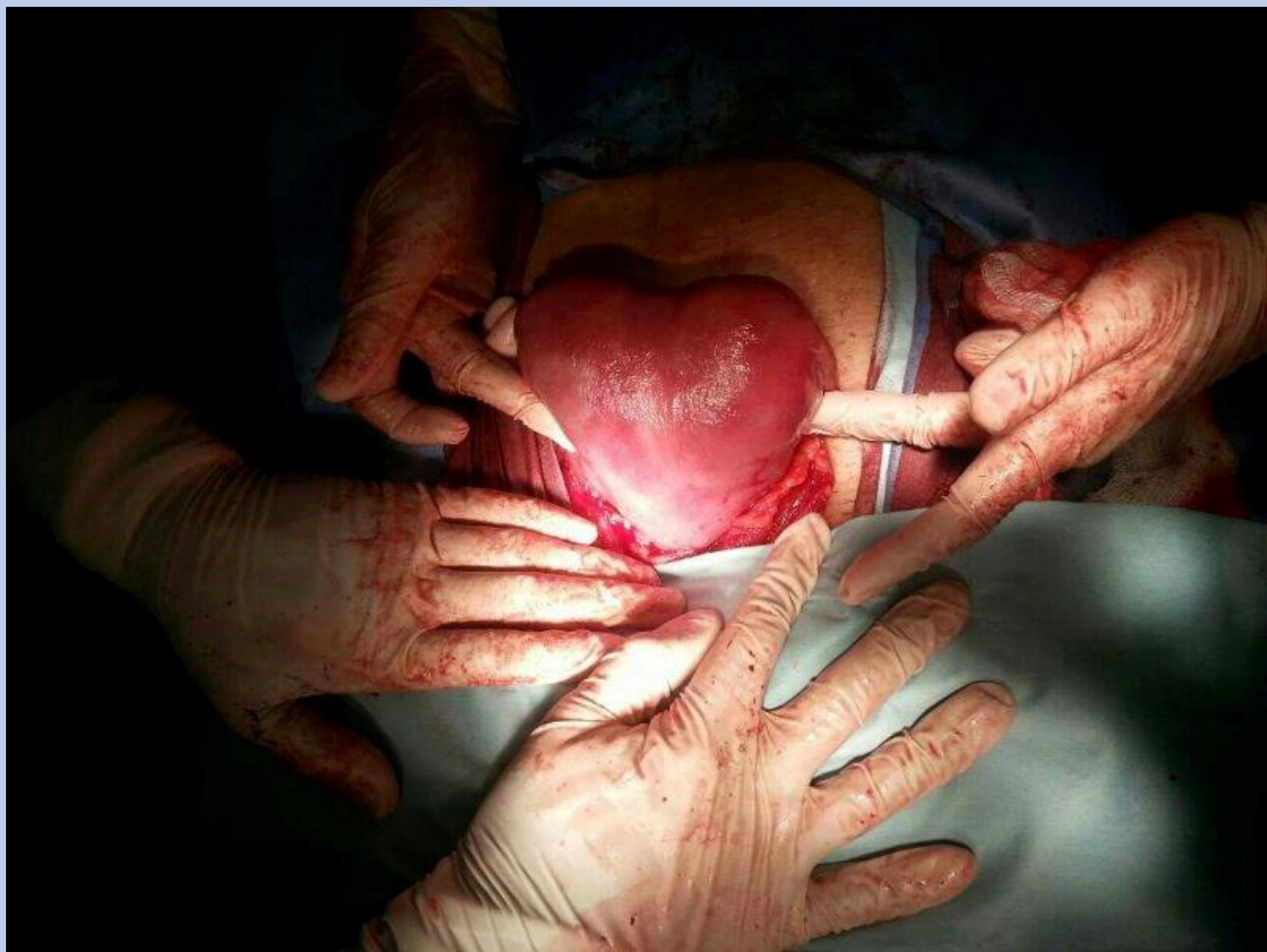
1. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Civil De Guadalajara Fray Antonio Alcalde.
2. Servicio de Hemodinamia y Cardiología Intervencionista. Hospital Civil De Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

Introducción: La malformación adenomatoidea quística es una anomalía poco frecuente del desarrollo pulmonar que se caracteriza por proliferación y dilatación anormal de estructuras respiratorias terminales. Clínicamente pueden estar asintomáticos, presentar dificultad para la alimentación, taquipnea, infecciones de repetición, hemoptisis, etc. El 85% se diagnostican en los dos primeros años de vida por distres respiratorio o infecciones a repetición. La asociación a una fistula traqueoesofágica es excepcional.

Presentación del caso: Masculino de 10 años de edad, el cual inicia su padecimiento un año previo con dificultad respiratoria y tos en ocasiones productiva, un mes previo a su ingreso se agrega dificultad respiratoria y mal estado general, se realizan exámenes generales, radiografía y TAC de pulmón y por hallazgos deriva a esta institución. APP: Atresia esofágica tipo III, plastia esofágica (dos días de vida), ERGE, Funduplicatura tipo Nissen (año de edad). Exploración física: Tórax asimétrico a expensas de pectumcarinatum, con hipoventilación basal derecha, así como crepitos gruesos. Hallazgos transquirúrgicos: Se realiza toracotomía encontrándose lóbulo inferior derecho multilobulado, multiquístico con adherencias laxas.

Discusión: La malformación adenomatoidea quística es una malformación pulmonar congénita poco frecuente la cual debe de sospecharse en un paciente que presente dificultad respiratoria o una lesión radiográfica en estado asintomático. Nuestro paciente desde el nacimiento presento datos clínicos, persistió con sintomatología y a pesar de presentar estudios radiográficos compatibles no se realizó el diagnóstico oportuno.

Conclusiones: La malformación adenomatoidea quística es una anomalía congénita rara, la edad de presentación es rara en pacientes jóvenes como nuestro paciente, además de ser excepcional al asociarse a atresia esofágica tipo III.



Título: "Ella y sus dos corazones"

Autor: Dámaso Israel Barajas Correa

Institución: Benemérito Hospital Civil
de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde"

Teléfono del contacto: 3314374993

Se trata de un útero bicorne, una anormalidad en el desarrollo de los conductos Mülllerianos, que nos regala la característica y bonita imagen de un corazón.



Centro Nacional de Referencia Médica S.A. de C.V.
REFERENCIA INTERNACIONAL



Excelencia en oftálmicos



*Pequeño falso
cinoséfalo.*
Óleo, tela.
51 cm x 41 cm.
2015



Cabeza de gato
Óleo, tela.
90 cm x 80 cm.
2012



El buítre
Óleo, tela.
80 cm x 95 cm.
2010



Gato por liebre
Óleo, tela.
120 cm x 80 cm.
2016



José Luis López Galván

José Luis López Galván nace el año de 1985, en Guadalajara, Jalisco, México. Licenciado en Diseño para la Comunicación Gráfica en la Universidad de Guadalajara y titulado por excelencia académica en el 2008. En sus inicios trabajó como diseñador gráfico para una empresa de diseño industrial, así como ilustrador para empresas publicitarias. En el 2009

concluye un Curso de pintura al óleo en el Instituto Cultural Cabañas con el maestro Nino Magaña y en 2015 en el taller de grabado del Museo del Periodismo y las Artes Gráficas. Con la maestra Margarita Vega.

Ganador del "Salón de octubre 2011". Seleccionado en el programa de estímulos a la creación y al desarrollo artístico del estado de Jalisco de CONACULTA y Secretaría de Cultura, En dos ocasiones; las emisiones XVI y XVLLL. Con menciones especiales, honoríficas o selecciones en diferentes bienales nacionales. Como en la XVI Bienal de Pintura Rufino Tamayo". "II Bienal internacional de grabado y estampa José Guadalupe posada". "Premio de pintura Jorge Martínez", "bienal de pintura José Atanasio Monroy", "Salón de octubre" y Muestra Arte Grupo Reforma. Sus obras se encuentran en colecciones privadas de México, estados unidos, España, Italia y Dinamarca.

Al principio, de manera empírica, va buscando los medios visuales para comunicar diferentes conceptos como la muerte, los miedos o la hipocresía; sin limitaciones de forma, color o composición, haciendo uso de personajes animales, humanos u objetos para lograrlo. El objetivo principal de su obra es la creación de un collage que al integrarse represente un retrato de un mundo creíble, no del aspecto de las cosas, sino de su esencia, en ocasiones sin las envolturas que lo hacen más digerible.