

# Ciclo de Conferencias Médicas XXIII Dr. Eduardo Rodríguez Noriega

Vol. 7 Suplemento 1

Noviembre

Año 2015



*La última intensión  
del arquitecto*

ISSN 2007-8188  
Revista Médica MD

**Presentación de trabajos libres**

## 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 Elias

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  
Tania Fernández Chávez

### Comité de diseño

Blanca Fabiola Fajardo Fregoso  
Adriana Valle Rodríguez  
Andrea Castro Gallegos  
Carlos Miguel González Valencia  
Alberto Álvarez Gutiérrez  
Jesús Rodríguez Salcido  
Erik Zamudio López

### Comité de difusión y divulgación

Luis Manchego Serur  
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 HCFAA

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 HCFAA

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 7, Número 1, agosto a octubre 2015, es una publicación trimestral editada por Roberto Miranda De La Torre, Sierra Grande 1562 Col. Independencia, Guadalajara, Jalisco C.P. 44340. [www.revistamedicamd.com](http://www.revistamedicamd.com), [md.revistamedica@gmail.com](mailto:md.revistamedica@gmail.com). Editor responsable: Javier Soto Vargas. Reservas de Derecho al Uso Exclusivo No. 04-2014-101310041400-102. ISSN: 2007-8188. 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 2015.

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. Eduardo Rodríguez Noriega"**

---

**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 Antiguo Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde"

**Dr. Francisco Preciado Figueroa**  
Director del Nuevo Hospital Civil "Dr. Juan I. Menchaca"

**Mtro. Víctor Manuel Ramírez Anguiano**  
Subdirector General de Enseñanza e Investigación  
O. P. D. Hospital Civil de Guadalajara

**Dra. Claudia Margarita Ascencio Tene**  
Subdirectora de Enseñanza e Investigación  
Antiguo Hospital Civil "Fray Antonio Alcalde"

**Dr. Víctor Orozco Monroy**  
Subdirector de Enseñanza e Investigación  
Nuevo Hospital Civil "Dr. Juan I. Menchaca"

**C. José Alberto Galarza Villaseñor**  
Presidente de la Federación de Estudiantes Universitarios

**Dr. Luis Elías Manchego Serur**  
Presidente de la Sociedad de Médicos Residentes  
Antiguo Hospital Civil "Fray Antonio Alcalde"

**Dr. Francisco Márquez de Oca**  
Presidente de la Sociedad de Médicos Residentes  
Nuevo Hospital Civil "Juan I. Menchaca"

**Dr. Jorge Casal Sánchez**  
Coordinador General 23 Ciclo de Conferencias Médicas Hospitales Civiles

**Dr. José Felipe Muñoz Islas**  
Coordinador 5to Expo CICOM

**Dr. Alvaro López Iñiguez**  
Coordinador 5to Concurso de Trabajos Libres en Cartel



## Mensaje del Presidente de la Sociedad de Médicos Residentes

Luis Elias Manchego Serur

Presidente de la Sociedad de Médicos Residentes  
Hospital Civil "Fray Antonio Alcalde" 2015-2016

**E**stimados Colegas del ámbito de la salud:

Es para mí un honor darles la Bienvenida al XXIII Ciclo de Conferencias Médicas -CICOM- Hospitales Civiles de Guadalajara "Dr. Eduardo Rodríguez Noriega", a nombre de la Sociedad de Médicos Residentes del Hospital Civil "Fray Antonio Alcalde".

Año con año se realiza un gran esfuerzo por parte de los médicos residentes de nuestro hospital con esmero y dedicación para lograr crear un evento académico de actualización de la más alta calidad, con especial interés en el área de investigación y práctica en el campo clínico, colocando a este congreso multidisciplinario dentro de los mejores espacios de formación para el personal de salud en el occidente del país.

Bajo nuestro aclamado y conocido lema "Actualización Médica Continua y de Vanguardia", el Ciclo de Conferencias Médicas, tiene como objetivo principal el abordaje de temas de contribución científica y académica, así como su aplicación en el desarrollo y avance de la medicina en las distintas especialidades, subespecialidades y áreas básicas de la formación médica y profesionales en salud.

Los retos crecientes en la actualidad se hacen notar ante una sociedad que vive en la era de la informática en donde existen accesos instantáneos a la información al alcance de la mano, permitiéndole saber a la población acerca de cuestiones médicas, patologías, tratamientos y pronósticos, por lo que es imperativo la creación y continuación de este tipo de eventos en donde podamos exponer los grandes retos médicos a futuro, confrontar ideas,

plantear problemas y transmitir la enseñanza que se traducirá en un mayor desarrollo de la producción científica y alcanzar la excelencia en la atención de nuestros pacientes. En este XXIII Ciclo de Conferencias Médicas se logra conjuntar expertos reconocidos en sus áreas de conocimiento, de prestigio internacional como nacional de la práctica médica y científica, por lo que estamos seguros que durante el desarrollo de este ciclo se lograrán las expectativas y los objetivos establecidos.

Finalmente agradezco al Comité Organizador XXIII CICOM, a los miembros de la Sociedad de Médicos Residentes 2015-2016 y a cada uno de los médicos residentes de nuestro hospital, quienes hemos trabajado de manera constante y continua para lograr el objetivo final al conjuntar los diferentes programas científico-académicos en este magno evento. Agradezco también a los directivos del Benemérito Hospital Civil de Guadalajara con sus dos sedes, nuestra máxima casa de estudios la Universidad de Guadalajara, el Centro Universitario de Ciencias de la Salud y a las distintas casas comerciales, quienes siempre han depositado su confianza con un apoyo incondicional, acompañándonos a cada paso. Los invitamos a participar y disfrutar de este maravilloso evento.



## Mensaje del Coordinador General

Jorge Casal Sánchez

Médico Residente de Gastroenterología  
Coordinador General CICOM XXIII

**E**n nombre de la Sociedad de Médicos Residentes más grande de Latinoamérica, que es la del Hospital Civil de Guadalajara y en coordinación con el comité organizador, es para mí un honor dar la bienvenida a esta fiesta de conocimiento que celebramos anualmente, en la cual compartimos lo más reciente en avances de la Medicina y Ciencias de la Salud.

Con la frase célebre “Crear ó Morir”, traemos el congreso con mayor número de ponencias a nivel nacional organizado por Médicos Residentes de las principales especialidades y subespecialidades, sabiendo lo difícil que es dedicar nuestro tiempo a actividades diferentes a la atención y cuidado para mejorar la salud de nuestros pacientes, hicimos el memorable esfuerzo para llevar a cabo un congreso de actualización médica y continua, trayendo a escena lo más innovador en el área de la salud a nivel mundial.

En esta ocasión homenajeando al Dr. Eduardo Rodríguez Noriega, Médico Infectólogo de talla internacional con una carrera ejemplar que lo avala, teniendo por detrás un sinnúmero de pacientes y alumnos que han tenido la dicha de recibir su conocimiento, activo en la investigación en salud, líder de opinión pública y con un buen sentido del humor que lo caracteriza. En nuestro repertorio de conferencias contaremos con una gama de más de 240 ponencias, más de 150 conferencistas de Jalisco y 30 de fuera del estado además de 4 ponentes internacionales.

También incluimos múltiples Talleres, un concurso de Fotografía Médica y un concurso de Carteles los

cuales serán publicados en la Revista Médica MD indizada en múltiples bases de datos internacionales. Los exhortó a disfrutar estos días para llenarse de sabiduría y cultura, relacionarse con ponentes de talla nacional e internacional y sobre todo utilizar todo conocimiento adquirido por bien del prójimo. Así que bienvenidos sean todos ustedes, y recordemos la frase de Galeno “El médico sólo es el ayudante de la naturaleza”.



## Mensaje del Coordinador del 5to Concurso de Trabajos Libres en Cartel

Alvaro López Iñiguez

Médico Residente de Medicina Interna  
Coordinador 5to Concurso de Trabajos Libres en Cartel

A todos los participantes del Ciclo de Conferencias Médicas CICOM Número 23 “Dr. Eduardo Rodríguez Noriega” les extiendo un cordial saludo.

El CICOM es un congreso Interdisciplinario organizado por Médicos Residentes que es un referente para las convenciones y reuniones de actualización de todos los profesionales de la salud. Este se ha caracterizado por ofrecer ponencias de calidad internacional, actualizadas y dirigidas a las problemáticas de nuestro medio.

La Sociedad Médica de Residentes del Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde en su interés por ofrecer mejoras en la atención y tratamiento a todos los pacientes ha dedicado tiempo y esfuerzo en lograr que los avances médico-científicos sean puestos a favor de la población que los necesita y uno de esos causes, es la formación y actualización del personal de salud.

Uno de los eventos principales del congreso es el Concurso de Trabajos Libres en Cartel, evento que he tenido el honor de coordinador en los últimos dos años y que con gran satisfacción he visto crecer y consolidarse. La participación de múltiples centros nacionales en la promoción y difusión de los avances científicos logrados al igual que el intercambio de conocimiento son los pilares que rigen y se promueven durante este evento.

Es un orgullo mencionar la participación de este año que consiste en más de 20 centros nacionales y más de 150 autores. Como lo fue el año pasado, en este año los trabajos presentados serán publicados en la Revista Médica MD, publicación con reconocimiento y

validez internacional.

No queda más que agradecer la participación e interés de todos ustedes, esperando que este Ciclo de Conferencias Médicas CICOM sea todo un éxito y satisfaga sus expectativas. Bienvenidos.

## Conocimiento de las consecuencias del uso excesivo de antiinflamatorios en una población

María Guadalupe Calderón-Núñez<sup>1</sup>, Luis Felipe Martínez-Morón<sup>1</sup>.  
1. Universidad Guadalajara LAMAR

### Antecedentes

Los Anti-inflamatorios no esteroideos (AINE) se encuentran entre las causas más frecuentes de reacciones adversas medicamentosas. Según un estudio realizado por la FDA (*Federal Drugs Administration*) en el año 2008, estos fármacos causaron el 21% del total de reacciones adversas medicamentosas registradas en Estados Unidos.

### Objetivos:

Identificar los AINE más utilizados así como difundir en la población los riesgos del abuso de los antiinflamatorios.

### Material y Métodos:

Estudio descriptivo, transversal realizado en pobladores de 40 a 60 años residentes de San Miguel Cuyutlán, Jalisco que sepan leer, escribir y que tomen algún AINE.

### Resultados:

Se realizaron 150 encuestas obteniendo que 62% de los consumidores de AINE lo hace por automedicación, consumiendo de 1 a 3 veces por semana. El fármaco más usado fue aspirina (n=86, 57%). 118 (79%) personas reportó no saber la razón para el consumo del fármaco y 54 (36%) personas tenía seis meses consumiendo AINE de forma ininterrumpida.

## Señales de alarma obstétricos en pacientes del Hospital Regional Dr. Valentín Gómez Farías

Carmen Leticia Suro-Soto<sup>1</sup>, Luis Enrique Núñez-Duran<sup>1</sup>, Efrén Núñez Galán<sup>1</sup>, Raquel Duran-Alba<sup>1</sup>, Francisco Sánchez-Ayala<sup>1</sup>, Claudia Alicia Chávez-Aldana<sup>1</sup>.  
1. ISSSTE

### Introducción

La muerte materna es un indicador de las condiciones de salud de la población en general. Se ha demostrado que las defunciones maternas se producen por demoras en el reconocimiento de complicaciones, en la llegada al centro médico o en la prestación del servicio. El conocimiento y las prácticas sobre los signos y síntomas de alarma del obstétricos es un punto clave de las estrategias para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna.

### Objetivo

Determinar el grado de conocimientos de los signos y síntomas de alarma obstétricos en pacientes del Hospital Regional Dr. Valentín Gómez Farías.

### Material y Métodos

Estudio descriptivo transversal. La población incluida fueron las pacientes embarazadas de la consulta externa de embarazo de alto riesgo del Hospital Regional Dr. Valentín Gómez Farías. En el periodo del 15 de Enero al 15 de Marzo del 2015. El instrumento de medición fue elaborado por los autores del proyecto, basándose en el Cuestionario de Montañez Vargas, que incluyó 13 preguntas sobre señales de alarma del embarazo. Se analizaron variables socio demográficas: edad, escolaridad, estado civil, número de embarazos, partos, abortos, antecedente de aborto y parto de pre-término; Datos del Recién nacido: peso, sexo, Apgar, semanas al nacimiento y complicaciones. Presentando los resultados en tablas y gráficos de frecuencias.

### Resultados

Se realizaron 132 encuestas, Predominando el grupo de edad de 30 – 39 años (48 %) casadas (75 %), 1 -2 embarazos (59 %), cursaron con amenaza de aborto (21 %), cursaron con amenaza de parto pretérmino (4.5 %). Las dos principales señales de alarma consideradas por la paciente: Contracciones uterinas y disminución de movimientos fetales, las dos principales señales de alarma que menos consideraron las pacientes: Salida de líquido vaginal y dolor epigástrico.

### Conclusiones

El conocimiento de las pacientes sobre los signos de alarma obstétricos están relacionados a la experiencia con embarazos previos y a la labor del médico en la adecuada capacitación e información otorgada durante el control prenatal.

## Hematoma Subdural Crónico en el Antiguo Hospital Civil de Guadalajara

Santiago Núñez-Velasco<sup>1</sup>, Christian Denisse Peña-Torres<sup>1</sup>, Jesús Alejandro Zúñiga-Mora<sup>1</sup>, Patricia Roldán-Mora<sup>1</sup>, Macario José Arellano-Beltrán<sup>1</sup>, Miguel Ochoa-Plascencia<sup>1</sup>, Leonardo E. Aguirre Portillo<sup>1</sup>.

1. Servicio de Neurocirugía HCGFAA, Guadalajara, Jalisco, México.

### Introducción

Los hematomas subdurales crónicos (HSDC) son colecciones de lenta y sostenida progresión, secundarios a un traumatismo, que genera un proceso inflamatorio, y acumulación de plasma.

### Material y Métodos

Mediante análisis longitudinal compilaron 2108 pacientes consecutivos con TCE, de los cuáles 100 presentaron HSDC; que ingresaron al servicio de neurocirugía entre el año 2004 y el año 2014. Analizando información mediante SPSS 20®.

### Resultados

De 100 pacientes con HSDC, el 95% fueron hombres, el 70% eran mayores de 55 años, 73 % fueron a causa de caídas, 12% relacionados a vehículo automotor, 14% a golpes y 1% de causa desconocida. El alcohol se relacionó al trauma en un 27%, sin embargo el 59% refirieron alcoholismo crónico. Se realizó cirugía en el 93% de los pacientes (80 drenaje por trépanos, 15 craneotomías y 5 hemicraniectomías). El 73% tuvieron ECG por arriba de 13. A su egreso el 84% obtuvieron GOS  $\geq$  4 y 15 pacientes fallecieron. Se corrió un modelo de regresión múltiple para obtener las variables que influyen directamente en el pronóstico del paciente mediante la escala de GOS, obteniendo significancia para la edad del paciente  $p=(0.018)$  y la ECG de ingreso  $p=(0.001)$ .

### Conclusiones

El HSDC es una patología de varones mayores de 50 años, relacionado con alcoholismo y causa de caídas. El drenaje por trépanos es de elección. Así pues las variables que con más peso influyen en el pronóstico son la edad y la ECG de ingreso.

## Caídas como causa de Traumatismo Craneoencefálico en el Antiguo Hospital Civil de Guadalajara

Santiago Núñez-Velasco<sup>1</sup>, Christian Denisse Peña-Torres<sup>1</sup>, Patricia Roldán-Mora<sup>1</sup>, Jesús Alejandro Zúñiga-Mora<sup>1</sup>, Macario José Arellano-Beltrán<sup>1</sup>, Miguel Ochoa-Plascencia<sup>1</sup>, Leonardo E. Aguirre Portillo<sup>1</sup>.

1. Servicio de Neurocirugía HCGFAA, Guadalajara, Jalisco, México.

### Introducción

Según la literatura mundial, las caídas constituyen uno de los principales mecanismos de TCE, casi empatado con los accidentes automotores lo cual constituye reto orientado hacia la prevención de las mismas.

### Material y Métodos

Se trata de un análisis longitudinal en donde se compilaron 2108 pacientes consecutivos con TCE, que ingresaron al servicio de neurocirugía entre el año 2004 y el año 2014. Realizando un análisis descriptivo de los datos y prueba de Chi2 para el análisis de las variables. La información se analizó utilizando el paquete estadístico SPSS 20.

### Resultados

De los 2108 pacientes, 745 (35%), sufrieron TCE a causa de caídas, sin embargo de los mayores de 65 años ( $p<0.001$ ), el 67% las sufrieron; el 34% de las mismas se relacionaron con alcohol al momento del trauma ( $p=0.001$ ), de los pacientes que presentaron hematoma epidural el 35% fue a causa de caídas, de los que sufrieron subdural agudo el 43% se cayeron, de los que padecieron subdural crónico 65% fue a causa de esta patología y de los que sufrieron contusiones el 34% fue a causa de una caídas. Del total de pacientes que cayeron 138 fallecieron, 7 egresaron con estado vegetativo persistente, 66 con incapacidad severa, 100 con incapacidad leve y 459 sin incapacidad.

### Conclusión

En nuestro centro las caídas constituyen la causa principal de ingreso por trauma craneoencefálico, siendo factores de riesgo, la edad avanzada y el alcoholismo. Las caídas son la causa predominante del desarrollo de un hematoma subdural crónico.



## Principales indicaciones y complicaciones de cesárea no programada y programada

David Valencia-Moreno<sup>1</sup>, Luis Enrique Núñez-Durán<sup>1</sup>, Efrén Núñez-Galán<sup>1</sup>, Adriana Tarcila Velázquez-Pérez<sup>1</sup>, Raquel Durán-Alba<sup>1</sup>, Carmen Leticia Suro-Soto<sup>1</sup>.

1. Hospital regional Dr. Valentín Gómez Farías ISSSTE Zapopan Jalisco México  
Folio 0212

### Introducción

Actualmente la alta frecuencia en la práctica de la operación cesárea es un problema de salud pública a nivel mundial, en Latinoamérica, incluido México se reportan incidencias mayores del 50%. La cesárea aumenta los riesgos materno-infantiles y los gastos en salud en comparación con los partos vaginales. Se han demostrado mayor riesgo de complicaciones en cesáreas no programadas.

### Objetivo

Identificar las principales indicaciones y complicaciones de pacientes con cesáreas programadas y no programadas.

### Material y métodos

Estudio prospectivo y descriptivo efectuado en el servicio de obstetricia del hospital regional Dr. Valentín Gómez Farías, con expedientes de pacientes operadas por cesárea programada y no programada en el periodo del 13 de enero al 18 de agosto del 2015. Analizando edad, semanas de embarazo, datos del recién nacido, sexo, peso, Apgar, tiempo de la última cesárea, indicaciones de la cesárea y complicaciones, reportándose en tablas y gráficos.

### Resultados

Se revisaron 200 expedientes, 121 de pacientes con cesárea programada y 79 de pacientes con cesárea no programada, el rango de edad 16 a 51 años, tiempo mínimo de última cesárea 1 año y máximo de 14 años, la semanas de gestación de las pacientes programadas de 28.5 - 41.4 semanas y de pacientes con cesárea no programada 25.4 a 42 semanas. En ambos grupos predominó el sexo femenino. Las indicaciones más frecuentes en cesárea programada: antecedente de cesárea, cesárea integrativa, DCP, oligohidramnios, restricción de crecimiento intrauterino. De cesárea no programada: RPM, oligohidramnios, DCP, antecedente de cesárea, sufrimiento fetal. Las principales complicaciones tanto de la cesárea programada y la no programada fueron: hemorragia y atonía uterina.

### Conclusión

Las indicaciones de cesárea programada y no programada son distintas, las complicaciones son más comunes en pacientes en cesáreas no programadas, lo cual coincide con lo referido en la literatura mundial.

## Principales motivos para uso de condón masculino como método de contracepción

David Valencia-Moreno<sup>1</sup>, Luis Enrique Núñez-Durán<sup>1</sup>, Claudia Alicia Sánchez-Aldama<sup>1</sup>, Efrén Núñez-Galán<sup>1</sup>, Raquel Durán-Alba<sup>1</sup>, Adriana Tarcila Velázquez-Pérez<sup>1</sup>.

1. Hospital regional Dr. Valentín Gómez Farías ISSSTE Zapopan Jalisco México.  
Folio 0212

### Introducción

Se ha reportado el uso de condón como contraceptivo con una alta falla de hasta 15% en el adulto. Investigaciones de Alan Guttmacher Institute de la organización *International Planned Parenthood* refirió que el 53% de las mujeres con un embarazo no planeado estaban usando contracepción durante el mes en que se embarazaron. La falla de contracepción del condón es principalmente por falla humana: depresión, sexo forzado, sexo no planeado, deseo de no usar contraceptivo, deseo de embarazo.

### Objetivo

Identificar los principales motivos de uso de condón masculino como método contraceptivo.

### Material y métodos

Estudio descriptivo, observacional, utilizando encuesta aplicada a pacientes del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Valentín Gómez Farías en el periodo de Febrero a Agosto del 2015. Se calificó con escala dicotómica (si/no) 12 ítems del cuestionario. Se analizaron datos sociodemográficos: edad, estado civil, inicio de vida sexual activa, antecedentes de uso de anticonceptivos, uso de condón y falla de condón. Se reportan resultados en tablas de frecuencias y porcentajes.

### Resultados

Se encuestaron 84 pacientes de 13 a 51 años. Casadas el 75%, unión libre 17.8%. 42.8% con inicio de vida sexual activa de menos de 19 años, 3.5% después de los 31 años. 52.3% refirió antecedente de uso de condón, 76.1% utilizó anteriormente otro método anticonceptivo, 13% refirió falla del condón. Los tres principales motivos del uso del condón fueron: uso previo, sabe como usarlo, relaciones esporádicas y seguridad (impide el embarazo). Los tres motivos menos frecuentes: la pareja le pide usarlo, los familiares no permiten que use otro método, lo económico.

### Conclusiones

El uso del condón como método anticonceptivo de las pacientes encuestadas (puérperas y embarazadas) es alto. La falla del condón fue referida en un 13% lo cual coincide con la literatura realizada. Se debe orientar a toda mujer en que el condón como método contraceptivo no es recomendable y para evitar fallas y complicaciones debe utilizar métodos más eficaces.

## Nivel de conocimientos en cuidados paliativos en Estudiantes de Enfermería de la Universidad Autónoma de Aguascalientes

Claudia Lizbeth Robledo-Ávila<sup>1</sup>, Carmín Bernal-Borjón<sup>1</sup>, Andrea Hernández-Arellano<sup>1</sup>, Guadalupe Cristina García-López<sup>1</sup>, Guadalupe López-Alvarado<sup>1</sup>, Yajaira Alejandra Torres-Gallegos<sup>1</sup>, María Luisa Vital-Castañeda<sup>1</sup>, Laura Gómez-Delgado<sup>1</sup>.

1. Hospital regional Dr. Valentín Gómez Farías ISSSTE Zapopan Jalisco México  
Folio 0212

### Introducción

La muerte en el paciente terminal, es un proceso que precisa cuidados, exige que sean dignos y con el menor sufrimiento. La aportación deriva del estudio cognitivo para la aplicación de cuidados paliativos. Dato indispensable para corregir o incrementar el conocimiento. La medicina paliativa no figura en las prioridades de salud de México; es por ello que en las Instituciones existe un gran desconocimiento sobre necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales del paciente terminal.

### Objetivo

Medir el nivel de conocimiento en cuidados paliativos en estudiantes que finalizan la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Autónoma de Aguascalientes (UAA).

### Material y métodos

Estudio descriptivo transversal realizado en el periodo Agosto-Diciembre 2015. En Estudiantes de séptimo, octavo y servicio social de la Licenciatura en Enfermería. Se aplicó el instrumento "Evaluación del conocimiento sobre cuidados paliativos" con una confiabilidad de 0.611 Alfa de Cronbach. Consta de 20 ítems.

### Resultados

Se realizaron 104 encuestas. Se obtuvo que el 51% de los estudiantes tuvieron un conocimiento satisfactorio. De estos, 58% fueron de alumnos de séptimo y octavo semestre. En el análisis por sexo se encontró que los hombres tuvieron más conocimiento sobre los cuidados paliativos.

### Discusión

En el estudio realizado 51% tuvieron calificación de satisfactorio contrario con resultados de La Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos (ALCP) en estudios aplicados a profesionales de pre y posgrado de Enfermería, los cuales mencionan que el conocimiento es del 15%.

### Conclusión

De acuerdo a los resultados obtenidos se concluye que los estudiantes tienen conocimiento superior al 15% según la hipótesis de investigación.

## Presencia de Síndrome de *Burnout* en Médicos de una Unidad del IMSS

Rebeca Gaspar-González<sup>1</sup>, Gonzalo Mayoral-Colín<sup>1</sup>, Brenda Estela Chávez-Ureña<sup>1</sup>.

1. Servicio de Medicina Familiar, Instituto Mexicano del Seguro Social.

### Introducción

El mismo término de Desgaste Profesional (*Burnout*) lleva implícito la referencia a un proceso disfuncional de deterioro. El Desgaste Profesional consiste básicamente en un proceso de pérdida lenta, pero considerable, del compromiso y la implicación personal en la tarea que se realiza. Los estudios sobre el estrés laboral crónico, lo consideran (no en México) como una patología laboral debida al estrés continuo al que es sometido el médico durante su jornada laboral. Así, el estrés y el malestar acaban por instalarse de modo crónico, provocando trastornos psicopatológicos y de conducta, manifestaciones que nos alertan ante un problema de salud.

### Objetivo

Conocer la asociación entre factores predisponentes y síndrome de *Burnout* en médicos de una Unidad de Medicina Familiar.

### Material y métodos

Se realizó un proyecto de investigación con diseño transversal analítico con médicos que laboran en la consulta externa de una unidad de medicina familiar. A los cuales se les aplicó la escala de *Maslach Burnout Inventory* para medir la frecuencia y la intensidad con que se sufre dicho síndrome.

### Resultados

Se estudiaron a un total de 86 médicos con una mediana de edad de 40 años y un rango de 55; antigüedad con una mediana de 11.5 y un rango de 25 y respecto al número de hijos con una mediana de 2 y un rango de 4. En cuando la frecuencia de la presencia de Síndrome de *Burnout* en la Unidad de Medicina Familiar 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 sí 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.

## Conocimientos de factores de riesgo para cáncer de mama actitudes y prácticas de autoexploración en mujeres del Hospital Dr. Valentín Gómez Farías

Luis Enrique Núñez-Durán<sup>1</sup>, Carmen Leticia Suro-Soto<sup>1</sup>, Efrén Núñez-Galán<sup>1</sup>, Raquel Durán-Alba<sup>1</sup>.

1. Hospital Regional Dr. Valentín Gómez Farías ISSSTE Zapopan Jalisco México

### Introducción

En México, el cáncer de mama ocupa en la actualidad el primer lugar en la incidencia de neoplasias malignas en las mujeres, representa el 11.3% de todos los cánceres, con un incremento global del 1.5% anual. Las estadísticas sustentan la necesidad de hacer imprescindible la prevención de cáncer de mama, para lograr una disminución de casos de morbilidad y mortalidad.

### Objetivo

Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas de prevención de factores de riesgo de cáncer de mama y autoexploración mamaria.

### Material y métodos

Estudio descriptivo prospectivo. La muestra fue de 277 pacientes del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Dr. Valentín Gómez Farías del ISSSTE; El instrumento de medición fue un cuestionario que incluyó preguntas sobre conocimientos de exposición a factores de riesgo, actitudes en relación a busca de información y autoexploración de mamas, presentándose en tablas de frecuencias.

### Resultados

Este estudio se realizó en un grupo etario de 20 a 40 años de edad, 70% con escolaridad superior y trabajadoras 85%. El 81% identificaron como principal factor de riesgo tener más de 40 años, así como 75% señalaron los antecedentes familiares; presentaron poco conocimiento sobre la técnica de autoexploración mamaria. El 92% reconoció que el diagnóstico temprano mejora el pronóstico de cáncer y 94% que el autoexamen de mama ayuda al diagnóstico oportuno. El conocimiento global de las mujeres encuestadas fue bajo considerando que menos del 50% reconocieron factores de riesgo. Las actitudes en relación a la busca de información fueron adecuadas en 89%. En cuanto a la práctica de autoexploración mamaria, el 94%, refirió realizarse la autoexploración.

### Conclusiones

El desconocimiento y la falta de interés de las mujeres para aceptar los procedimientos diagnósticos, contribuyen a la no realización de diagnósticos oportunos, aumentando así la morbilidad que genera este padecimiento, considerado ahora un problema de salud pública.

## Prevalencia puntual de signos premotores en pacientes con Parkinson en México

Elsa Edith Carreón-Bautista<sup>1</sup>, Amin Cervantes-Arriaga<sup>2</sup>, Mayela Rodríguez-Violante<sup>3</sup>

1. Carrera de Medicina, Universidad de Guadalajara Centro Universitario de Ciencias de la Salud, 2. Laboratorio Clínico de Enfermedades Neurodegenerativas. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía México, D.F. 3. Clínica de Movimientos Anormales. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía México, D.F

### Introducción

El reconocimiento de signos premotores ha cambiado la conceptualización de la enfermedad de Parkinson (EP) con un diagnóstico temprano subclínico y la identificación de síntomas no motores (SNM) con mejor predicción a futuro.

### Material y Métodos

Se realizó una investigación cuantitativa, transversal con diseño de casos y controles. Con muestra de 530 sujetos con EP y 500 controles. El criterio de inclusión en ambos grupos fue edad >50 años. Se recurrió a la implementación de encuestas que constaron de 4 apartados generales en donde se incluyó la escala de evaluación de síntomas no motores en Enfermedad de Parkinson, Escala de valoración QUIP-RS y la parte motora de la escala UPDRS. Para el análisis estadístico se empleó el programa SPSS 20, la correlación para variables cualitativas se hizo mediante la prueba de X<sup>2</sup> y las estimaciones del riesgo relativo se realizaron por medio de OR.

### Resultados

Los trastornos psiquiátricos obtuvieron un elevado porcentaje al compararlo con los controles y con la prevalencia de los demás SNM. La Depresión se presentó en un 38.6% en los casos y 10.4% para controles; Ansiedad presentó 37.4% casos y 6.6% controles. En hiposmia la proporción entre casos y controles fue de 24% y 10.2%, de Trastorno de Sueño 37.2% y 15.2%, de Estreñimiento 34.4% y 19.8% respectivamente. Los trastornos psiquiátricos (ansiedad y depresión) representan mayor riesgo con un OR de 8.469 y 5.417 respectivamente; seguidos de los Trastornos del Sueño (OR 3.306), Hiposmia (OR 2.773) y por último Disfunción Autonómica (Estreñimiento) (OR 2.155).

### Conclusiones

La prevalencia de los SNM aumenta con la edad de manera significativa en ambos grupos. Es de gran importancia lograr un diagnóstico precoz que permita un entretimiento su progresión.

## Efecto de la administración oral de inulina sobre la glucosa, triglicéridos y colesterol total en individuos con sobrepeso y obesidad

Alejandra Gómez-García<sup>1</sup>, Luis Gerardo Cortés-Martínez<sup>2</sup>, Guadalupe Solís-Romero<sup>1</sup>, María Fernanda Duarte-Olguín<sup>3</sup>, Lucero Poucel-Méndez<sup>3</sup>.

1. Departamento de Investigación de Ciencia Básicas de la Universidad Cuauhtémoc, 2. Especialidad en Nutrición Clínica y Geriátrica, 3. Universidad Cuauhtémoc

### Introducción

La inulina es un carbohidrato no digerible que está presente en muchos vegetales, frutas y cereales. A nivel industrial se extrae de la raíz de la achicoria (*Cichorium intybus*) y se utiliza como ingrediente en alimentos funcionales 1. Este fructooligosacárido posee las características de la fibra dietaria (FD); pudiendo mimetizar la grasa en derivados cárnicos, como la formación de gel cuando es combinada con agua, debido a esto también ha sido utilizada para incrementar el rendimiento de cocción de los alimentos 2. La FD en general puede proporcionar una multitud de propiedades funcionales cuando es incorporada a sistemas alimenticios.

### Material y Métodos

Ensayo clínico fase 4, prospectivo, aleatorizado, sin ciegos. Se utilizó un muestreo no probabilístico, tomando una muestra de 20 pacientes, con un seguimiento de 3 meses. Los participantes fueron randomizados en dos grupos: Grupo Inulina y Grupo no Inulina. Se realizó el análisis estadístico utilizando media  $\pm$  desviación estándar (DE), frecuencia y porcentaje (%) y pruebas paramétricas Levene y T de Student, considerando el valor de  $p < .05$ .

### Resultados

Se incluyeron 20 pacientes, el 50% fueron mujeres y el otro 50% fueron varones, y todos refirieron un nivel socioeconómico medio. Ninguno de los participantes fue eliminado del estudio. En referencia a las variables bioquímicas no existieron diferencias estadísticamente significativas entre los valores basales de los grupos. Con respecto a los valores tras la administración de Inulina, se detectó en los pacientes del Grupo Inulina una disminución significativa de los niveles de colesterol total.

### Discusión y conclusiones

En este trabajo se ha mostrado como la inclusión de Inulina en pacientes obesos, produce una disminución significativa de los niveles de colesterol ( $p 0.002$ )<sup>3</sup>. Se obtuvieron resultados alentadores, observándose la disminución de las concentraciones de colesterol total. Por lo que se recomienda un estudio posterior con una muestra más amplia, así como la evaluación de otros efectos como: la actividad intestinal.

## Percepción del adulto mayor sobre la depresión en un asilo de Aguascalientes

Tania Guadalupe Pérez-Sifuentes, Jazmin Ruiz-Martínez, Diana Nayeli Esparza-Ponce, Ofelia Esquivel-Blanca, Mónica Cecilia García-Hernández, Dalila Carolina Macías-Macias, Mariely Acosta Alvarez.

1. Universidad Autónoma de Aguascalientes. 2. Departamento de Enfermería.

### Introducción

La depresión afecta los pensamientos y las emociones de la persona. Existen investigaciones cualitativas que tratan de la percepción pero no en relación a la depresión.

### Objetivo

Documentar mediante estrategias cualitativas la percepción que tiene el adulto mayor sobre la depresión en un asilo de Aguascalientes.

### Material y Métodos

Cualitativa. Se realizaron entrevistas, las cuales fueron grabadas y transcritas fielmente, se encontró la saturación del dato al realizar 15 entrevista en adultos mayores, con el apoyo del modelo de Roy (autoconcepto).

### Resultados

El 66.66% de los entrevistados tiene entre 60 y 84 años, un 46.66% dijo ser soltero; y el 33.33% no tiene ninguna escolaridad mientras que el resto cuenta con algún grado de educación. Se detectaron seis categorías relacionadas con los datos arrojados de las entrevistas: autoconcepto, conocimientos, sentimientos, percepción, relaciones y entorno. De estas categorías se pudo determinar que el adulto mayor percibe la depresión como un sentimiento de tristeza y soledad, en la mayoría de los casos, es ocasionado por la falta de comunicación y convivencia con su familia.

### Discusión

En acuerdo con Livneh, las estrategias afectivas hacen referencia a los intentos que realiza la persona para controlar las reacciones emocionales que el problema genera. Se manifiestan con la expresión de sentimientos frente a sí mismo y frente a otros.

### Conclusión

Se afirma, que el adulto mayor percibe la depresión en relación a la falta de comunicación y convivencia con su familia o a la experiencia de alguien que la padece.



## Conocimientos actitudes y prácticas de obesidad y lactancia en estudiantes de medicina

Raquel Durán-Alba<sup>1</sup>, Claudia Alicia Chávez-Aldana<sup>1</sup>, Luis Enrique Núñez-Durán<sup>1</sup>, Efrén Núñez-Galán<sup>1</sup>, Francisco Jesús Suárez-Ayala<sup>1</sup>

1. Hospital Regional Dr. Valentín Gómez Farías ISSSTE Zapopan Jalisco México. Folio 0016

### Introducción

El fomento del hábito de lactancia natural constituye una estrategia fundamental para mejorar la salud de la madre y el niño. La lactancia materna disminuye el riesgo de obesidad en la edad adulta. Los universitarios tienen hábitos alimentarios y forma de control inadecuados.

### Objetivo

Determinar el grado de Conocimiento, Hábitos y Prácticas de Obesidad y Lactancia de Estudiantes de la Carrera de Medicina de la Universidad Guadalajara Lamar.

### Material y Métodos

Estudio observacional, utilizando como instrumento encuesta voluntaria, aplicada a estudiantes de 1º y 2º semestres de la carrera de Medicina, en el Periodo de Junio-Noviembre 2014, de Conocimientos de lactancia (5 preguntas) considerando conocimientos bajos con 0-3 respuestas acertadas, altos con 4-5 respuestas acertadas, Actitudes de hábitos alimentarios (3 preguntas con cinco opciones de respuesta), Prácticas de hábitos alimentarios (4 preguntas con cinco opciones de respuesta), reportándose en tablas de frecuencias.

### Resultados

El rango de edad de los 51 estudiantes encuestados fue de 17-24 años. 35,9% reportó tener hábitos alimentarios inadecuados. El 15% no tiene acceso a alimentos sanos, 7% los considera caros, 3,9% no le gusta consumirlos. 21,9% consume cerveza. Es inadecuada la práctica de ejercicio en 21,5%. Respecto al consumo de alimentos, 14% reportó comer mientras ve televisión, 9% mientras estudia, 9% en situaciones de estrés y 17,6% refirieron actitudes alimentarias inadecuadas en reuniones. La evaluación de conocimientos sobre lactancia y obesidad fue baja en 86,2%. 27,4% no recibió lactancia materna, 16% no planea lactar a futuro y 49% no sabe cuanto tiempo recibió lactancia materna.

### Conclusiones

Los conocimientos sobre lactancia y obesidad de las estudiantes es bajo, sus actitudes hacia la lactancia son inadecuadas la práctica de ejercicio es inadecuado, lo que incrementa su riesgo de obesidad a futuro.

## Apego a Toma de Presión Arterial Según NOM-030-SSA2-2009 por Estudiantes de UAA

Yazmin Vázquez-Becerra<sup>1</sup>, Jennifer Beatriz González-Medina<sup>1</sup>, Lesia Fernández-Delgado<sup>1</sup>, Carmen Cecilia Corona-Rivera<sup>1</sup>, Yareli Enriquez-Gaytán<sup>1</sup>, Maleny Belén Salazar-Castillo<sup>1</sup>, Alejandra Cruz López-Sonia<sup>1</sup>, Nery Guerrero-Mojica<sup>2</sup>, Lourdes Castañeda-Guerrero<sup>2</sup>

1. Licenciatura en Enfermería de la Universidad Autónoma de Aguascalientes. 2. Departamento de la Licenciatura en Enfermería, perteneciente al Centro de Ciencias de la Salud, en la Universidad Autónoma de Aguascalientes.

### Introducción

La prevalencia de hipertensión arterial en la población mexicana ha tenido un incremento, por lo que la toma de la presión arterial es primordial, como lo establece la NOM -030-SSA2-2009. Las normas son herramientas que permiten establecer parámetros para evitar riesgos a la población, sin embargo se desconoce si la toma de la presión arterial se realiza conforme a los lineamientos establecidos por dicha norma en estudiantes de la Licenciatura de Enfermería.

### Material y Métodos

Estudio descriptivo, no experimental, transversal, muestreo aleatorio simple, por estratos, sin reemplazo, con N=354, n=336, aplicando un total de 299 instrumentos una vez que se aplicaron los criterios de estudio, en estudiantes de Enfermería de la Universidad Autónoma de Aguascalientes que cursan de tercer a octavo semestre, turno matutino y vespertino, periodo Agosto-Diciembre 2015. Se aplicó el instrumento "AMTANOM-030" con un nivel de confiabilidad de 0.75 prueba kappa.

### Resultados

Se encontró que los estudiantes que cursan del 3º a 8º semestre tienen un apego en la toma de la presión arterial según NOM-030-SSA2-1999 moderado con un 61,07%. El género masculino se apega en mejor medida a la norma. Durante los primeros semestres (3ros y 4to) no existe una variación significativa en la técnica, al contrario de los semestres consecutivos.

### Discusión

Guilley y E. López revelaron que un 64% de los profesionales en enfermería incumplen con la técnica de toma de presión arterial, datos similares con lo encontrado por nosotros. A su vez, a diferencia de lo reportado por Castañeda, ya que el grado de conocimiento sobre la técnica adecuada para la medición de la presión arterial en los estudiantes de la UAA es moderado.

### Conclusiones

Ya que existe mayor apego a la norma en los primeros semestres, que es cuando estos aprenden la técnica, se concluye que el personal docente instruye a los estudiantes bajo los lineamientos de la norma 030, pero al iniciar la aplicación de dicha técnica en la práctica, estos la modifican. Se sugiere continuidad en la revisión de la técnica para la toma de la Tensión arterial a lo largo de la formación.

## Conocimientos de nutrición y obesidad de embarazadas del hospital regional Dr. Valentín Gómez Farías

Raquel Durán-Alba<sup>1</sup>, Claudia Alicia Chávez-Aldana<sup>1</sup>, Luis Enrique Núñez-Durán<sup>1</sup>, Efrén Núñez-Galán<sup>1</sup>

1. Hospital Regional Dr. Valentín Gómez Farías ISSSTE Zapopan Jalisco México

### Introducción

El consumo inadecuado de nutrientes por parte de las mujeres embarazadas afecta su estado nutricional y conlleva a mayores riesgos de enfermedades por carencias o excesos, y a complicaciones del embarazo y del recién nacido.

### Objetivo

Evaluar las condiciones de obesidad y nutrición de embarazadas del Hospital Regional Dr. Valentín Gómez Farías.

### Material y Métodos

Estudio descriptivo observacional en embarazadas de consulta prenatal del Hospital Regional Dr. Valentín Gómez Farías, durante el periodo de Enero-Marzo del 2015. Utilizando encuestas sobre conocimientos generales de obesidad y nutrición, medida por una escala dicotómica (SI-NO). Calificando grado de conocimientos bajo (0-3 respuesta acertada) y conocimientos medios (4-7 respuestas acertadas) conocimientos altos (8-10 respuestas acertadas) y encuesta alimentaria, calificando el consumo de los alimentos con escala tipo Likert con 5 puntos (0= nada, 1=poco, 2=normal 3=bastante, 4= mucho). Analizando variables sociodemográficas; Edad, Peso, Talla, IMC. Reportando en tablas de frecuencia.

### Resultados

El rango de edad de las 102 pacientes encuestadas, fue de 16 a 51 años, con edad media de 25.2 años. Peso en su primer consulta; ideal (6.8%), sobrepeso (73.5%). Obesidad (15.8%), obesidad mórbida (3.9%). Nivel de actitudes sobre nutrición alto (21.7%), medio (50.9%), bajo (27.4%), practicas positivas (consumo de alimentos sanos 29.5%, y negativas 70.4%). Las respuestas acertadas más frecuentes, la presión arterial es frecuente en personas obesas, la obesidad aumenta las complicaciones del embarazo, la obesidad es una enfermedad.

### Conclusiones

El nivel de actitudes sobre nutrición en la embarazada fue medio y alto en 71.7%, pero el consumo de alimentos sanos fue negativo en el 70.4% de las pacientes y si reconocen la presión arterial y obesidad como riesgo de una nutrición inadecuada. Y 20% de las pacientes embarazada encuestadas presentaron obesidad.

## Recurrencia de trombosis post negativización de Anticuerpos Antifosfolípidos en pacientes con Síndrome Antifosfolípido primario.

Eduardo Briones-García<sup>1</sup>, Gabriela Medina-García<sup>2</sup>, María del Pilar Cruz-Domínguez<sup>2</sup>, Luis J. Jara<sup>2</sup>

1. Licenciatura en Medicina, Universidad de Guadalajara. 2. Dirección de Educación e Investigación en Salud. Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza, IMSS

### Introducción

El tratamiento de los pacientes con síndrome de anticuerpos antifosfolípidos primario (SAAF) se basa en la anticoagulación a largo plazo. En un subgrupo de pacientes los anticuerpos antifosfolípidos (AFL) se negativizan a través del tiempo y se ha propuesto suspender el tratamiento después de 3 determinaciones negativas en un año. Se desconoce la evolución clínica posterior a la negativización de APL.

### Objetivo

Evaluar las manifestaciones clínicas posteriores a la negativización de APL en pacientes con SAAF.

### Material y Métodos

De una cohorte de 70 pacientes con diagnóstico establecido de SAAF con positividad inicial para APL, se efectuó la búsqueda de pacientes con al menos dos determinaciones negativas subsecuentes en los últimos 5 años. Para corroborar el perfil inmunológico actual se determinaron anticuerpos anticardiolipina (aCL) IgG e IgM, anticuerpos antiβ2GPI IgG e IgM, anticoagulante lúpico (AL) y anticuerpos antianexina 5. Los pacientes continuaron tratamiento con anticoagulantes orales. Se empleó estadística descriptiva y análisis de Kaplan Meier.

### Resultados

Se detectaron 24 pacientes con APL persistentemente negativo, incluido el último panel de AFP (6 determinaciones por paciente), 17 (70,8%) mujeres, 7 (29,2%) hombres, evolución 16,33±/- 6,2 años, media de 4 determinaciones previas positivas de APL (rango 2-9) Los aCL fueron los más frecuentemente encontrados (87,5%) positivos al inicio del padecimiento. 8 (33,3%) de los pacientes debutaron con un evento de trombosis venosa profunda de miembro pélvico (TVP). Los pacientes continuaron recibiendo tratamiento a base de anticoagulantes orales con INR promedio entre 2 y 3. Después de 60 meses de seguimiento post-negativización del AFP, el 40% de los pacientes cursaron con recurrencia de trombosis a pesar de tratamiento anticoagulante óptimo. La manifestación clínica postnegativización más frecuente fue la TVP (29,2%).

### Conclusiones

Este estudio sugiere que la negativización persistente de los AFL no es indicación para suspender el tratamiento anticoagulante. La existencia de otros factores de riesgo adicionales o de otros AFL en estos pacientes pueden contribuir a la recurrencia de trombosis.



## Relevancia del lavado de manos en estudiantes de la licenciatura en enfermería

Laura Ochoa-Cárdenas<sup>1</sup>, Ana Lilia Fletes-Rayas<sup>1</sup>, Cecilia Alejandra Zamora-Figueroa<sup>1</sup>.  
1. Departamento de Enfermería Clínica Integral Aplicada, Centro Universitario de Ciencias de la Salud

### Introducción

Las infecciones asociadas a la atención de la salud afecta a una gran cantidad de pacientes en el mundo. A siete años del lanzamiento del primer reto mundial para la seguridad del paciente, una atención limpia es una atención segura publicado en la OMS y a 5 años de que la secretaria de salud en México se unió a esta iniciativa, el desafío continua, debido a lo cual se ha intensificado a gran medida el conocimiento acerca del lavado de manos.

### Material y Métodos

Descriptivo, observacional, transversal a 60 alumnos de la licenciatura en enfermería que cursaban desde el cuarto al octavo semestre (los cuales ya tienen experiencia en campos clínicos hospitalarios). Se utilizó un instrumento de recolección de datos que constaba de 24 reactivos de opción múltiple, dicho instrumento se enfoca a la importancia del conocimiento del lavado de manos, dicho instrumento fue adaptado y realizado en alumnos de la licenciatura en enfermería. El objetivo fue identificar la relevancia del lavado de manos.

### Resultados

De los 60 estudiantes encuestados, el 78.3% fueron mujeres. 81.7% contaban con más de 20 años de edad. 81.7% de los sujetos mencionaron que prefieren el uso de un antiséptico de base alcohólica para la higiene de las manos en lugar de jabón. El 0.5% de los estudiantes mencionaron que no han recibido información reglada acerca de la higiene de manos en los últimos tres años. Los estudiantes mencionan que probablemente un 30% de las infecciones intrahospitalarias son a causa de la falta de higiene. El 15% de los estudiantes considera que realiza mucho esfuerzo para lavarse las manos previo a atender un paciente, mientras que el 30% considera que no requieren ningún esfuerzo.

### Conclusiones

El lavado de manos es una práctica que debemos realizar de manera cotidiana, más aun en el medio hospitalario. Pese a que los estudiantes de enfermería opinan que un gran porcentaje de las infecciones intrahospitalarias son por falta de higiene de las manos algunos consideran un esfuerzo el realizar el aseo de las mismas. Es importante fortalecer la información acerca de los lineamientos y normas que establecen los tiempos del lavado de manos.

## Identificación de la satisfacción del enfermero en el campo de acción hospitalaria

Rigoberto Antonio Cisneros-García<sup>1</sup>, Ana Lilia Fletes-Rayas<sup>1</sup>, Cecilia Alejandra Zamora-Figueroa<sup>1</sup>, Juan Carlos Macías-Hernández<sup>1</sup>, Mariana Sugehit Acosta-García<sup>1</sup>, Isela García-Zúñiga<sup>1</sup>, Karen Alejandra Marín-Flores<sup>1</sup>

1. Departamento de Enfermería Clínica Integral Aplicada/ Departamento de Enfermería para la Atención, Desarrollo y Preservación de la Salud Comunitaria

### Introducción

La carga excesiva de trabajo, falta de insumos, deficiente atribución económica propicia en las actividades de enfermería bajo rendimiento laboral, además una baja calidad de atención al usuario y servicios de salud.

### Material y Métodos

Se realizó un estudio piloto de enfoque descriptivo transversal a 12 enfermeros que laboran en el Hospital Civil Fray Antonio Alcalde del turno vespertino. El instrumento de recolección de datos se ha utilizado en estudios previos para identificar la satisfacción del enfermero en su área laboral, dentro de los ítems que utiliza el documento es la carga de trabajo, estrés, sueldo, entre otras variables. El objetivo del estudio fue la Identificación de la satisfacción de los enfermeros que laboran en el hospital, por lo que el presente documento.

### Resultados

De acuerdo a los resultados obtenidos encontramos que 91% (10 enfermeros) cuentan con cansancio al término de labores, 91% (10 enfermeros) trabajan bajo estrés, 64% (7 enfermeros), consideran el sueldo inadecuado, 64% (7 enfermeros.) no tiene suficiente tiempo para sus actividades y el 100% (12 enfermeros) eran consciente de la exigencia de su trabajo. Este análisis buscó los factores que llevan a el personal a estar inconformes con su trabajo, estrés, sueldo, actividades, carga laboral y exigencia.

### Conclusiones

La exigencia en las actividades de enfermería afecta mucho el desempeño en cada jornada laboral de manera emocional, social y económica, las cuales afectan de manera directa al paciente lo que en primera instancia afecta la calidad del servicio de salud

## Incidencia de Hipertensión arterial en niño asociada al ICT e IMC en la escuela primaria Jesús Romero Flores Urbana 922

Luis Alonso Martínez-Mata<sup>1</sup>, Osiris Carely Pérez-Vázquez<sup>1</sup>, Edith Guadalupe Reyes-González<sup>1</sup>

1. Licenciatura en Medicina. Universidad de Guadalajara.

### Introducción

Describir la incidencia de Hipertensión arterial y su asociación con Índice Cintura Talla (ICT) e Índice Masa Corporal (IMC) en niños de 8-12 años en los grupos de 4°, 5° y 6° grado, de la escuela primaria Jesús Romero Flores Urbana 922, turno vespertino durante el periodo de Octubre-Noviembre del 2014.

### Material y Métodos

Se realizó la investigación censando a los niños de los grupos de 4°, 5° y 6° grado de la escuela primaria Urbana 922, Jesús Romero Flores, turno vespertino, se incluyeron a todos los niños de entre 8 y 12 años de ambos sexos. Se realizaron medidas antropométricas (Talla, peso, IMC, ICT) en una ocasión y de Tensión Arterial (TA), en tres ocasiones, con una semana de diferencia entre cada una, para clasificarlos como Hipertensión Arterial Sistólica o Hipertensión Arterial Diastólica, en el periodo de Octubre-Noviembre del 2014. -Se realizó un estudio observacional descriptivo, con una población de 400 sujetos, el instrumento de recolección de datos fue elaborado por el personal del equipo. Para la recolección de datos, representación gráfica y análisis, se utilizó Microsoft office Excel 2010.

### Resultados

Se excluyeron 129 sujetos por faltas, retiro voluntario o voluntad del padre o tutor. El análisis conto con una población de 271 sujetos de los cuales el 52,4% fueron masculinos y 47,6% femeninos. Se calculó el IMC e ICT, al compararlo con sus TA, se observó que a mayor IMC e ICT la incidencia de pre-hipertensión e hipertensión aumento, se encontraron más casos de hipertensión arterial diastólica que sistólica. La incidencia sobrepeso y obesidad según el ICT fue de 37.22% y en IMC: 36.46% en la población estudiada.

### Conclusiones

El sobrepeso y la obesidad tienen gran asociación con la hipertensión arterial en la población estudiada, principalmente la diastólica, pudiéndose considerar un factor de riesgo.

## Identificación de medidas de prevención del riesgo de caídas en pacientes hospitalizados

Rosa Martha Padilla-Gutiérrez<sup>1</sup>, Laura Margarita Padilla-Gutiérrez<sup>1</sup>, Ana Lilia Fletes-Rayas<sup>1</sup>, Cecilia Alejandra Zamora-Figueroa<sup>1</sup>

1. Departamento de Enfermería Clínica Integral Aplicada

### Introducción

La OMS define a las caídas como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga.

### Material y Métodos

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal a 10 enfermeros que laboraban en el turno vespertino de los servicios de neurología (5 enfermeros) y trauma y ortopedia (5 enfermeros) del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde a los cuales se les realizó un cuestionario el cual se enfoca a identificar cuáles son las medidas que aplican los enfermeros para prevenir el riesgo de caídas en los servicios antes mencionados. Algunos de los indicadores que fueron tomados en cuenta en la encuesta fueron los siguientes: establecen un plan de cuidados de enfermería de acuerdo al riesgo de caída, utilización de recursos disponibles y necesarios para la seguridad del paciente (instala barandales, bancos de altura, alarmas, sujeción en caso necesario), orientación y apoyo al paciente para incorporarse lentamente, reevalora y ajusta de acuerdo al estado del paciente, las intervenciones e el plan de cuidado. El instrumento de recolección de datos se organizó en tres fases, la primera parte correspondió a preguntas realizadas al paciente, la segunda refiere de manera observacional el encuestador y la tercera se le aplica al personal operativo. El objetivo fue identificar las medidas de prevención de riesgo de caídas en pacientes hospitalizados.

### Discusión

El 80% de los enfermeros del servicio de trauma y ortopedia utiliza barandales como medida de prevención de caídas en pacientes, en el servicio de neurología solo el 60% aplica ésta medida. 60% de los enfermeros replantea los cuidados de enfermería conforme la evolución del paciente en ambos servicios, 60% de los enfermeros apoya y orienta a los pacientes en cuanto a sus cuidados.

### Conclusiones

De manera general se observa la importancia que le otorga el personal operativo a este tipo de accidentes ya que la mayoría aplica por lo menos uno de los recursos para prevenirlo, contrastando con los expresado en los registros de valoración de riesgo, y planes de cuidado realizados para cada paciente en donde la minoría expresa el nivel de riesgo y cuidados necesarios.



## Conocimiento y uso de anticonceptivos en estudiantes del Centro Universitario de Tonalá

Eduardo Chávez-Barrientos<sup>1</sup>, José Eduardo Arana-Pelayo<sup>1</sup>, Rosa Hilda Gómez-Chong<sup>1</sup>, París Daniel Barajas-Ramírez<sup>1</sup>

1. Licenciatura en Médico Cirujano y Partero. Centro Universitario de Tonalá, Universidad de Guadalajara

### Introducción

Se realizó el presente estudio de acuerdo a la importancia que tienen prevención, promoción y desarrollo de la salud sexual y reproductiva, en grupos poblacionales de interés donde resalta el impacto que generan los métodos anticonceptivos (MAC). El objetivo del estudio fue determinar el conocimiento y uso de MAC, resaltar los más representativos y los más solicitados por la población estudiada.

### Material y Métodos

Es un estudio observacional, descriptivo de corte transversal, en la Universidad de Guadalajara dentro del Centro Universitario de Tonalá de la licenciatura en Salud Pública, donde se censó a la población de estudiantes del género femenino matriculadas en los semestres primero a sexto, correspondientes al Ciclo Escolar 2014B. Se aplicó un instrumento "encuesta" de preguntas cerradas de selección múltiple. \*Ficha de identificación; \*Trece reactivos donde se aborda el uso y conocimiento de MAC. Para la tabulación de los resultados recolectados se elaboró una hoja de cálculo de Excel versión 2010® y para la interpretación se emplearon medidas de tendencia central, medidas de variación de datos, análisis univariado, mediante el uso de gráficas de barras, de pastel, radial y lineal.

### Resultados

El instrumento fue respondido en su totalidad por universitarias del género femenino con una media de 21 años de edad. Respecto al uso se destaca notablemente que menos de una tercera parte usa de manera continua uno o más MAC. De igual forma resalta el porcentaje mayor al 70% de estudiantes con vida sexual activa que no hace uso frecuente de estos métodos como preventivos de ITS. Se obtuvo que la píldora y los preservativos son los MAC's más conocidos por dicha población.

### Conclusiones

El uso y conocimiento de los MACes de suma importancia e impacto en la población universitaria, debido a la observación del incremento de embarazos no deseados entre las universitarias. Los resultados demuestran que el uso de los MAC es poco frecuente, tanto para la prevención de embarazo como evitar contagios por infecciones de transmisión sexual, por ello la importancia de implementar programas de salud sexual y reproductiva, así como promover el uso responsable de éstos métodos.

## Trasplante renal: Anastomosis termino-lateral y termino-terminal en injertos renales con dos arterias. Técnica MACV

Herrera-Rodríguez M. Jessica, Covarrubias-Velasco Marco A.  
Unidad de Trasplantes. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco, México.

### Introducción

El trasplante renal es la terapia de sustitución renal de elección en pacientes en estado final de enfermedad renal crónica. La técnica de anastomosis vascular es uno de los momentos quirúrgicos más importantes durante el trasplante y determina el éxito de la reperusión del injerto. Muchos retos en cirugía de trasplante renal son resultado de las variantes anatómicas, como arterias renales dobles, que suceden en 12-30 % de los injertos predominio riñón derecho. La vasculatura renal compleja sigue siendo un problema que puede afectar el pronóstico del trasplante, por un posible aumento en las complicaciones vasculares entre ellos estenosis de la arteria renal, trombosis de esta o hemorragia. La revascularización del injerto puede realizarse mediante anastomosis únicas o múltiples. Los tipos de anastomosis arteriales pueden ser: termino-terminales, termino-laterales, latero-laterales.

### Descripción de la técnica

Anastomosis arterial. Primeramente seleccionamos el lugar de la arteria donde se va a realizar la anastomosis; primero se realiza la anastomosis de vena. Se visualiza la bifurcación de la arteria iliaca interna ó hipogástrica y arteria iliaca externa. Se realiza anastomosis de la primer arteria del injerto a arteria iliaca interna termino-terminal. Posterior se procede a realizar segunda anastomosis arterial termino-lateral en arteria iliaca externa. Comprobamos la técnica desclampando la arteria iliaca. Procuramos que el lugar elegido nos permita realizar una anastomosis fácil, sin que se produzcan acodaduras en las arterias renales.

### Resultados

Se realizaron 10 cirugías documentadas bajo esta técnica de anastomosis con resultados satisfactorios sin evidencia de complicaciones quirúrgicas, valor de p mayor al 0.005 % en el análisis estadístico.

### Conclusiones

Mediante la técnica MACV en anastomosis arteriales dobles aseguramos reperusión del injerto renal mediante anastomosis termino-terminal y termino lateral a arteria iliaca interna y arteria iliaca externa respectivamente. Es una técnica útil cuando hay dos arterias renales de calibre similar y próximo entre sí. Bajo esta técnica MACV y cols. no han reportado ninguna hemorragia o trombosis postoperatoria.

## Parasitosis en una cohorte pediátrica de una zona vulnerable de la Zona Metropolitana de Guadalajara

Carlos Eduardo Obeso-Madrigal<sup>1</sup>, Oswaldo Anaya-Bocanegra<sup>1</sup>, Dianely Mariana Alcántara-Leyva<sup>1</sup>, Monica Desyree Serratos-Jiménez<sup>1</sup>, Alma Elena García-Ruiz<sup>1</sup>, Alejandra Gómez-García<sup>2</sup>

1. Médico Cirujano Integral. Universidad Cuauhtémoc Guadalajara. 2. Químico Farmacobiólogo, Universidad de Guadalajara. 3. Departamento de Investigación de Ciencia Básicas de la Universidad Cuauhtémoc.

### Introducción

Las parasitosis intestinales son un problema de salud pública en nuestro país. Las helmintiasis es una de las parasitosis más comunes en el mundo. Las principales especies que infectan al hombre son la ascáride (*Ascaris lumbricoides*), el tricocéfalo (*Trichuris trichiura*) y el anquilostoma (*Necator americanus* y *Ancylostoma duodenale*), causando un impacto relevante en el crecimiento y el desarrollo físico<sup>1</sup>. Otras parasitosis importantes son las causadas por *Entamoeba histolytica* y *Giardia intestinalis* y *lamblia* se transmiten por la contaminación de alimentos por materia fecal de hospederos infectados, en México la prevalencia es de 68.5% en lactantes, preescolares y escolares<sup>2,3</sup>.

### Material y Métodos

Investigación, descriptiva y transversal, en Junio de 2015. Se tomó una muestra no paramétrica, de 90 participantes pediátricos de la Zona del Collí de Zap, Jal. Se realizó a cada uno de los participantes técnicas coproparasitoscópicas directas, a base de lugol y BH. Las variables cuantitativas y cualitativas se trataron con estadística descriptiva.

### Resultados

El 54.4% eran del sexo femenino y 45.6% masculino, edad 8±4.21, el 35% de participantes obtuvieron resultados positivos, reportándose en mayor frecuencia *Entamoeba histolytica* y *Blastocystis hominis*. En el 58% los padres refirieron el antecedente de comer en la calle más 2 veces por semana. Y sólo el 79% bebía agua embotellada. Todos los pacientes con resultados positivos en el coproparasitoscópico no se encontraron resultados anormales en la BH.

### Discusión y conclusiones

En todo el mundo, aproximadamente 1500 millones de personas, casi el 24% de la población mundial está infectada y 270 millones de niños en edad preescolar, y más de 600 millones en edad escolar viven en zonas con intensa transmisión y necesitan tratamiento e intervenciones preventivas<sup>1</sup>. Realizar campañas de desparasitación regulares en las escuelas y centros de salud, ya que con ello se logrará la disminución de infecciones al menos en un 75%, la educación sobre salud e higiene reduce los casos de transmisión y re-infección porque fomenta la adopción de conductas saludables<sup>2,3</sup>.

## Factores asociados a urgencias no calificadas en el Centro Integral de Urgencias Adultos del Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde y a no resolución pre-hospitalaria

José Fabián González-Ortega<sup>1</sup>, Sílvia Gualajara-De Luna<sup>1</sup>, Héctor Ivan Ruiz-Rodríguez<sup>1</sup>, Azucena Monserrat Guerrero-Aceves<sup>1</sup>, Ramiro Becerra-Becerra<sup>1</sup>

1. Urgencias Médico-Quirúrgicas. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

### Introducción

El presente trabajo se plantea determinar los factores asociados a urgencias no calificadas en el Centro Integral de Urgencias Adultos (CIUA) del Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde (HCGFAA) y a no resolución pre hospitalaria.

### Material y Métodos

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo. Los motivos de atención de los pacientes fueron: 1. Las enfermedades crónicas (agudizadas o no) y patologías asociadas 2. Patologías asociadas a dolor 3. El trauma y patologías asociadas 4. Las infecciones y/ patologías que cursan con fiebre. Un total de 81.27% los pacientes recibieron atención médica previa de los cuales 77.54% por médico general, 20% por médico especialista. Se interrogó a los pacientes con no resolución pre hospitalaria y a sus familiares, para investigar mediante interrogatorio las causas. Se incluyó en el estudio a todo paciente que fue valorado en el Triage del CIUA los días de guardia del investigador principal. Pacientes que recibieron atención en el Triage los días que no sean de guardia del investigador principal.

### Resultados

Se incluyeron un total de 349 pacientes que acudieron al CIUA para ser evaluados en el Triage durante los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2014. La edad promedio de los participantes fue 43.2 ± 17.6 años su distribución por edad y género. Solo el 58% de las urgencias fueron calificadas, mientras que el 42 % fueron calificadas como no calificadas.

### Conclusión

El presente estudio identificó los siguientes factores asociados a no resolución pre-hospitalaria y cuantificó su impacto: 1. La falta de mejoría del paciente con intervenciones previas. 2. La insuficiente disponibilidad de consultas y recursos humanos en primer contacto. 3. La falta de materiales, equipo, medicamentos e infraestructura para la atención de los pacientes. 4. El no contar con una economía familiar suficiente para la atención en medio privado. 5. La falta de medicamentos o soluciones en el sitio de atención previa.



## Tratamiento exitoso de Ectasia Vascular Gástrica Antral con ligadura endoscópica

Abrahán Guzmán-Lepe<sup>1</sup>, Juan Manuel Aldana-Ledesma<sup>1</sup>, Emmanuel Ramón Espinal-Gómez<sup>1</sup>, Francisco Álvarez-López<sup>1</sup>, José Antonio Velarde Ruiz-Velasco<sup>1</sup>.  
1. Servicio de Gastroenterología, Hospital Civil de Guadalajara, Fray Antonio Alcalde.

**Introducción:** La ectasia vascular gástrica antral (GAVE) es una causa poco frecuente de hemorragia de tubo digestivo alto (HTDA), se estima que es responsable del 4% de HTDA no variceal, con o sin hipertensión portal. Se caracteriza endoscópicamente con lesiones hemorrágicas lineales o eritematosas comúnmente localizadas en antro gástrico. Este aspecto endoscópico llevó a su epónimo "estómago en sandía", a pesar de su epónimo se han descrito también lesiones puntiformes, observadas principalmente en pacientes con hipertensión portal. Actualmente la etiología de este trastorno se desconoce, aunque existen teorías como estrés mecánico o aumento de sustancias vasoactivas.

**Descripción del caso:** Mujer de 63 años, acude a nuestro servicio por anemia crónica en estudio, previamente sana, inicia 6 meses previos con astenia y adinamia, detectándole anemia normocítica-normocrómica con hemoglobina de 6.5 g/dL le transfunden 2 concentrados eritrocitarios en otra institución y es enviada para su abordaje, durante su evolución niega datos de hemorragia de tubo digestivo, sólo dolor abdominal inespecífico, ocasional y debilidad generalizada, en nuestro servicio, a la exploración física palidez de piel y tegumentos, resto normal, al igual que en los demás exámenes de laboratorio, se realiza primer endoscopia observando en antro múltiples lesiones vasculares centrífugas al píloro, con edema, eritema, sin sangrado activo, (estómago en sandía) concluyendo atrofia gástrica y GAVE, se procede a colocar 6 bandas elásticas, sin complicaciones, semanas posteriores se realiza una segunda sesión de ligadura.

**Comentarios:** Posterior a la terapia endoscópica se realiza seguimiento a la paciente, sin requerir nueva transfusión, sin presentar HTDA, mantuvo niveles de hemoglobina >10 g/dL, y en las endoscopias de revisión se observó menor cantidad de lesiones y pequeñas úlceras post-ligadura con base de fibrina. Al igual que lo reportado en la literatura se logró un tratamiento exitoso con esta novedosa terapia.

**Conclusiones:** Actualmente la ligadura de GAVE requiere menos sesiones para el control de la hemorragia en comparación con otros métodos utilizados, ha mostrado mayor tasa de efectividad, una reducción en número de hospitalizaciones y las necesidades de transfusión, permiten un aumento significativo en valores de hemoglobina.

## Coledocolitiasis Gigante en un paciente con cardiopatía isquémica

Emmanuel Ramón Espinal-Gómez<sup>1</sup>, Rodrigo Prieto-Aldape<sup>2</sup>, José Antonio Mora-Huerta<sup>1</sup>, Rolando Vázquez-González<sup>1</sup>, José Antonio Velarde Ruiz-Velasco<sup>1</sup>.  
1. Servicio de Gastroenterología. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde. 2. Servicio de Cirugía General. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

**Antecedentes:** La coledocolitiasis es un problema frecuente, con prevalencia en México entre 10% a 15% en adultos de raza blanca y representa mayor riesgo de complicaciones como colangitis, pancreatitis, abscesos hepáticos y cirrosis biliar secundaria. El tabaquismo, la diabetes mellitus y la cardiopatía isquémica están asociadas a esta patología. El 15% de los pacientes con coledocolitiasis presentan lito gigante que se define como aquel con dimensiones mayores a 15 mm y que no es posible extraer con las técnicas convencionales en CPRE. Existen factores asociados con la falla terapéutica vía endoscópica como son número de cálculos, impactación del cálculo, divertículo periampular y el diámetro del colédoco.

**Reporte de caso:** Masculino de 85 años con antecedentes de colecistectomía por colelitiasis y cardiopatía isquémica de 8 años de evolución con colocación de marcapaso DDDI (FE 52%). Inició con dolor abdominal en mesogastrio e hipocondrio derecho de variable intensidad, fiebre, ictericia generalizada, coluria y acolia de 1 semana de evolución. A la exploración física presentó dolor a la palpación profunda en hipocondrio derecho. Laboratoriales: Hb 12 g/dL, Hto 37%, Leucocitos 24 mil/µm, Neutrófilos 89% Linfocitos: 5.4% Plaquetas: 352,000 miles/µm, BT: 5.6 mg/dL BD: 4.3 mg/dL GGT: 779 IU/L FA: 391 IU/L Alb: 2.8 g/dL. USG: ausencia de vesícula biliar y dilatación de colédoco 14 mm. CPRE: Lito de 4 cm el cual no se logró extraer, se coloca prótesis plástica. Cirugía: coledocotomía longitudinal extrayéndose múltiples litos fragmentados, 2 litos gigantes (3 cm y 2 cm) y un lito de 3 cm en la unión con el conducto cístico de forma bicorne. Se realizó colangiografía transquirúrgica sin observar litos residuales y con paso adecuado de contraste al duodeno. Con la resolución de proceso obstructivo cedió la respuesta inflamatoria y cuadro de dolor abdominal.

**Discusión:** Es importante reconocer la imposibilidad de extraer un lito gigante por medio de los métodos endoscópicos. Existen factores que asociados en paciente que presentan cardiopatía isquémica y factores de riesgo en común limitan la extracción de un lito gigante y especialmente en pacientes obesos, mayores de 65 años y con angulación de colédoco distal menor a 135 grados. La relación existente entre los pacientes que presentan coledocolitiasis gigante y cardiopatía isquémica es bien demostrada por los factores de riesgos en común que presentan estas dos entidades.

## Aneurisma Cirsoide Congénito. Reporte de un Caso

Christian Denisse Peña-Torres<sup>1</sup>, Jesús Alejandro Zúñiga-Mora<sup>1</sup>, Patricia Roldán-Mora<sup>1</sup>, Lorelay Gutiérrez-Oliva<sup>2</sup>, Juan Luis Soto-Mancilla<sup>1</sup>, Santiago Núñez-Velasco<sup>1</sup>.  
1. Servicio de Neurocirugía HCGFAA, Guadalajara, Jalisco, México. 2. Servicio de Neurocirugía Pediatría HCGFAA, Guadalajara, Jalisco, México.

**Introducción:** El aneurisma cirsoide es una malformación vascular del cuero cabelludo, descrita por Hunter en 1757 como fistula arteriovenosa siendo aplicado en 1833 el término de aneurisma cirsoide por Brecht. Esta es el resultado de conexiones anormales entre arterias y venas con dilataciones subsecuentes de los canales vasculares generando formación de aneurismas; debido a errores en la diferenciación entre arterias y venas en el periodo fetal, aunque también se han descrito casos no congénitos asociados a trauma.

La arteria temporal superficial es la arteria nutricia más frecuente hasta en un 75%. La lesión usualmente comienza como una pequeña masa, la cual evoluciona constantemente hasta aumentar notablemente su tamaño pudiendo ser asintomática o presentando cefalea, tinitus, soplo y algunas veces, sangrado en el sitio de la lesión. El manejo puede ser mediante terapia endovascular, ligadura de las arterias nutricias, administración de agentes esclerosantes y exéresis quirúrgica, siendo esta última la opción más utilizada en la literatura.

**Objetivo:** Reportar un caso raro de aneurisma cirsoide congénito (menos de 60 en la literatura), manejado satisfactoriamente con tratamiento quirúrgico.

**Reporte clínico:** Se trata de un masculino de 6 meses de edad, sin antecedentes perinatales patológicos, que desde el nacimiento presenta una masa pulsátil ubicada en la región parieto-occipital derecha, la cual progresivamente va aumentando de tamaño, sin presentar ninguna sintomatología. Se le practica angiografía 3D multicorte observándose una malformación vascular extracraneal, dependiente de la circulación carotídea externa, con irrigación tanto de la arteria auricular posterior, como de la temporal superficial. Se realiza exéresis quirúrgica del 100% de la lesión mediante la ligadura con hemoclips de las arterias nutricias y la coagulación de las venas de drenaje. El paciente fue egresado sin complicaciones y persiste libre de recidivas tras 4 meses de seguimiento.

**Conclusiones:** Los aneurismas cirsoides son una patología benigna que puede ser tratada exitosamente mediante exéresis quirúrgica abierta en la mayoría de los casos.

## Aneurisma de la arteria poplítea y femoral de gran tamaño como causa de isquemia arterial. Reporte de caso

Torres-González DA, Sánchez-Vergara SA, Cabrera-Díaz GX, James-Santana JR, Medina-Guerrero CA, Salcedo-Parra AE, Cárdenas-Padilla ED, López-Hernández IP, Medina-Candelario J.  
Servicio de Tórax y Cardiovascular, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, México.

**Objetivo:** Presentar el reporte de caso de un paciente con aneurisma poplíteo de gran tamaño, como causa de isquemia aguda crítica y revisión de la literatura.

**Material y Métodos:** Se expone el caso clínico de un paciente atendido en nuestro servicio, por presentar isquemia aguda de extremidad pélvica, con diagnóstico final de aneurisma trombosado de la arteria poplítea y con abordaje quirúrgico. Se hace una revisión de la literatura médica en los últimos años, en torno a aneurismas de la arteria poplítea.

**Resultados:** Masculino de 68 años de edad con múltiples factores de riesgo cardiovascular, que presentó dolor de miembro pélvico izquierdo de 5 días de evolución, con datos clínicos de isquemia aguda. Se diagnostica aneurisma de la arteria poplítea de gran tamaño. Se realiza exploración vascular encontrándose aneurisma trombosado de la arteria poplítea proximal, con extensión a la arteria femoral distal, de 6 cm de diámetro por 12 cm de largo, por lo que se realiza exclusión del mismo con procedimiento de bypass femoro-poplíteo y colocación de injerto protésico de PTFE. Desarrolla complicaciones sistémicas tempranas requiriendo amputación de la extremidad.

**Conclusión:** Debido a que los aneurismas de la arteria poplítea son patologías poco comunes, se debe de tener el conocimiento apropiado y la sospecha suficiente para poder diagnosticarlos. Los aneurismas complicados se pueden presentarse de manera aguda y grave, poniendo en riesgo la extremidad y/o la vida del paciente, e incluso comprometiendo su evolución postquirúrgica. Por tal motivo es imperante un buen abordaje y tratamiento oportuno.



## Síndrome de Mirizzi. Reporte de caso

Mariana Sánchez-Montaño, Francisco Iván Guerrero-Amador, Raúl Zaragoza-Orea, Adrian Herrera-Sánchez.  
Hospital Civil de Culiacán, UNIMA

**Introducción:** El síndrome de Mirizzi se refiere a una complicación biliar poco frecuente. Constituye una emergencia biliar y se debe descartar en presencia de ictericia obstructiva.

**Presentación de caso:** Masculino de 44 años con cuadro de ictericia generalizada, coluria, acolia y pérdida de 5 kilogramos de 2 meses de evolución con antecedente de 2 CPRE fallidas a canulación y colocación de stent biliar, así como drenaje percutáneo transparieto-hepático fallido, con diagnóstico presuntivo de tumor de Klastkin. Se realizó colangio-resonancia preoperatoria en la cual se identificó lito en cuello vesicular que condicionaba obstrucción del conducto hepático común corroborándose por ultrasonido y tomografía abdominal, diagnosticándose Síndrome de Mirizzi (SM).

**Discusión y conclusiones:** El síndrome de Mirizzi es una entidad poco frecuente de la enfermedad litiasica vesicular, dándose en el 0,1% de los pacientes con enfermedad biliar y el 1% de los pacientes con coledolitiasis. Consiste en obstrucción mecánica del conducto hepatocolédoco por lito impactado en el cístico o el cuello vesicular. En ocasiones, presente en pacientes colecistectomizados por lito remanente.

Clinicamente se caracteriza por ictericia obstructiva, dolor abdominal y cuadros recurrentes de colecistitis o colangitis. No existen hallazgos patognomónicos por lo cual el empleo de las técnicas de imagen es de gran importancia para excluir otras enfermedades y evitar la lesión quirúrgica. El ultrasonido abdominal y la CPRE son las técnicas más utilizadas en el diagnóstico. Los signos imagenológicos que indican un SM son: vía biliar intrahepática y conducto hepático común dilatados presentando calibre normal del conducto biliar común, presencia de coledolitiasis impactada a nivel del cuello de la vesícula o el cambio abrupto de la anchura del CHC.

Los hallazgos de imagen no son siempre específicos, en algunas ocasiones, como en nuestro caso, la inflamación alrededor de los conductos de la vía biliar principal condiciona estenosis, lo cual simula malignidad. En caso de duda se debe realizar TAC o Colangiografía, con estos estudios tendremos un diagnóstico definitivo, además de identificar variantes anatómicas y descartar la presencia de malignidad.

En conclusión, ante un paciente con litiasis vesicular de larga evolución con un cuadro de colangitis aguda, una posibilidad diagnóstica, aunque infrecuente, es el síndrome de Mirizzi

## Colectomía subtotal en colitis fulminante por *Clostridium difficile*

Ileana Baltazar-Alba, Macario Salcido-Jiménez, León Garnica.  
Servicio de Cirugía General. Hospital Civil de Guadalajara, Fray Antonio Alcalde.

**Introducción:** *Clostridium difficile* (*C. difficile*) es un bacilo Gram-positivo, anaerobio, se transmite de manera fecal-oral, produce toxinas A y B que causan la enfermedad. La incidencia ha ido incrementando desde el año 2000 especialmente en los pacientes con hospitalización reciente. El cuadro clínico es variable pueden cursar asintomáticos, con diarrea leve a moderada, colitis grave con sepsis o megacolon tóxico.

**Presentación de caso:** Mujer de 79 años quien acudió por dolor abdominal y diarrea de 6 días de evolución, teniendo hasta 8 evacuaciones al día Bristol 7 con moco sin sangre. Tuvo antecedente de hospitalización reciente por neumonía, recibiendo antibióticos de amplio espectro. Comorbilidades: HAS, DM2 y EPOC. A su ingreso estaba deshidratada, febril, con síndrome de respuesta inflamatoria sistémica y lesión renal aguda, por lo que se inició manejo empírico para *C. difficile*, 24 hrs después presentó datos de abdomen agudo, distensión abdominal, ausencia de ruidos peristálticos, dolor a la palpación generalizado, rebote positivo, timpánico, sin pérdida de la mateidez hepática, tacto rectal con ampulla rectal neummatizada con heces líquidas verdosas. Hb 13.8 g/dL, Leucocitosis 20.9 miles/uL, 81.9% neutrófilos, lactato 2.8 mmol/L, hypoalbuminemia 1.8 g/dL, Urea 102 mg/dL, Creatinina 4.1 mg/dL, coprológico con abundantes polimorfocitos y PCR positiva para *C. difficile* cepa 027. Se realizó laparotomía de urgencia en la que se encontró ascitis moderada, edema y dilatación difusa del colon por lo que se realizó colectomía subtotal con ileostomía terminal.

**Comentarios:** Posterior a la cirugía presentó evolución tórpida, falleció a las 12 horas del postoperatorio. Las tasas de mortalidad asociadas a *C. difficile* se han incrementado recientemente, convirtiéndose en una enfermedad más severa con progresión a megacolon tóxico.

**Conclusiones:** El tratamiento quirúrgico recomendado es la colectomía con preservación del recto e ileostomía; la anastomosis primaria no se recomienda por la pancolitis severa. La terapia quirúrgica debe considerarse en pacientes con hipotensión que requiere de vasopresores, signos de sepsis o disfunción orgánica (renal o pulmonar), alteración neurológica, leucocitosis >50,000 cel/uL, lactato >5 mmol/L o falla del tratamiento médico después de 5 días.

## Colitis pseudomembranosa asociada a Síndrome de DRESS. Reporte de un caso.

Manuel Soria-Orozco, Lorena Contreras-Valerdi, Eduardo Martín-Nares, Alvaro López-Iñiguez, Sandra González-Saldaña.  
Departamento de Medicina Interna - OPD Hospital Civil de Guadalajara sede Fray Antonio Alcalde.

**Introducción:** El Síndrome de DRESS (Reacción a Drogas con Eosinofilia y Síntomas Sistémicos) es una reacción de hipersensibilidad con erupción cutánea, fiebre y disfunción multiorgánica potencialmente mortal hasta en el 10% de los casos. Se produce con mayor frecuencia de dos a ocho semanas posterior al inicio del fármaco. A menudo la afección es hepática, sin embargo también puede ser renal, pulmonar, cardíaca y en raras ocasiones gastrointestinal. El presente caso es un ejemplo con afección gastrointestinal grave asociada.

**Presentación del caso:** Reportamos el caso de una paciente hispana de 31 años de edad con historia clínica de tres semanas de evolución de rash cutáneo maculopapular eritematoso generalizado con acentuación folicular, eosinofilia, elevación de transaminasas y azoados, anemia y trombocitopenia, además de colitis pseudomembranosa. Lo anterior asociado a inicio de Lamotrigina dos semanas previas. Se descartaron patologías infecciosas, neoplásicas y del tejido conectivo; recibiendo esquema de prednisona 1 mg/kg/día con mejoría y resolución de falla multiorgánica.

**Conclusión:** El síndrome de DRESS es relativamente raro, y más aún es una entidad infrecuente con afección gastrointestinal. En este informe presentamos un caso grave de colitis pseudomembranosa asociada a síndrome de DRESS. Dado el uso frecuente de fármacos antiepilépticos y la posible gravedad de la lesión gastrointestinal asociada, se justifica particularmente la atención a esta asociación, y la importancia de reconocer la posibilidad de enterocolitis asociada a medicamentos antiepilépticos en el contexto clínico apropiado.

## Complejo Agiria-Paquigiria asociado a Síndrome Dismórfico

Andrea Gerania González-Vargas<sup>1</sup>, Juan Pablo Acero-Vargas<sup>2</sup>  
UMAE Hospital Ginecopediatría 48 IMSS

**Introducción:** Los trastornos de migración neuronal (TMN), son un grupo de malformaciones congénitas donde se altera el proceso en el que las neuronas se desplazan desde su origen, hacia donde residirán en el SN. Pueden aparecer como casos esporádicos, determinados genéticamente o causados por agentes externos. La incidencia descrita es de 11.7/millón de nacimientos. La lisencefalia clásica se caracteriza por una superficie cerebral lisa, manto cortical engrosado y comprende el aspecto de malformaciones de la agiria-paquigiria, ventriculomegalia y disgenesias del cuerpo calloso. Las manifestaciones son retraso en el desarrollo neurológico y crisis epilépticas refractarias.

**Presentación de caso:** RN masculino 37 SDG, padres sanos, detección prenatal de hidrocefalia a la 33 SDG. Nace por cesárea, APGAR 8/9. Desde las primeras horas de vida con crisis convulsivas tónicas en las 4 extremidades, refractarias a tratamiento médico. Se descarta proceso infeccioso. USG transfontanelar: hidrocefalia; EEG: asimetría de voltaje, bajo voltaje de lado derecho y puntas en lado izquierdo; TC de cráneo: atrofia corticosubcortical bilateral, lisencefalia, paquigiria, hidrocefalia exvacuo; RMN: disgenesia de cuerpo calloso y lisencefalia con agiria-paquigiria. Valoración cardiológica con FOP y CAP. Sin alteraciones anatomofuncionales renales. Cariotipo sin aneuploidia. Ausencia de coordinación succión-deglución. EF: hundimiento bitemporal, frente prominente, microretrognatia, diástasis de rectos, hepatomegalia 3x3x3, empujamiento de manos con sobreposición de 2° y 4° dedo sobre el 3°, cuadriparesia con espasticidad, criptorquidia izquierda.

**Discusión:** La manifestación principal de los TMN es la epilepsia de difícil control, se diagnostica mediante estudios de neuroimagen (TC, RMN, PET). Cuando se asocia a características dismórficas, puede relacionarse a síndromes genéticos como Miller-Dieker, Zellweger y Aicardi. Las características de este paciente hacen sospechar de síndrome de Miller-Dieker que requiere confirmación con FISH en búsqueda de microdeleciones en cromosoma 17.

**Conclusiones:** Dentro de los diagnósticos diferenciales de crisis convulsivas neonatales, deben considerarse los TMN, aún siendo poco frecuentes, son epilepsias de difícil control, con pronóstico neurológico ominoso, en ocasiones asociados a síndromes que ameritan consejo genético.



## Necrólisis Epidérmica Tóxica por Ceftriaxona

Kenia Yolanda Lepe-Moreno, Alejandra Alvarado-Rodríguez, Antonio Garay-Silva, David Enrique Carmona-Navarro, Alvaro López-Iñiguez, Lorena Valerdi-Contreras. Medicina Interna. Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Secretaría de Salud, Jalisco, México.

**Introducción:** La Necrólisis Epidérmica Tóxica es una reacción mucocutánea severa, usualmente inducida por fármacos (80-95% de los casos) cuya mortalidad asciende hasta el 30% por lo que la intervención temprana es esencial en su manejo.

**Presentación de caso:** Masculino de 77 años ingresa por lesiones descamativas en piel. 5 días previos había iniciado con tos productiva, escalofríos y fiebre. A los 2 días se agrega secreción purulenta por ambos ojos, acude con medico particular quien administra ceftriaxona IM, acetilcisteína, ciprofloxacino oftálmico y paracetamol/ibuprofeno. Posteriormente nota aparición de exantema morbiliforme que inicia en cabeza y progresa de manera caudal, edema palpebral bilateral y aumento de secreción oftálmica. Acude a servicio de urgencias de clínica particular y recibe manejo para infección por VHS. Durante su estancia las lesiones evolucionan a vesículas/bulas en frente, nariz y cuello, que se desprenden fácilmente y se extienden a tórax, palmas y plantas. Se traslada voluntariamente a HCFAA. Niega antecedentes de atopia o alergia a fármacos. Exploración física: TA: 188/92mmHg FC: 115 lpm FR: 28 rpm T: 36.8°C. Dermatitis mixta que abarca >30% de superficie corporal total, mucositis oftálmica y oral, denudación epidérmica en frente, nariz, región malar, mentón, cuello, tórax posterior y planta izquierda, exantema morbiliforme en extremidades superiores, tórax y abdomen con signo de Nikolsky (+), bulas múltiples en abdomen. En tórax estertores alveolares en ambas bases. Laboratoriales relevantes: TP 15.4 seg, Cr 1.86 mg/dL, glucosa 226 mg/dL, EGO: proteínas 100 mg, eritrocitos 13, cilindros hialinos (+). Se inicia manejo para Necrólisis Epidérmica Tóxica (SCORTEN 6) con metilprednisolona 500 mg IV, inmunoglobulina 40 g IV así como manejo antibiótico con meropenem y linezolid, se traslada a UCI, presenta compromiso respiratorio, negándose el paciente y familiares a recibir ventilación mecánica asistida por lo que fallece en <24 hrs. por compromiso de vía aérea.

**Discusión y conclusiones:** El tratamiento primario involucra discontinuar el fármaco ofensivo sospechado así como transferencia a UCI/unidad de quemados y terapia de soporte. Minimizar el tiempo entre el inicio de los síntomas y la llegada a unidad especializada es crucial para mejorar la supervivencia. Se han utilizado corticosteroides e inmunoglobulina con resultados mixtos. De acuerdo a la literatura actual el uso de estos fármacos es opcional.

## Bloqueo Atrioventricular secundario a uso crónico de fenitoína oral

Luisa Fernanda Aguilera-Mora<sup>1</sup>, Francisco J. Loarca-González<sup>2</sup>, Pedro J. Suasnavar-Portillo<sup>3</sup>, Ángel M. Carrillo-García<sup>2</sup>, Jorge E. Hernández-del Río<sup>2</sup>, Ramón M. Esturau-Santaló<sup>3</sup>.

1. Residente de primer año de Cardiología Hospital Civil FAA. 2. Médico Adscrito de Cardiología Hospital Civil FAA. 3. Jefe del Servicio de Cardiología Hospital Civil FAA.

**Introducción:** La fenitoína es ampliamente utilizada a nivel mundial como anticonvulsivo, sin embargo, su uso como antiarrítmico ha sido desplazado por nuevos fármacos. Existen reportes de alteraciones en la conducción cardiaca al utilizarse de manera intravenosa, que van desde BAV hasta TV y asistolia; es poca la información sobre su uso crónico por vía oral.

**Presentación de caso:** Se trata de paciente femenino de 67 años con antecedente HTA desde hace 23 años, evento vascular cerebral isquémico 20 años previos y crisis convulsivas secundarias iniciándosele manejo desde entonces con fenitoína 100 mg cada 12 horas. Fue enviada a nuestra institución para colocación de marcapasos definitivo por presentar cuadros de lipotimia y holter de 24 horas donde se reporta bloqueo atrioventricular de alto grado 2:1 alternando con bloqueo atroventricular de tercer grado y un ecocardiograma con esclerosis mitro-aórtica leve. Se decidió suspender fenitoína y se realizó cambio a valproato de magnesio realizándose nuevo holter de 24 horas el que reportó ritmo sinusal y se mantuvo asintomática durante el estudio.

**Discusión:** La fenitoína actúa a nivel de los canales de sodio prolongando la fase 0 de la despolarización miocárdica, existen reportes anecdóticos de sus efectos adversos al usarse de manera intravenosa ocasionando arritmias mortales en algunas ocasiones. Poco está descrito sobre su uso crónico en la literatura, la susceptibilidad a presentar trastornos de la conducción depende de la dosis, tiempo de exposición y algunas mutaciones a nivel del CYP450; además los pacientes con disminución de la capacidad de fijación a proteínas y con hiponatremia son más vulnerables a dosis terapéuticas. En nuestro paciente los niveles séricos se encontraban dentro de rango terapéutico y los electrolitos dentro de parámetros normales, sin embargo con hipoalbuminemia leve, siendo esta un factor predisponente.

**Conclusiones:** El presente caso nos demuestra la importancia de conocer las diferentes causas que provocan los trastornos de la conducción para no caer en el uso inapropiado de marcapasos definitivo.

## Paciente en inmunosupresión con Tuberculosis Diseminada

Javier Vega-Cardona<sup>1</sup>, Germán Ibarra-Miranda<sup>2</sup>, Michel Ruiz-León<sup>2</sup>, Celia Quiroz-Miranda<sup>3</sup>, Alejandra Gómez-García<sup>4</sup>.

1. Universidad Cuauhtémoc Guadalajara. 2. Universidad Autónoma de Baja California Plantel Ensenada. 3. Médico Cirujano y Partero, Especialista en Medicina Interna, Subespecialista en Infectología. 4. Médico Cirujano y Partero, MenC de la Salud y Coordinadora del Departamento de Investigación de Ciencia Básicas de la Universidad Cuauhtémoc.

**Introducción:** La tuberculosis es un problema de salud pública, se calcula que el 32% de la población mundial ha tenido una infección por *Mycobacterium tuberculosis*, se presentan aproximadamente 10 millones de casos por año y mortalidad de 1.6 millones. Más del 95% de las muertes por tuberculosis está en países de ingresos bajos. Esta enfermedad es una de las cinco causas principales de muerte en las mujeres entre los 15 y los 44 años. En México la tasa de incidencia varía de 5-38 por 100,000 habitantes.

**Reporte de caso:** Masculino de 41 años, inició en mayo de 2015. Acudió a atención por presentar disnea y fiebre, siendo valorado en múltiples ocasiones y recibiendo varios esquemas de antibiótico sin mejoría. Un mes después, persistía con disnea, saturación de 72%, FR: 24, es hospitalizado. Precordio rítmico, campos pulmonares ventilación normal, con rudeza, resto normal. Hemocultivo negativo, Linfocitos CD4 89 cel/uL, serología para VIH, HVC, HVB negativas, anticuerpos negativos. Alta el 8 de junio con tratamiento ambulatorio. Reincidió 2 meses después con disnea, astenia, adinamia, sudoración y tos productiva. Se realizó biopsia bronquial de pulmón derecho donde se encontró In inflamación crónica granulomatosa consistente con tuberculosis y TAC de tórax con aumento de trama vascular, con patrón bronquítico. Fue tratado por Tb pulmonar con Levofloxacino, Isoniazida, Pirazinamida y Rifampicina. Evolucionó a meningitis tuberculosa, actualmente en seguimiento por Neurología.

**Discusión y conclusiones:** El objetivo del tratamiento es la curación al 100%, asumiendo que el bacilo es sensible a la terapia antibiótica y el cumplimiento del tratamiento es adecuado, a pesar de lo cual en 2009 el índice de curación reportado por el SINAVE fue de 0.5%. El problema radica en distintas circunstancias, una de ellas las condiciones del paciente y otra el desconocimiento de la terapéutica adecuada. La terapia inadecuada conlleva a pobre índice de curación, ser foco infeccioso y multirresistencia del bacilo. Actualmente una de las soluciones propuestas son los "TAES". La forma de realizar un diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado, prevención y seguimiento de pacientes es mediante estándares de tipo Guías de Práctica Clínica, de esta manera se adecuará a las distintas instituciones y situaciones de cada paciente.

## Macroadenoma hipofisario y malformación arteriovenosa cerebral. Reporte de un caso

Patricia Margarita Roldán-Mora<sup>1</sup>, Santiago Núñez-Velasco<sup>2</sup>, Christian Denisse Peña-Torres<sup>3</sup>, Jesús Alejandro Zúñiga-Mora<sup>3</sup>, Sheila María Del Mar Borrayo-Dorado<sup>4</sup>, Leonardo Eduardo Aguirre-Portillo<sup>1</sup>.

1. Servicio de Neurocirugía HCGFAA, Guadalajara, Jalisco, México.

**Introducción:** Los macroadenomas hipofisarios son tumores benignos situados en la hipófisis de diámetro mayor a 10 mm, el cuadro clínico predominante es cefalea y déficit visual. Se conoce que hasta una cuarta parte de estos tumores pueden ser funcionales. Las malformaciones arteriovenosas cerebrales son anomalías vasculares complejas compuestas por arterias y venas, se localizan en territorios vasculares profundos del cerebro medio, cerebelo y plexos coroideos. Se evidencian como canales venosos, arteriales o ambos marcadamente dilatados y de paredes engrosadas y tortuosas. Son susceptibles a hemorragias y a aneurismas asociadas. La coexistencia de ambas condiciones es muy rara y se reporta por primera vez en 1986 por el Dr. Licata. El manejo para macroadenomas puede ser mediante cirugía microvascular por incisiones transesfenoidales o supraselares para exéresis quirúrgica dependiendo de la localización de la tumoración, uso de Gamma Knife o mediante manejo médico, siendo la primera la más utilizada en la literatura. En cuanto a las malformaciones arteriovenosas se utiliza manejo quirúrgico a base de embolización en la mayoría de los casos.

**Presentación de caso:** Se trata de masculino de 54 años de edad, con antecedente de Diabetes Mellitus. Previamente tratado en otra institución por malformación arteriovenosa hace 10 años tratada con embolización. Posteriormente presentó cefalea intensa y disminución en la agudeza visual además de hemianopsia bilateral de 4 años de evolución. Tomografía axial computarizada y resonancia magnética mostraron la presencia de un macroadenoma hipofisario de aproximadamente 4 cm de diámetro que comprimía ambos nervios ópticos. Se realizó abordaje transesfenoidal para exéresis tumoral y debido a dureza del mismo sólo se logró extraer un 10% del tumor, en segunda intención se realizó abordaje supraselar y se logró extraer el 70% del tumor. Se egresó a paciente sin complicaciones aunque persiste hemianopsia bilateral.

**Conclusiones:** La coexistencia de macroadenomas hipofisarios y malformaciones arteriovenosas son raras pero existentes aunque se desconoce alguna asociación clara entre ambas y su manejo puede ser quirúrgico en la mayoría de los casos.



## Infarto agudo al Miocardo en un paciente con *Situs Inversus* completo

Miriam Sagrario Álvarez-Villanueva, Jorge Eduardo Hernández-Del Rio.  
Servicio de Cardiología, Hospital Civil de Guadalajara.

**Introducción:** El *situs inversus* completo es una alteración durante el desarrollo embrionario caracterizada por la inversión de los órganos tóraco-abdominales. Tiene una prevalencia en México de 0.001% de la población. Un electrocardiograma debe obtenerse en los primeros 10 minutos del abordaje inicial de un síndrome coronario agudo, ante la presencia de *situs inversus* la colocación habitual de los electrodos puede ocasionar falsos negativos que impactan en el tratamiento y pronóstico del paciente.

**Presentación de caso:** Mujer de 72 años con factores de riesgo: postmenopausia, hipertensión, obesidad, sedentarismo. Presentó dolor retroesternal opresivo irradiado a brazo derecho, diaforesis y náuseas, en reposo. Se tomó electrocardiograma que no mostró datos sugestivos de isquemia o lesión. Exploración: tensión arterial 160/90 mmHg, frecuencia cardíaca 112 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 28 por minuto, estertores crepitantes bibasales, ruidos cardíacos disminuidos en intensidad y ápex no palpable, radiografía de tórax: silueta cardíaca en hemitórax derecho, se tomó electrocardiograma nuevo colocando electrodos precordiales en espejo del lado derecho encontrando elevación del segmento ST de V1 a V6 y aVR, en evolución, con ondas Q en las mismas derivaciones. Al momento del diagnóstico fuera de ventana trombolítica o de angioplastia primaria. Troponina I 14.5, CKMB 71. Ecocardiograma: dextrocardia, fracción de expulsión 45%, movilidad con acinesia anteroseptal, inferoseptal y anterior en sus 3 segmentos, negativo a viabilidad en ecocardiograma estrés. TAC toraco-abdominal *situs inversus* total.

**Discusión:** Al momento del diagnóstico no fue candidata a tratamiento de reperfusión de urgencia, estratificación de riesgo de mortalidad hospitalaria 25.4% y a los 6 meses 40%. Dado que no presentó viabilidad no fue candidata a cateterismo posterior al evento agudo, presenta además disfunción sistólica moderada que empeora el pronóstico.

**Conclusiones:** El impacto de conocer la anomalía congénita de la paciente se establece en la prolongación del tiempo total de isquemia siendo este el factor de más impacto en la morbi-mortalidad ante un infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST. Se recalca la importancia de la exploración física y la correlación con los estudios de imagen.

## Proceso Enfermero realizado a paciente con Preeclampsia severa. Reporte de caso

Cecilia Alejandra Zamora-Figueroa<sup>1</sup>, Ana Lilia Fletes-Rayas<sup>1</sup>, Rigoberto Antonio Cisneros-García<sup>1</sup>, Juan Carlos Macías-Hernández<sup>1</sup>.

CUCS/DECIA/DEADPSC DECIA: Departamento de Enfermería Clínica Integral Aplicada. DEADPSC: Departamento Enfermería para la Atención Desarrollo y Preservación de la Salud Comunitaria. CUCS. UDG

**Introducción:** La preeclampsia es un síndrome multisistémico, específico del embarazo, caracterizado por una reducción de la perfusión sistémica que puede aparecer por encima de las 20 semanas de gestación (SDG), durante el parto o en las primeras dos semanas después de éste, actualmente es una patología de etiología desconocida.

**Presentación de caso:** Femenino de 20 años de edad, primigesta con 34 SDG que ingresó al servicio de urgencias del hospital de la mujer, escolaridad secundaria, ama de casa, tuvo 6 controles prenatales en el centro de salud. A la anamnesis, refirió presencia de cefalea de con un EVA de 6/10, fosfenos, acufenos, visión borrosa, náuseas, mareos, dolor epigástrico, oliguria y parestesias en miembros inferiores. A la exploración física se observa: edema en extremidades inferiores (++) , T/A: 171/125 mmHg, FC: 92', FR: 25', T: 36°C, SaO<sub>2</sub>: 88%, además de disminución de la actividad uterina y nula salida de líquido transvaginal. Laboratoriales: TGO: 58.1, TGP: 56.6, fosfatasa alcalina: 192.6 y deshidrogenasa láctica: 266.3 UI. De acuerdo a la valoración se formula el diagnóstico de riesgo de alteración de la diada materno fetal r/c compromiso del transporte de oxígeno, cód. 00209, dominio 09 sexualidad, clase 03 reproducción. La principal intervención fue la vigilancia al final del embarazo, cód. 6656, campo 5: familia, clase w: cuidados de un nuevo bebé, con las siguientes actividades: administración de medicamentos y oxígeno, vigilar signos vitales maternos, realizar monitorización fetal electrónica, observar la presencia y calidad de los movimientos fetales.

**Discusión y conclusiones:** El diagnóstico y el proceso enfermero se prioriza y se realiza por medio de la taxonomía NANDA (diagnósticos de enfermería), NIC (intervenciones) y NOC (evaluación). De acuerdo a las características clínicas de la paciente y posterior a las intervenciones del personal de enfermería se observó una disminución en la escala de Liker y la puntuación diana. Cabe aclarar que no hubo una disminución satisfactoria de la T/A, por lo cual no se logró el resultado esperado, debido a que este tipo de patología resuelve con el parto.

## Loxocelismo cutáneo

Azucena Monserrat Guerrero-Aceves, Fernando García-Romo, Héctor Iván Ruiz-Rodríguez, Ramiro Becerra-Becerra, José Fabián González-Ortega.  
Servicio de Urgencias Médico-Quirúrgicas. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

**Introducción:** El loxocelismo lo origina la araña *Loxocoles reclusa* (araña violinista, parda, reclusa, café). La hembra es la responsable del envenenamiento. Mide 8-15 mm, su color es café, abdomen oval y en el dorso de la unión cefalotórax presenta una cutícula en forma de "violín invertido". La forma más común del envenenamiento es loxocelismo local o cutáneo 83.3%, originado por la acción de la esfingomielinasa-D sobre la esfingomielina de la membrana de los eritrocitos y menos frecuente donde existe compromiso sistémico, eventualmente letal, es el loxocelismo sistémico o cutáneo visceral. En el loxocelismo cutáneo en el sitio de la mordedura hay eritema, dolor que se describe de tipo ardoroso, edema, vesícula hemorrágica y en ocasiones es rodeada por un perímetro de piel pálida, en los síntomas generales puede haber fiebre y eritema generalizado. Entre el 3° y 4° día después de la mordedura, el área hemorrágica central se degrada en un área central de necrosis azul, formando una escara que se hunde por debajo de la piel, un patrón conocido como placa livedoide.

**Presentación de caso:** Se recibió en el servicio de Urgencias de Hospital Civil Fray Antonio Alcalde paciente masculino de 20 años de edad residente de Casimiro Castillo, dedicado a la fabricación de escobas de palma, quien refirió que el lunes 28 de septiembre, alrededor de las 19:00 h tuvo dolor punzante en región del tendón de Aquiles y pierna derecha. El dolor era tipo ardoroso y 24 h posteriores tuvo aparición de vesículas y edema que se extendía hasta tercio proximal de pierna además de puntos hemorrágicos, sin presentar síntomas sistémicos. Se concluyó por clínica y evolución Loxocelismo cutáneo, mostró adecuada respuesta a foboterapia y manejo empleado, lográndose egresar 5 días posteriores por mejoría.

**Discusión y conclusiones:** En Jalisco tenemos alrededor de 600 mordidos por araña venenosa al año. A nivel nacional se desconoce la incidencia de este padecimiento, sin embargo en Jalisco se tiene el registro de los años 2006 al 2013 de 3 defunciones por loxocelismo sistémico y 3 sobrevivientes al loxocelismo cutáneo. Este tipo de intoxicaciones aunque es en menor incidencia, es de gran trascendencia para la vida y función del paciente.

## Enfermedad de Weil en Guadalajara, reporte de caso y revisión de la literatura

Adriana Valle-Rodríguez<sup>1</sup>, Guillermo Navarro-Blackaller<sup>1</sup>, Emmanuel Palomera-Tejeda<sup>1</sup>, Erick Abraham Pérez-López<sup>1</sup>, Ernesto Landeros-Navarro<sup>1</sup>.

1. Servicio de Medicina Interna Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Jalisco, México.

**Introducción:** La leptospirosis, causada por espiroquetas del género *Leptospira*, se transmite por contacto con orina de animales infectados (piel o mucosas), siendo el humano huésped accidental. Su incubación va de 7-26 días, comúnmente asintomática, se presenta como síndrome febril, artralgias, mialgias (75%), conjuntivitis (55%), tos seca (30%), diarrea, náusea/vómito (50%), ictericia (45%), linfadenopatías/hepato-esplenomegalia/exantema (7-40%), elevación de enzimas hepáticas/coagulopatía (50%), daño renal agudo no oligúrico con hipokalemia (daño en S1 mediado por Ac) y necrosis tubular aguda o nefritis túbulo-intersticial (60%), uveítis, trombocitopenia, vasculitis, leucocitosis y pancitopenia. Se diagnostica con Ac IgM e IgG a títulos >1:80 o PCR. Presenta incidencia mundial de 873,000 casos/año con 48,600 muertes. En México, de 2000-2010 se informó 1547 casos y 198 muertes, 10 casos en Jalisco y 2 defunciones.

**Presentación de caso:** Masculino de 42 años, cargador de chatarra, refiere 15 días con astenia, adinamia, odinofagia, calosfríos y dolor osteomuscular en miembros inferiores y lumbalgia. Presenta ictericia generalizada, inyección conjuntival, cavidad oral con placa blanquecina (candidiasis), abdomen asigológico. Se documenta trombocitopenia severa, leucocitosis/neutrofilia, daño renal agudo (sin oliguria) e hipokalemia leve, CPK normal, elevación de bilirrubina indirecta, GGT, FA y DHL. Se reportan serologías para VHC, VHB, VIH y proteus OX para rickettsiosis negativas. Hemocultivos y urocultivos negativos; USG hepático sin alteraciones. Se solicita IgG e IgM para *Leptospira*, reportados positivos. Se inicia doxiciclina por 7 días. Presenta mejoría de función renal y pruebas de función hepática, así como mejoría clínica.

**Discusión y conclusiones:** El síndrome de Weil (variante grave) se caracteriza por fiebre, mialgias, artralgias, ictericia, elevación de enzimas hepáticas y daño renal; puede presentar trombocitopenia/sangrados, dificultad respiratoria aguda, miocarditis, rabdomiolisis y uveítis. Recuperación de 6-12 semanas, con mortalidad del 4-52%. El tratamiento consiste en: penicilina, tetracilinas, cefalosporinas 3°, por 7-10 días. La mayoría de casos son autolimitados. El tratamiento oportuno disminuye la morbi-mortalidad asociada a las complicaciones. En casos graves, es necesaria la terapia de reemplazo renal, soporte ventilatorio y/o transfusión.



## Hipogonadismo Hipogonadotrófico con o sin anosmia, en una familia

Ana Laura Ramírez-Soto<sup>1</sup>, Guillermo Pérez-García<sup>1,2,3</sup>, Martha Leticia Ornelas-Arana<sup>1,5</sup>, Leopoldo Gildardo López-Pérez<sup>2</sup>, Karla Yadira Hernández-Chavero<sup>2</sup>, Rosalinda Mariscal-Flores<sup>1,5</sup>, Juan Luis Soto-Mancilla<sup>1,3</sup>, Rafael González-Jiménez<sup>2</sup>, Saulo Camarena-Romero<sup>2</sup>.

1. Laboratorio de Bioquímica, Cuerpo Académico UDG-CA-80, DBMG, CUCS, Universidad de Guadalajara. 2. Servicios de Genética. 3. Neurocirugía pediátrica. 4. Urología. 5. CADS. 6. Cirugía Plástica. 7. Urología, del Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde". Guadalajara, Jalisco, México.

**Introducción:** El hipogonadismo hipogonadotrófico con o sin anosmia (HHCSA), es una entidad genética heterogénea, en OMIM se refieren 24 entradas, algunas con herencia autosómica recesiva, otras autosómica dominante y una ligada al X. La familia que presentamos, son tres hermanos afectados y padres consanguíneos, corresponde a uno de los HHCSA con un patrón de herencia autosómico recesivo.

**Presentación de caso:** Femenino 19 2/12 años. Antecedentes: amenorrea primaria, telarca y adrenarca a los 14 años, pubarca a los 15 años. Padre 36 y madre de 34 años respectivamente al nacimiento del caso índice, consanguíneos; un hermano de 31 años casado, sin hijos, no presenta desarrollo sexual, no problemas de olfato; otro hermano de 25 años con hipogonadismo hipogonadotrófico y olfato normal. Exploración física: peso 65.9 kg; talla 1.62 m; perímetro cefálico 55 cm; relación de segmentos 0.92; IMC 25.1 kg/m<sup>2</sup>; olfato normal; mamas Tanner 3; pelo púbico Tanner 3, labios mayores normales, labios menores hipoplásicos; resto de la exploración física normal. Eco pélvico: Útero y ovarios hipoplásicos. Laboratorio: FSH 2.86 (normal: 3.5-12.5 mUI/mL); LH 0.23 (normal: 2.4-12.6 mUI/mL); estradiol <5 (normal: 25-195 pg/mL); progesterona 0.46 (normal: 0.15-1.1 ng/mL). Cariotipo 46,XX.

**Discusión:** La paciente presenta problemas en el desarrollo sexual y amenorrea primaria; disminución de LH, FSH, estradiol y progesterona. Un hermano también presenta hipogonadismo hipogonadotrófico con olfato normal y otro hermano con infertilidad e hipogonadismo. Padres consanguíneos.

**Conclusiones:** Los datos clínicos, genéticos y de laboratorio muestran un HHCSA autosómico recesivo. No se realizó el estudio molecular, debido a que son un gran número de genes los que ocasionan HHCSA. Es importante conocer el patrón de herencia para brindar un asesoramiento genético adecuado y el manejo multidisciplinario en los pacientes.

## Fibrosis quística. Reporte de caso

Alma Patricia Valenzuela-Cázares<sup>1</sup>, Guillermo Pérez-García<sup>1,2</sup>, Martha Leticia Ornelas-Arana<sup>1,2</sup>, Juan Luis Soto-Mancilla<sup>1,3</sup>, Rosalinda Mariscal-Flores<sup>1</sup>, Leopoldo Gildardo López-Pérez<sup>2</sup>.

1. Laboratorio de Bioquímica, Cuerpo Académico UDG-CA-80, DBMG, CUCS, Universidad de Guadalajara. 2. Servicio de Genética y 3. Neurocirugía Pediátrica, Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde". Guadalajara, Jalisco, México

**Introducción:** La fibrosis quística (FQ) es una enfermedad hereditaria autosómica recesiva que caracterizada por la acumulación de moco pegajoso y afecta principalmente los pulmones, pero también el páncreas, el hígado y el intestino. La FQ es causada por mutaciones en el gen regulador de conductancia transmembrana de fibrosis quística (CFTR), el cual regula la hidratación de las células epiteliales por todo el cuerpo mediante el control del transporte de cloro y sodio. Los defectos en el canal de cloro alteran el transporte de electrolitos a través de la membrana celular y esto provoca una secreción excesiva de cloro y sodio en el sudor, además de secreciones anormalmente espesas de glándulas exocrinas, sobre todo pulmones, páncreas y órganos reproductivos.

**Descripción del caso:** Masculino de 96/12 años de edad. A los tres meses de edad fue hospitalizado por infección pulmonar, tos y pérdida de peso. A la exploración física: peso 21.6 kg (<3 percentila); nariz ancha, filtrum largo; labios gruesos; implantación baja de pabellones auriculares, orejas prominentes; tórax con *pectus carinatum*; abdomen con diástasis de rectos, hernia umbilical; extremidades hipotróficas; dedos de manos y pies ensanchados distalmente, uñas hiperconvexas y cianosis ungueal. Laboratorio: Cloro en sudor de 100 mEq/L (normal: 30-60). Análisis molecular: se detectó la mutación homocigota F508 del gen CFTR. Radiografía PAdé tórax: hiperextensión, zona de congestión parahiliar y bronquios dilatados. El padre, madre y dos hermanas aparentemente sanos, sin embargo, en el análisis molecular del gen CFTR, todos tuvieron el genotipo AF508/normal.

**Comentarios:** El paciente presenta talla baja, dificultad para respirar, acrocianosis, uñas hiperconvexas, elevación de color en sudor. En el análisis molecular se encontró la mutación F508 en estado homocigoto. Los padres y hermanos presentaron la misma mutación en estado heterocigoto.

**Conclusiones:** El paciente presenta fibrosis quística con la mutación F508 en estado homocigoto del gen CFTR, que es la más común.

## Estenosis colónica como presentación atípica de CUCI

Diana Karen Tapia-Calderón, Juan Manuel Aldana-Ledesma, Enmanuel R. Espinal-Gómez, Francisco Álvarez-López, Karla Rocío García-Zermeño, José Antonio Velarde-Ruiz Velasco.

Servicio Gastroenterología Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

**Introducción:** La Colitis ulcerativa es una enfermedad crónica caracterizada por inflamación continua de la mucosa que raramente se extiende a la muscular de la mucosa, siendo la estenosis intestinal infrecuente, con una prevalencia de estenosis colónicas de 1.06 a 11.2%.

**Presentación de caso:** Mujer de 21 años de edad que inicia su padecimiento en julio del 2014 con distensión abdominal postprandial, dolor abdominal y evacuaciones diarreas Bristol 7, cuatro episodios/día. Colonoscopia: mucosa de colon izquierdo con patrón en "empedrado", pseudopólipos y moco. Estenosis de 10 mm a los 50 cm de margen anal, infranqueable. Histopatológico: CUCI con moderada actividad. Se indica tratamiento con Mesalazina (1 g IR y 2 g VO cada 24 horas) y Azatioprina (100 mg cada 24 horas). Colonoscopia control a las 12 semanas: ileon normal, colon ascendente y transversal con alteración en la vasculatura y úlceras superficiales. Dos estenosis; a los 100 cm y a los 70 cm del margen anal. Mucosa friable con úlceras excavadas, edema, eritema y pseudopólipos. Histopatológico: CUCI con moderada actividad. Se hospitaliza un año posterior al diagnóstico por agudización de la EII y absceso perianal. con antecedente de poca adherencia al tratamiento durante 3 meses. Colonoscopia: 2 estenosis, a 42 cm del margen anal, infranqueable y a los 30 cm del margen. Mucosa friable, edema y eritema; con pseudopólipos y afectación en parches. A la exploración, absceso en borde perianal de glúteo izquierdo drenando líquido purulento. Se descarta infección por *C. difficile* y citomegalovirus. Se reinicia tratamiento con Mesalazina y Azatioprina con dosis previas. Se drena el absceso y se indica antibióticoterapia. Laboratorio: Hb:12 g/dl, Hto: 35.9 %, Leucocitos: 20.5 miles/l, Neutrófilos: 17.7 miles/l, Plaquetas: 457 miles/l, Albúmina: 3.1 g/dl, DHL: 203 U/l, PCR: 10, pANCA: 0.60 U/ml.

**Comentarios y conclusiones:** Existe evidencia que con la progresión de la enfermedad se afectan también las capas más profundas del colon. Gumaste y cols. Reportaron estenosis benignas en 3.2% de los pacientes con CUCI, la duración media de la enfermedad al diagnóstico de la estenosis fue de 14.5 años. En nuestro paciente, la evolución clínica fue de solo 4 meses. En un paciente joven con CUCIE3 de Montreal de reciente diagnóstico con 2 estenosis colónicas observadas desde la colonoscopia diagnóstica, mal apego al tratamiento, en recaída y con p-ANCA negativo; se puede valorar la instauración de terapia biológica.

## Osteogénesis imperfecta tipo IV. Reporte de caso

Leonel Martín Pulido-Gutiérrez<sup>1</sup>, Guillermo Pérez-García<sup>1,2</sup>, Leopoldo Gildardo López-Pérez<sup>1,2</sup>, Martha Leticia Ornelas-Arana<sup>1</sup>, Carolina Pérez-Ornelas<sup>1</sup>, Rosalinda Mariscal-Flores<sup>1</sup>, Juan Luis Soto-Mancilla<sup>1</sup>, Graciela González-Pérez<sup>2</sup>, Xóchitl Adriana Avalos-Huizar<sup>2</sup>.

1. Laboratorio de Bioquímica, Cuerpo Académico UDG-CA-80, Departamento de Biología Molecular y Genómica, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. 2. Servicios de Genética, 3. Neurocirugía Pediátrica, 4. Oftalmología Pediátrica y 5. Cutaneopediatria del Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde". Guadalajara, Jalisco, México.

**Introducción:** La osteogénesis imperfecta tipo IV (OIIV) es una enfermedad autosómica dominante causada por mutación en los genes *COL1A1* (17q21.33) y *COL1A2* (7q21.3) que codifican para colágeno tipo I. El colágeno fibrilar se encuentra en el tejido conectivo de huesos, tendones, ligamentos, dentina etc. Se caracteriza por variabilidad fenotípica intra e interfamiliar, talla baja variable, fracturas, huesos largos delgados, pueden presentar fracturas *in utero* o en los primeros meses de vida (conforme avanza la edad disminuye la frecuencia de fracturas), además de curvatura femoral, huesos wormianos en cráneo, sordera ocasional, escleróticas normales o grises, dentinogénesis, escoliosis, cifosis y vertebras bicóncavas o aplanadas. El diagnóstico se basa en las características clínicas y radiológicas, apoyados por el estudio molecular y las escleróticas normales.

**Descripción del caso:** Masculino de 14 años de edad. Padre y madre de 33 años de edad al nacimiento del caso índice. La madre presentó 2 fracturas de clavícula. El paciente ha presentado múltiples fracturas patológicas, a la edad de 1 3/12 años fractura de fémur, a los 12 años fractura de costillas, a los 13 años fractura de clavícula izquierda, a los 14 años fractura de cúbito y radio. Exploración física talla 172 cm (percentil 97); peso de 48 kg (percentil 25); displasia del esmalte en un incisivo inferior; sin escleróticas azules; cráneo, cabello, ojos, nariz; orejas, boca, cuello; tórax, abdomen; manos, pies, y genitales normales, y extremidades largas. Rx: huesos wormianos, huesos largos adelgazados, fracturas en radio, cúbito y clavícula.

**Comentarios y conclusiones:** De acuerdo a la clasificación "Sillence" la presencia de dentinogénesis imperfecta, escleróticas normales y mayor severidad de las manifestaciones óseas, fracturas patológicas, se trata de una OIIV probablemente autosómica dominante ya que la madre presentaba fracturas. El paciente presenta una OIIV, es una enfermedad hereditaria rara, se desconoce su frecuencia; el diagnóstico temprano y manejo de estos pacientes mejora su calidad de vida.

## Paranglioma carotideo Shamblin III resección con Ligasure. Reporte de caso

Cintia Medina-Guerrero, Italo Masini Aguilera, J. Martín Gómez-Lara, Sergio Sánchez-Vergara, José James-Santana, David Torres-González, Diocel Trujillo-Hernández, Josefina Medina-Candelario, Martha Herrera-Rodríguez, José Reyes-Gómez. Tórax y Cardiovascular, Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde"

**Introducción:** Los tumores del cuerpo carotideo son neoplasias benignas muy poco frecuentes que representan <0,5% de todos los tumores. Siendo el tratamiento de elección la resección quirúrgica. Según la clasificación de Shamblin el grado III correspondiente a tumores de gran tamaño que están íntimamente pegados a los vasos carotídeos se relaciona altamente con lesión vascular cerebral permanente y lesión nerviosa.

**Descripción del caso:** Paciente femenina de 26 años sin antecedentes de importancia, presenta tumoración en región submandibular izquierda de crecimiento rápido 2 meses de evolución, asintomática al momento de su diagnóstico. TAC de cuello encontrando masa tumoral de aspecto sólido dependiente del espacio carotideo izquierdo. Clasificándose como Shamblin III, tratado quirúrgicamente encontrando paranglioma de 40x60 mm, adherido a estructuras vasculares, para su disección se utilizó Ligasure presentando un sangrado total de 150 ml.

**Discusión y conclusiones:** Los tumores de cuerpo carotideo son neoplasias íntimamente adheridas a estructuras vasculares y nerviosas, cuya disección presenta un riesgo de sangrado importante dado la infiltración a la pared carotídea siendo necesario el sacrificio vascular hasta en el 28% y 6.3% de reconstrucción vascular con mortalidad intraoperatoria publicada que varía del 0 al 2%. Así mismo la tasa de daño neurológico es importante variando desde lesión neurológica permanente 7.6% a lesión neurológica periférica transitoria hasta en el 15.3%. El uso de recursos hemostáticos como Ligasure no es utilizado de forma común en cirugía de carótida, el objetivo de estos para el sellado de vasos como Ligasure es disminuir el sangrado, el tiempo quirúrgico y la tasa de complicaciones método empleado en este caso obteniendo excelentes resultados a pesar de la magnitud del tumor descrito.

## Enfermedad Gaucher tipo 1. Reporte de caso

Judith Marlene Fonseca-Aldana<sup>1</sup>, Guillermo Pérez-García<sup>1,2</sup>, Martha Leticia Ornelas-Arana<sup>1</sup>, Juan Luis Soto-Mancilla<sup>1</sup>, Mariscal Flores Rosalinda<sup>1</sup>, Guillermo Pérez-Ornelas<sup>1</sup>, Leopoldo Gildardo López-Pérez<sup>1</sup>.

1. Laboratorio de Bioquímica, Cuerpo Académico UDG-CA-80, Departamento de Biología Molecular y Genómica, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara 2. Servicios de Genética, y 3. Neurocirugía Pediatría del Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde". Guadalajara, Jalisco, México.

**Introducción:** La enfermedad Gaucher (EG) es autosómica recesiva, con una incidencia de 1 en 70,000 a 100,000 nacidos vivos, causada por mutación en el gen *GBA* que codifica para la beta-glucocerebrosidasa localizado en 1q22. Existen 3 tipos: 1) sin afeción neurológica, 2) con afeción neurológica y 3) con afeción neurológica crónica. La más común es la EG1, suele presentarse en la niñez o adultez tardía. En la EG1 se produce una acumulación anormal de glucosilceramida en los lisosomas de los macrófagos dando lugar a las denominadas "células Gaucher". Los pacientes con EG1 desarrollan hepatoesplenomegalia, anemia, trombocitopenia, defectos en la coagulación y de plaquetas, infiltración de células Gaucher en médula ósea, dolor en huesos, fracturas patológicas, osteólisis, osteopenia, osteoporosis, deformación ósea, necrosis avascular del hueso, cirrosis hepática e hipertensión pulmonar. El paciente puede cursar con debilidad muscular, disnea, fatiga entre otros síntomas. El diagnóstico de EG1 se basa en datos clínicos, biometría hemática, radiografías, biopsia de médula ósea, hígado y bazo y estudios moleculares.

**Presentación de caso:** Masculino de 41 años de edad. Padres consanguíneos, no hay otros familiares afectados. A la exploración física: macrocefalia, frente prominente, cejas normales, ojos prominentes, nariz afilada, hipertrofia gingival, con prótesis dental, micrognatia; cuello y tórax normal, sin hepatomegalia, presenta esplenomegalia; genitales con criptorquidia izquierda, vello púbico Tanner 5; extremidades superiores normales con dedos anchos conuñas hiperconvexas; extremidades inferiores normales con dedos anchos y uñas hiperconvexas, debilidad muscular. Inteligencia normal. Las radiografías muestran áreas de osteopenia, osteólisis y fibrosis y en tórax lesión en mediastino. Biometría hemática: pancitopenia. Biopsia de médula ósea con hipocelularidad, presencia de "células Gaucher" y fibrosis leve.

**Discusión y conclusiones:** Se concluyó que el paciente presenta EG1. El manejo incluye esplenectomía y trasplante de médula ósea. Actualmente existe la terapia de reemplazo enzimático mejorando los niveles de hemoglobina y plaquetas y también mejora la hepato y esplenomegalia. El diagnóstico diferencial se hace con enfermedades hematológicas malignas.

## Fístula hepatoduodenal como complicación de absceso hepático amebiano

Alma Eugenia De la Mora-González<sup>1</sup>, Jorge Casal-Sánchez<sup>2</sup>.

1. Médico Pasante del Servicio Social en el HCGFAA, 2. Médico Residente de 2 año del Servicio de Gastroenterología del HCGFAA.

**Introducción:** El absceso hepático amebiano es una cavidad supurativa en el parénquima hepático, que se genera por la invasión de microorganismos, complicación extraintestinal de la infección por *Entamoeba histolytica*. Las complicaciones más importantes son la sobre-infección bacteriana y la ruptura del absceso, siendo el drenaje a espacio pleural, peritoneal y pericárdico las localizaciones más comunes. La mortalidad en AHA se reporta <1%.

**Reporte de caso:** Masculino de 50 años, que acude a urgencias con dolor abdominal y fiebre (cuantificada por encima de 39°C), habiendo iniciado 15 días previos al ingreso con dolor abdominal difuso, diarrea con moco sin sangre, fiebre y distensión abdominal; agregándose 7 días después dolor en hipocondrio derecho, plenitud y saciedad temprana y fiebre >39°C. A su ingreso con datos de respuesta inflamatoria sistémica, consciente, no icterico, abdomen con RsPs adecuados, timpánico, blando, depresible, palpando masa en hipocondrio derecho, borde hepático 4 cm por debajo del RCD. Se hace diagnóstico de absceso hepático amebiano con USG y TAC que muestran lesión mayor a 5 cm de diámetro, con bordes irregulares y pared gruesa en parénquima hepático, localizada en lóbulo izquierdo; además se obtienen serologías positivas para *E. histolytica*. Se inicia mapeo con metronidazol, con lo que se obtiene mejoría clínica, y disminución de las dimensiones del absceso reportado en 2da TAC abdominal, donde también se encuentra trayecto fistuloso de hígado a duodeno, lo cual se corrobora a través de la endoscopia alta.

**Discusión:** En este caso, al tratar de descartar las complicaciones más frecuentes del AHA, fue encontrada su ruptura con drenaje a la luz enteral, que posteriormente, vía endoscópica, se comprueba la salida de material purulento hacia duodeno.

**Conclusiones:** Las complicaciones, como la fistulización del absceso que drena a tracto gastrointestinal, aún con la poca frecuencia que se presenta, deben ser sospechadas y descartadas siempre que se tenga un cuadro de presentación atípico de AHA, como en el caso presentado, habiendo sido encontrados solo dos casos reportados de fístula hepato-duodenal como complicación de AHA.

## Hipogonadismo Hipogonadotrófico con o sin anosmia autosómico dominante.

### Presentación de caso

Martínez-Peña EG<sup>1</sup>, Pérez-García G<sup>1,2,4</sup>, Ornelas-Arana ML<sup>1,4</sup>, Soto-Mancilla JL<sup>1,2</sup>, Mariscal-Flores R<sup>1,4</sup>, Pérez-Ornelas G<sup>1</sup>, García-Olivares EA, Aranda-García G, González-Jiménez R<sup>1,4</sup>, Camarena-Romero S<sup>1,6</sup>, Romero-Flores Y<sup>1</sup>, Castillo-Plascencia MF<sup>1</sup>.

1. Laboratorio de Bioquímica, Cuerpo Académico UDG-CA-80, DBMG, CUCS, Universidad de Guadalajara. 2. Genética, 3. Neurocirugía pediatría, 4. CADS, 5. Cirugía Plástica y 6. Urología del Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde". 7. Servicio de Ginecología y Obstetricia de Hospital General de Occidente. Guadalajara, Jalisco, México.

**Introducción:** Se han considerado 24 entradas en OMIM de hipogonadismo hipogonadotrófico con o sin anosmia (HHCSA) (anteriormente denominado síndrome Kallman) y se han considerado aproximadamente 76 genes involucrados en el HHCSA, la mayoría de los genes localizados en los autosomas y solo 4 en el cromosoma X. El patrón de herencia puede ser autosómico dominante, autosómico recesivo o ligado al X recesivo. El paciente que presentamos tiene hipogonadismo hipogonadotrófico con anosmia, con un patrón de herencia autosómico dominante.

**Descripción del caso:** Masculino de 23 años. Antecedentes: pubertad tardía, ginecomastia a los 13 años, caracteres sexuales secundarios inducidos con tratamiento hormonal a los 18 años. Padre de 33 y 26 años respectivamente al nacimiento del caso índice, no consanguíneos; un tío paterno y un tío paterno segundo con anosmia sin hipogonadismo. Exploración Física: peso 77.75 Kg (percentila 90), altura 1.72 m (percentila 50), perímetro cefálico 57 cm (percentila 75), brazada 175.5 cm, cara con acné, tórax con ginecomastia Tanner 3, pelo púbico con distribución ginecoide Tanner 5, micropene, testículos pequeños, extremidades superiores e inferiores largas, anosmia. Inteligencia normal. Laboratorio: FSH 2.48 mIU/ml; LH 2.20 mIU/ml; estradiol 23 pg/ml; prolactina 41.9 ng/ml. Prueba de estimulación con GnRH: FSH: 0 min 1.42 mLU/ml, 20 min 2.36 mLU/ml, 40 min 2.86 mLU/ml, 60 min 2.92 mLU/ml; LH: 0 min 1.34 mLU/ml, 20 min 9.73 mLU/ml, 40 min 10.56 mLU/ml, 60 min 9.9 mLU/ml. Cariotipo 46,XY.

**Comentarios y conclusiones:** El paciente presenta problemas en el desarrollo sexual, genitales pequeños, niveles de FSH y LH bajos, que aumentan con estimulación de GnRH, niveles de prolactina elevados, 2 familiares y él con anosmia. Los datos clínicos y de laboratorio muestran que el paciente presenta HHCSA autosómico dominante con penetrancia incompleta y expresividad variable. Es importante conocer el patrón de herencia para brindar un asesoramiento genético adecuado y el manejo multidisciplinario de los pacientes.



## Síndrome de Wallenberg. Infarto bulbar lateral y de arteria cerebral posteroinferior. Reporte de caso

María Elena Ventura-Valenzuela<sup>1</sup>, Jorge Isaac Michel-González<sup>1</sup>, Alejandro Schmidt-Ramírez<sup>1</sup>, Moisés Misael Rubio-Hernández<sup>1</sup>, Israel Anaya-Silva<sup>1</sup>, José Luis Ruiz-Sandoval<sup>1</sup>.

1. Servicio Medicina Interna, 2. Servicio Neurología Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

**Introducción:** El síndrome de Wallenberg conocido como síndrome lateral bulbar o síndrome de la PICA; pertenece a los síndromes isquémicos de la circulación posterior. Se caracteriza por disfagia, voz nasal, disminución del reflejo nauseoso, parálisis ipsilateral del paladar y cuerdas vocales, afeción del núcleo ambiguo y fibras del IX y X pares craneales.

**Presentación de caso:** Masculino 62 años comerciante, hipertensión arterial sin tratamiento, mareo e inestabilidad de la marcha, ataxia cuatro días previos al ingreso; se agrega disfagia sólidos y líquidos. Exploración: Ptosis, miosis derecha, nistagmo horizontal, disfagia severa, disfonía, disdiadocoscinesia derecha, inestabilidad ortostática, marcha atáxica, romberg cerebeloso lateropulsión izquierda inmediata. Precordio rítmico, electrocardiograma ritmo sinusal, ondas Q en V5 V6. Ecocardiograma: Dilatación moderada ventrículo izquierdo, FEVI 80%. USG carotídeo placas ateroma, esclerosis de la intima condiciona restricción flujo 29% derecha 22% izquierda. RMN cráneo: Hiperintensidad en territorio PICA con involucro bulbar moderado izquierdo. Evolución 60 días: Estabilidad marcha, retiro de sonda nasogástrica, control tensión arterial, continúa terapia prevención secundaria.

**Discusión:** La incidencia del síndrome de Wallenberg se estima 15% de todos los ACV de circulación vertebrobasilar y posterior encefálica, incidencia exacta respecto a ictus isquémico global se desconoce; relación 3:1 M:H. Tríada clásica: síndrome Horner, anhidrosis poco frecuente, ataxia ipsilateral a lesión medular, alteraciones sensitivas: hipoestesia ipsilateral rostro. Edad avanzada etiología aterosclerótica, cardiopatía emboligénica; jóvenes sin cardiopatía ni trauma cervical, probable disección arteria vertebral, descartar enfermedad tejido conectivo.

**Conclusiones:** Síndromes incompletos presentan con mayor frecuencia respecto síndrome completo y su espectro descrito por Fisher y cols. Diagnóstico eminentemente clínico, puede diferirse si se desconoce esta variedad de infarto encefálico. Pronóstico dependiente topografía, extensión bulbar y severidad de la lesión, mortalidad 30 días estimada 3.6%; secuelas frecuentes: vértigo, sensación de inestabilidad postural, disfagia.

## Osteogénesis imperfecta tipo III. Presentación de un caso familiar

Nadia Stephani Acevedo-Juárez<sup>1</sup>, Guillermo Pérez-García<sup>1,2</sup>, Martha Leticia Ornelas-Arana<sup>1</sup>, Eddie Gibson Martínez-Peña<sup>1</sup>, Leopoldo Gildardo López-Pérez<sup>2</sup>, Juan Luis Soto-Mancilla<sup>3</sup>, Rosalinda Mariscal-Flores<sup>1</sup>.

1. Laboratorio de Bioquímica, Cuerpo Académico UDG-CA-80, Departamento de Biología Molecular y Genómica, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. Servicios de 2. Genética y 3. Neurocirugía Pediatría del Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde". Guadalajara, Jalisco, México.

**Introducción:** Osteogénesis Imperfecta tipo III (OI-III) es una enfermedad autosómica dominante, aunque hay reportes de casos autosómicos recesivos. La OI-III, también conocida como deformante progresiva con escleras normales, es considerada la forma más severa, no neonatal, y también la más rara. Esta enfermedad es causada por mutaciones en los genes *COL1A1* (17q21.33) y *COL1A2* (7q21.3), que codifican para las cadenas pro- $\alpha$ 1 y pro- $\alpha$ 2, de la colágena I. La OI-III se caracteriza por talla baja y múltiples fracturas al nacer; dentinogénesis imperfecta; costillas y huesos largos delgados; osteoporosis severa; escoliosis, cifosis; fémures cortos y deformes; protrusión de acetábulos; calcificación en forma de "palomitas de maíz" e hipertensión pulmonar.

**Presentación de caso:** Masculino de 2 meses. Padre y madre de 47 y 29 años, respectivamente, al nacimiento del caso índice, no consanguíneos, madre sana, el padre similarmente afectado con múltiples fracturas (>10), utiliza silla de ruedas, sus extremidades inferiores son cortas, hipotroficas y muestran deformidad. El paciente presenta cráneo normal, ojos con escleras normales; extremidades superiores la izquierda inmovilizada; y férula en miembros inferiores por fracturas.

**Discusión:** De acuerdo a la clasificación de "Silence", la diferencia entre la tipo I y III y IV se basa en la severidad de los síntomas, la ausencia de escleróticas azules, y la dentinogénesis.

**Conclusiones:** Con base al cuadro clínico del padre que presenta una forma deformante, más severa que la I y la IV y la presencia de múltiples fracturas en el caso índice consideramos que se trata de OI-III, autosómica dominante. Aun cuando no existe un tratamiento, la identificación temprana nos permite ofrecer una mejor calidad de vida. Es importante hacer notar que el diagnóstico diferencial siempre debe hacerse con síndrome Kempe.

## Esclerosis Múltiple y Asociación Inusual con Quiste Aracnoideo

Damián Arellano-Contreras<sup>1</sup>, R. Alejandro Arellano-Contreras<sup>2</sup>, Arturo García-Gutiérrez<sup>2</sup>, Luis Felipe de Jesús García-Rivera<sup>2</sup>.

1. Servicio de Neurocirugía, ISSSTE. 2. Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara.

**Introducción:** Los quistes aracnoideos supratentoriales son raros, pero el uso RMN ha revelado muchos quistes asintomáticos. Se presenta el caso de un masculino de 37 años de edad que debuta con crisis convulsivas focales secundariamente generalizadas, alteraciones sensitivas y signos piramidales. El estudio de RMN demostró los siguientes hallazgos: quiste aracnoideo en el polo temporal derecho, cavum vergae, aracnoidocele selar y mega cisterna magna; además de lesiones desmielinizantes periventriculares sugestivas de EM. Se inició protocolo de estudio y se confirmó el diagnóstico de EM, iniciando manejo médico, mostrando mejoría.

**Presentación de caso:** Se trata de paciente masculino de 37 años, previamente sano sin antecedentes personales de importancia, debutando con alteraciones sensitivas inespecíficas mal sistematizadas distales en extremidades inferiores principalmente, además de crisis convulsivas focales motoras secundariamente generalizadas. Clínicamente el paciente presentaba hiperreflexia generalizada y Babinski bilateral. Hospitalizado para protocolo de estudio, la RMN demuestra quiste aracnoideo en polo temporal derecho, un cavum vergae, un aracnoidocele selar y una megacisterna magna; además de múltiples lesiones desmielinizantes sugestivas de esclerosis múltiple. Se inicia protocolo con potenciales evocados somatosensoriales y estudio de LCR, confirmando el diagnóstico. Se inició manejo con corticoides mostrando mejoría. Ninguna de las variantes anatómicas que presentó el paciente como hallazgos incidentales requirió de manejo quirúrgico, incluyendo el quiste aracnoideo.

**Discusión:** El uso generalizado de imagen cerebral ha revelado la presencia de quistes asintomáticos en adultos; por el contrario en edades pediátricas se presentan sintomáticos. Dolor de cabeza, epilepsia, déficit focales persistentes y deterioro cognitivo son las manifestaciones más frecuentes en pacientes con quistes aracnoideos.

**Conclusiones:** Los quistes aracnoideos son a menudo un hallazgo incidental en RMN de cráneo. Suelen ser asintomáticos y no necesitan intervención neuroquirúrgica, pueden estar asociados con otras malformaciones de cerebro y medula espinal, pero no representan un factor de riesgo para esclerosis múltiple.

## Mucopolisacáridosis II. Reporte de un caso

Alejandro Rafael Reyes-Mata<sup>1,2</sup>, Guillermo Pérez-García<sup>1,2</sup>, Martha Leticia Ornelas-Arana<sup>1</sup>, Alejandra Margarita Cantú-Villarreal<sup>1</sup>, Nicolás Pérez-García<sup>3</sup>, Juan Luis Soto-Mancilla<sup>3</sup>, Rosalinda Mariscal-Flores<sup>1</sup>, Carolina Pérez-Ornelas<sup>1</sup>, Leopoldo Gildardo López-Pérez<sup>1</sup>.

1. Laboratorio de Bioquímica, Cuerpo Académico UDG-CA-80, Departamento de Biología Molecular y Genómica, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. Servicios de 2. Genética, 3. Radiología y 4. Neurocirugía Pediátrica del Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde", Guadalajara, Jalisco, México.

**Introducción:** La mucopolisacáridosis II (MPSII)(Hunter) es una enfermedad ligada al X, causada por mutaciones en el gen *IDS* localizado en Xq28 que codifica para la enzima iduronato-2-sulfatasa, que degrada dermatán y heparán sulfato. Se han encontrado mutaciones puntuales y grandes deleciones. La incidencia global de MPSII es de 1/170,000 masculinos nacidos vivos. La MPSII cursa con facies grotesca, estatura baja, anormalidades esqueléticas, hernia inguinal/umbilical, contracturas articulares, manos en garra, discapacidad intelectual, desórdenes del comportamiento y deterioro neurológico. Radiológicamente presentan disostosis múltiple, macrocefalia, cifosis, tórax en tonel y engrosamiento de diáfisis en huesos largos. La terapia de reemplazo enzimático con idursulfasa recombinante está disponible.

**Presentación de caso:** Masculino de 27/12 años de edad, producto de embarazo normal, parto eutócico, peso al nacer 3,419 g; con retraso psicomotor. Padres sanos, no consanguíneos, dos tíos maternos similarmente afectados. Exploración física: talla 100 cm; peso 17.5 kg; perímetro cefálico 55.5 cm; todos con percentila >97; macrocefalia, huesos frontales prominentes, frente prominente; cejas gruesas y abundantes, pestañas largas, buena audición; puente nasal deprimido, nariz corta y ancha, boca con labios prominentes; cuello corto; abdomen prominente, hernia umbilical; manos en garra; piel con hipertriosis, retardo en el desarrollo psicomotor. Las radiografías muestran disostosis múltiple. Resultados: Iduronato-2-sulfatasa: 1.3  $\mu$ mol/l/h (>2  $\mu$ mol/l/h). Secuenciación génica del gen *IDS*: mutación hemicigota (c.241-1G>C). El paciente recibe actualmente terapia enzimática.

**Discusión y conclusiones:** El diagnóstico se realizó por los datos clínicos y radiológicos y se corroboró con el estudio enzimático y molecular. La mutación encontrada en el paciente no ha sido previamente descrita. El diagnóstico temprano en estos pacientes es importante ya que la terapia enzimática mejora las alteraciones esqueléticas, sin embargo no se ha demostrado un impacto en el daño neurológico, para lo cual está en estudio el tratamiento con terapia génica. El análisis molecular permite un mejor asesoramiento genético.

**Síndrome Conradi-Hunermann-Happle.****Reporte de dos casos**

Leopoldo Gildardo López-Pérez<sup>1,2</sup>, Guillermo Pérez-García<sup>1,2</sup>, Martha Leticia Ornelas-Arana<sup>1</sup>, Carolina Pérez-Ornelas<sup>1</sup>, Guillermo Pérez-Ornelas<sup>1</sup>, Xóchitl Adriana Ávalos-Huizar<sup>3</sup>, Graciela González-Pérez<sup>4</sup>, Nicolás Pérez-García<sup>1</sup>, Francisco Castillo-Villaruel<sup>1</sup>

1. Laboratorio de Bioquímica, Cuerpo Académico UDG-CA-80, Departamento de Biología Molecular y Genómica, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, UdeG. 2. Servicios de Genética, 3. Cutaneopediatría y 4. Oftalmopediatría del Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde".

**Introducción**

El síndrome Conradi-Hunermann-Happle (SCHH) forma parte de un grupo de patologías hereditarias denominadas condrodisplasias punctata caracterizadas por la presencia de puntilleo epifisario en huesos largos durante la niñez.

**Presentación de casos**

Caso 1. Femenino de 2 años; padres no consanguíneos; la madre (caso 2) presentó hallazgos dermatológicos y esqueléticos similares a los del caso índice. Exploración física. Dolicocefalia; alopecia parcial; asimetría facial, hipoplasia malar; puente nasal deprimido, nariz corta e hipoplásica con narinas antevértidas; filtrum largo; boca en carpa; prognatismo; cuello corto; tórax corto, pectus carinatum; cifosis dorsal, escoliosis; rizomelia en las 4 extremidades, extremidades inferiores asimétricas. Piel: hiperqueratosis, hipopigmentación lineal y eccema.

Evaluación radiológica: fémur derecho aplanado y de contorno irregular con metafisis distal ensanchada; fémur izquierdo corto, ancho y curvo con ensanchamiento de la metafisis proximal y distal, luxación de cadera. Puntilleo calcáneo en calcáneo, astrágalo y escafoides derechos, epífisis distal de fémur derecho, epífisis proximal de peroné derecho y epífisis distal de fémur izquierdo.

Caso 2. Femenino de 24 años. Exploración física. Braquicefalia; cabello grueso y tórax corto. Piel: hipopigmentación lineal y eccema.

**Discusión**

El SCHH es una patología con un tipo de herencia ligado al X dominante con mutaciones en el gen *EBP* localizado en Xq28 y que codifica la enzima delta-8 delta-7 esteroisomerasa. Las manifestaciones clínicas son primordialmente esqueléticas, oculares y dermatológicas y están sujetas a los efectos de inactivación del X.

**Conclusiones**

En este trabajo presentamos 2 casos familiares de SCHH cuyo diagnóstico pudo realizarse por la presencia de puntilleo epifisario en las radiografías del CI

**Rickettsiosis. Reporte de caso y revisión de literatura**

Alejandra Alvarado-Rodríguez, Juan Gómez-Fregoso, Citlalli Díaz-Leal Ana, Fernando Herrera-Aguilar, Alvaro López-Iñiguez, Lorena Valerdi-Contreras  
Servicio de Medicina Interna, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

**Introducción**

Las Rickettsiosis son patologías causadas por bacterias del género *Rickettsia*, transmitidas por vector (artrópodos). Su incubación va de 1d a 2 sem. En México de 2000 a 2010 se reportaron 13 casos de tifo epidémico, 203 de tifo murino y 2616 de fiebre manchada con el 78% de ellos y 90% de las muertes en menores a 10<sup>a</sup>. La clínica se debe a aumento de permeabilidad vascular por invasión endotelial; se presenta fiebre (100%), dolor osteomuscular, cefalea y vomito (60%), dolor abdominal (30%), diarrea (26%) y erupción maculopapulosa en tronco y extremidades (afecta palmas y plantas en fiebres manchadas); así como paraclínicos inespecíficos: elevación de enzimas hepáticas, trombocitopenia, leucopenia, hiponatremia. Entre las complicaciones se encuentra: alteración neurológica, insuficiencia respiratoria, daño renal, CID, fallo circulatorio.

**Presentación de caso**

Mujer de 34a, refiere ser picada por "araña verde", 24h después presenta fiebre (40°C), dolor óseo y cefalea; al 3° día dolor torácico, debilidad, disnea y maculas eritemato-pruriginosas en brazos, piernas y pies extendiéndose después muslos y abdomen. Al ingreso: TA 90/70, FC 105, FR24, Sat 87%. Deshidratada, maculas eritematosas de 3x4mm, de bordes irregulares no confluentes, afectando palmas y desaparecen a la digitopresión en regiones ya mencionadas, inyección conjuntival, faringe hiperémica. Tórax con estertores alveolares bibasales. Fuerza 4/5 generalizada. Laboratoriales: leucocitos 10.5, PMN 9.9, Bilirrubinas totales 1.3, DHL 354. Biopsia de piel compatible con eritema multiforme, reacciones febriles (-). Rx de tórax con patrón intersticial y derrame pleural izquierdo. Acs anti-Rickettsias IgM (+). Se inicia tratamiento: doxiciclina + piperacilina/tazobactam, con mejoría clínica, laboratorial y radiológica 2 días después con remisión de lesiones dermatológicas en el día 5.

**Discusión**

Las Rickettsiosis son enfermedades frecuentemente olvidadas por la inespecificidad clínica. Actualmente presentan re-emergencia con múltiples brotes en nuestro país (predominancia en estados del norte). Las más importantes en México son el tifo epidémico por *R. prowasekii*; tifo Murino/endémico por *R. typhi*; y fiebre manchada por *R. rickettsii*.

**Homocistinuria. Reporte de dos casos no relacionados**

Alejandro González-Morfin<sup>1</sup>, Guillermo Pérez-García<sup>1,2</sup>, Martha Leticia Ornelas-Arana<sup>1</sup>, Leopoldo Gildardo López-Pérez<sup>2</sup>, Graciela González-Pérez<sup>2</sup>, Eddie Gibson Martínez-Peña<sup>1</sup>, Juan Luis Soto-Mancilla<sup>4</sup>, Rosalinda Mariscal-Flores<sup>1</sup>, María Alejandra Soto-Blanquel<sup>1</sup>.

1. Departamento de Biología Molecular y Genómica, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, UdeG. 2. Servicios de Genética y 3. Oftalmología, 4. Neurocirugía Pediatría del Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde"

**Introducción**

La homocistinuria es una enfermedad rara (1/344,000) autosómica recesiva. Causada por mutaciones en el gen CBS (21q22.3), que codifica para la enzima cistationina beta-sintasa; que se encarga de catalizar la síntesis de cistationina y reciclar metionina; su deficiencia eleva metionina y homocisteína en plasma y homocistina en orina. El aumento de homocisteína daña tejidos como sistema nervioso, musculoesquelético, cardiovascular, ocular y respiratorio. La homocistinuria presenta pelo hipocrómico, cataratas, miopía, ectopia de lenticis, luxación del cristalino, paladar alto, pectus carinatum/excavatum, aminoaciduria, episodios tromboembólicos, dolicoctenomelia, aracnodactilia, osteoporosis, escoliosis, platispondilia, crisis convulsivas y retraso mental. La edad media de diagnóstico es a los 24 años. El diagnóstico incluye cuantificación de homocisteína en plasma, cristales en orina de homocistina y diagnóstico molecular.

**Presentación de casos**

Caso 1: masculino de 4 11/12 años con retraso psicomotor; padres sanos, no consanguíneos, no afectados similares en la familia. Exploración física: peso 19.5 kg; talla 1.7 m; perímetro cefálico 52 cm; miopía, luxación bilateral del cristalino; clinodactilia de V dedos manos y pies, genu valgo y superposición de II sobre III orjejo. Cromatografía con homocistina y en la orina se detectaron cristales de homocistina. Caso 2: femenino de 12 años de edad con retraso psicomotor; padres no consanguíneos, sanos, no afectados similares en la familia. Exploración física: habitus dolicoctenomélico; peso 36.5 Kg; talla 158 cm; perímetro cefálico 53.3 cm; tricomegalia de pestañas, escleras azules; puente nasal alto, paladar alto arqueado y estrecho, malposición dental, displasia de esmalte; prognatismo, orejas displásicas, escoliosis, aracnodactilia en manos, signo de la muñeca positivo; clinodactilia de V orjejo bilateral. Rx: escoliosis, hiperlordosis lumbar y platispondilia. Prolapso de válvula mitral y retraso mental. Cromatografía de plasma con homocistina y en la orina se detectaron cristales de homocistina.

**Discusión y conclusiones**

Marfan y Homocistinuria, comparten datos clínicos similares, sin embargo, el retraso mental sugiere Homocistinuria. En ambos tenían retraso mental. Por los datos clínicos y bioquímicos se determinó que ambos pacientes presentaban Homocistinuria. El 50% de estos pacientes responden a piridoxina (cofactor de CBS) o betaína y una dieta restringida en metionina.

**Hemorragia por varices gástrica tratada con terapia de inyección con Cianocrilato.****Presentación de dos casos**

Emmanuel Ramón Espinal-Gómez<sup>1</sup>, José Antonio Velarde-Ruiz-Velasco<sup>1</sup>, Francisco Álvarez-López<sup>1</sup>, Juan Manuel Aldana-Ledesma<sup>1</sup>, Abraham Guzmán-Lepe<sup>1</sup>

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

**Antecedentes:**

Las varices gástricas (GV) se encuentran en 20% de los pacientes con hipertensión portal. Existen las que se encuentran en la curvatura menor tipo 1 (GOV1), las que están en curvatura mayor (GOV2) o las aisladas en fundus o sitio ectópico en estómago y duodeno. La inyección con cianocrilato se utiliza como tratamiento de primera línea para el sangrado en varices gástrica y profilaxis secundaria en paciente con eventos previos de sangrado de origen variceal gástrico por lo que esta terapia sigue siendo el pilar de manejo posterior a un sangrado digestivo variceal gástrico.

**Presentación de caso**

Primer caso: Masculino de 42 años de edad con antecedente de hipertensión portal crónica de 10 años de evolución el cual cursó con melena y anemia crónica normocítica, hipocrómica. Laboratoriales: Hb: 8 g/dl, Hto: 23% plt: 145,000 u/l, creat: 0.8 gr/dl, Alb: 2.4 gr/dl TP: 14.5 seg, TPT: 34 seg, INR: 1.35. Endoscopia: Varices esofágicas pequeñas 3 plexos, varice gástrica fúndica IGV-1 con estigma de sangrado de alto riesgo. Se realizó terapia de inyección con cianocrilato sin complicaciones. Se realizó endoscopia de control a las 4 semanas observando colapso y obliteración del plexo tratado.

Segundo caso: Masculino de 56 años de edad con antecedente de enfermedad hepática crónica avanzada descompensada con hematemesis y vómitos en poso de café. Signos vitales: TA: 80/40 mmHg FC: 115 l/m Laboratoriales: Hb: 6.2 g/dl, Hto: 17% plt: 185,000 u/l, creat: 1.8 gr/dl, Alb: 2.0 gr/dl TP: 11.5 seg, TPT: 30 seg, INR: 1.1 Endoscopia: Varices esofágicas 4 plexos grandes con estigma de sangrado y Varice Gástrica fúndica IGV-1 con estigma de sangrado de alto riesgo. Se realizó terapia de ligadura con bandas elásticas e inyección de cianocrilato. Se transfundieron dos paquetes globulares y se restableció la estabilidad hemodinámica.

**Conclusión**

La terapia de inyección con cianocrilato sigue siendo la terapia ideal para pacientes con varices gástricas fúndicas (IGV-1). Además de que disminuye el número de transfusiones y la recurrencia de nuevos eventos en comparación con otras técnicas endoscópicas.



## Hepatotoxicidad por Di-metilformamida en trabajador de la Industria de poliuretano

Martha Montaño-Mora, Mayra G Valdés-Puente  
Unidad de Medicina Familiar 48, IMSS, Jalisco

### Introducción

En el ámbito laboral, existe una gran cantidad de agentes químicos capaces de provocar hepatotoxicidad. La dimetilformamida (DMF) es un solvente utilizado en manufacturación de productos de poliuretano y fibras acrílicas. Los efectos de esta son altamente dañinos por ser muy volátil. El término hepatotoxicidad se refiere al daño hepático causado por fármacos y otros químicos. Se presenta exposición ocupacional como consecuencia del contacto con líquido y vapores de DMF. Puede absorberse por inhalación, ingestión o vía cutánea. La metabolización se efectúa en el hígado. Se reporta regeneración hepática en animales después de suspender la exposición. No hay estudios sobre carcinogenicidad. No se ha demostrado en forma clara efectos adversos de la DMF en la población general. Se han reportado irritación cutánea y conjuntivitis post-contacto. En el lapso de 48 hrs se presenta dolor abdominal, náusea, vómito, fatiga, alteración hepática, cambios en la presión sanguínea, taquicardia y cambios en ECG. En exposición repetida a largo plazo se manifiesta cefalea, pérdida de apetito, fatiga y disfunción hepática.

### Presentación de caso

Masculino de 46 años, trabajador de la industria del poliuretano. Colectomía 4 años previos como único antecedente clínico de importancia. Su labor consiste en aplicar poliuretano a las cajas de refrigeración. Al final de la jornada laboral emplea DMF para limpiar las pistolas de aplicación sin equipo de protección, a los 30 min inició con edema y eritema palmar. Sin aseo de manos aún para comer; a las 12 hrs presentó ampollas en palma y dorso de manos, a las 24 hrs: hepatalgia, dolor abdominal, cansancio, debilidad y anorexia. 36 hrs: pérdida de conciencia. Traslado a Urgencias, clínicamente quemadura de ambas manos y extensión a brazos. Laboratorio: enzimas hepáticas elevadas, USG normal. Un mes posterior valores de laboratorio normal, múltiples calcificaciones en USG, disminución de hepatalgia.

### Discusión

Existen pocos estudios conocidos acerca de la toxicidad en el ser humano y no existen reporte oficiales conocidos en nuestro medio. A pesar de ser un solvente hepatotóxico existen trabajadores que utilizan este solvente sin ninguna protección.

### Conclusiones

La exposición a DMF se relaciona con aparición de hepatotoxicidad con secuelas aun no conocidas.

## Tratamiento quirúrgico de fistulas perianales complejas, serie de casos.

Hilda Alejandra Tobias-Castillo, Luis Fermin Enciso-Gómez, Sergio Javier Murillo-Peralta, Florisa Hernandez-Gómez, Armando Arroniz-Jauregui-Luis.  
Servicio de Coloproctología, Hospital Civil Guadalajara, Fray Antonio Alcalde.

### Introducción

Una fistula es definida como la comunicación anormal entre dos epitelios. Una fistula anal es la presencia de un trayecto o cavidad anormal comunicada con el recto o canal anal, con una abertura interna identificable. La mayoría de origen criptoglandular. La presentación aguda será con absceso perianal y su forma crónica como fistula anorectal. La clasificación más conocida es la de Parks, Intersfinterica, (70%) transesfinterica, (23%) supraesfinterica (5%) y extraesfinterica. (2%) Esto esta relacionado con la localización del trayecto fistuloso en el canal anal y el complejo esfinteriano. También pueden ser clasificadas como altas o bajas. Una fistula anal compleja, se caracteriza por ser alta, recidivante, rectovaginal, en herradura, involucra más del 30% del esfínter anal, trayectos múltiples, curvos y largos, alejados del anodermo.

### Presentación de casos

Pacientes masculinos, uno de ellos con el virus de inmunodeficiencia humana, en tratamiento con antirretrovirales. Todos con fistulas perianales complejas, posteriores, crónicas, curvas, nunca antes intervenidos. Ninguno de ellos cuenta con estudios de imagen. Se realizo exploración anal y se decide la técnica quirúrgica, la fistulectomía parcial más colocación de setón se realizo en 4 pacientes, por el involucramiento de más del 30% del esfínter anal interno. A uno de ellos se le realizo esfinteroplastia en la cirugía inicial. Una vez que el setón cortante se aproxima al anodermo son reintervenidos para su retiro y esfinteroplastia.

### Discusión

En esta serie de casos, el tratamiento de elección fue la fistulectomía parcial mas colocación de setón siendo reintervenidos para la plastia del esfínter. Uno de ellos recurrió y será reintervenido. La continencia fecal se ha preservado en parámetros aceptables con escala de wexner promedio de 3 puntos, por lo que la técnica es aceptable en nuestro servicio.

### Conclusiones

Las fistulas perianales complejas ameritan ser intervenidas por coloproctólogos por su grado de dificultad y complicación. El seguimiento de la herida quirúrgica guarda estrecha relación con la evolución de la misma. La utilidad del setón en fistulas complejas permite el drenaje del trayecto fistuloso y la conversión de una fistula alta en una baja, para facilitar el procedimiento quirúrgico de elección.

## Linfoma cutáneo de células T / Micosis fungoide

Edith Guadalupe Reyes-González, Casandra Isaianna Romo-Camarena  
Servicio de Dermatología. Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

### Introducción

El linfoma cutáneo de células T es una neoplasia linfática crónica de la piel que puede afectar a la sangre, los ganglios linfáticos y los órganos viscerales. Representa aproximadamente el 4% de todos los linfomas no Hodgkin, su incidencia es de seis casos por millón, con un inicio promedio entre los 50 y 60 años de edad, siendo más común en hombres que en mujeres. La micosis fungoide constituye el subtipo más común de linfoma cutáneo primario de células T, representa hasta el 75%. Tiene un pronóstico variable según el estadio o fase cutánea al momento de ser detectado.

### Presentación de caso

Paciente masculino de 74 años de edad, con antecedentes de hernia hialal y metaplasia de Barret en protocolo de estudio. Acude a dermatología por presentar máculas purpúricas y nódulos en tórax (anterior, posterior) y miembros superiores. Se refiere las lesiones aparecieron hace aproximadamente 5 años, fueron aumentando de tamaño y cambiando de consistencia conforme pasaban los meses. Estas se acompañan de eritema, edema y prurito intenso a lo largo del día.

A la exploración física se observo una dermatosis diseminada que afecta principalmente tórax anterior, posterior y extremidades superiores, constituida por nódulos con aspecto vidocro, infiltradas, confluentes que forman placas múltiples de evolución crónica y asintomática. Se le realiza biopsia histopatológica dando como resultado: Micosis Fungoide, reportando dermis con infiltrado linfocítico intenso a manera de grandes grupos celulares.

### Discusión y conclusiones

Los linfomas cutáneos son una entidad dermatológica que recibe actualmente un especial interés por su forma de presentación. El manejo de la micosis fungoide con manifestaciones predominantes que generan síntomas y signos como el prurito, la eritrodermia, lesiones tumorales ulceradas y fétidas, con infiltración de órganos como el pulmón, cerebro, meninges y médula ósea, requiere de un manejo multidisciplinario que ayude a una evolución favorable de esta enfermedad, así como elevar la calidad de vida de estos pacientes.

## Meningioma clinioideo

Geovanni A Valadez-Altamira<sup>1</sup>, Karim N Zamora-Amezcu<sup>1</sup>, Fernando Villicaña-Díaz<sup>1</sup>, Pedro Navarro-Domínguez<sup>1</sup>

1. Neurocirugía. Centro Médico Nacional de Occidente. Departamento de Neurocirugía.

### Introducción

Los meningiomas representan el 24-30% de todos los tumores intracraniales. El 40% se asientan sobre la base de cráneo y la mitad de estos en el ala esfenoidal. La incidencia anual de meningiomas es de 4.7 o se han reportado hasta 13 casos por cada 100.000 personas con una relación mujer: hombre 2.1:1, la edad promedio al momento del diagnóstico es de 63 años y la incidencia de meningioma incrementa con la edad.

### Descripción del caso clínico

Femenino de 24 años de edad que presenta una evolución de 6 meses caracterizado por cefalea holocraneana descrita como EVA 6/10, intermitente con respuesta parcial a los analgésicos, posteriormente aumento en su frecuencia e intensidad, localizándose en región frontotemporal derecha, en las últimas 6 semanas con alteraciones en la memoria a corto plazo y alucinaciones auditivas, consecuentemente a las 2 semanas debuta con disminución de la agudeza visual de forma bilateral OI: 20: 200 / OD: 20/200, refiriendo además pérdida de peso de aproximadamente 11 kg. En la semana previa a su ingreso presenta cefalea intensa que se acompaña de deterioro neurológico manifestado por somnolencia e indiferencia al medio, afasia motora, por lo que se ingresa. A la exploración física con emaciación severa, neurológicamente con Glasgow de 15 puntos, lenguaje que emite, nomina, repite y comprende. Memoria episódica, semántica, de trabajo y procedimiento sin alteraciones. Agudeza visual OI: 20: 200 / OD: 20/200, en fundoscopia con edema de papila bilateral. Sin alteraciones de nervios craneales. No reflejos patológicos. No presenta disimetrías ni disdiacocinesias. Marcha sin lateropulsión.

### Discusión y conclusiones

Paciente que presenta lesión extra-axial, dependiente de base de cráneo anterior con importante componente vascular, se realiza una craneotomía orbitocigomática y desvascularización extradural con resección intradural de la lesión por la invasión que presenta a estructuras vasculares importantes. Se consigue una resección del 80% de tumor, blanquecino, multilobulado, con quiste en su porción apical, invade a lóbulos frontal y temporal. El diagnóstico final fue Meningioma Clinioideo Al Mefy tipo II, resección Simpson III. Los meningiomas clinioideos por su localización en el centro de la base craneal relacionados anatómicamente a estructuras neurovasculares críticas y también por las grandes dimensiones que comúnmente alcanzan en el momento de su diagnóstico representan un desafío en la práctica neuroquirúrgica.



## Diferencias entre enfermedad hemorroidal y prolapso rectal, reporte de dos casos

Hilda Alejandra Tobias-Castillo, Luis Fermin Enciso-Gómez, Sergio Javier Murillo-Peralta, Florisa Hernández -Gómez, Luis Armando Arroniz-Jauregui.  
Servicio de Coloproctología, Hospital Civil Guadalajara, Fray Antonio Alcalde

### Introducción

El prolapso rectal es la salida telescópica del recto a través del ano. Una intususcepción es cuando el telescópico no sobresale a través del canal anal. A diferencia de la enfermedad hemorroidal donde el prolapso se refiere a los mismos plexos hemorroidales sin el involucro del recto, sus grados están definidos de acuerdo al prolapso y reducción de los mismos. Es común en estos pacientes las patologías asociadas del piso pélvico principalmente en el prolapso rectal que es más común en pacientes mayores de 40 años.

### Descripción del caso

Se describen dos pacientes. Uno masculino de 38 años de edad, quien refiere la aparición de una masa rectal de 3 días de evolución, la cual no reduce, sangra es dolorosa y le impide la marcha. Se evidencia prolapso hemorroidal grado IV considerablemente congestivo y más grande de lo habitual, es llevado al quirófano para realizar hemorroidectomía. El siguiente caso es una paciente femenina de 50 años, que consulta por masas rectal la cual ella reduce de tiempo a tras manualmente, sin embargo en esta oportunidad no puede reducirla por lo que consulta. Refiere 5 partos vaginales el último de hace 20 años además de estreñimiento crónico. Se reduce manualmente en la oficina y se ofrece tratamiento quirúrgico posterior pero la paciente se niega.

### Comentarios

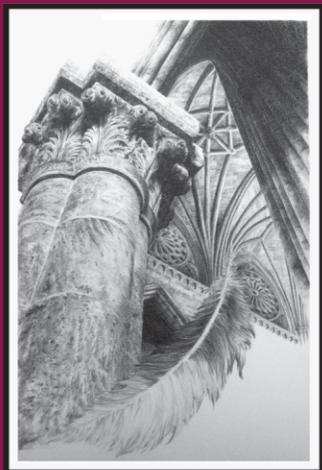
Es evidente que existe confusión con respecto al diagnóstico entre prolapso hemorroidal y prolapso rectal. Es por ello que creemos importante realizar una comparación clínica de este tipo de padecimientos ya que altera o confunde al paciente la misma confusión del clínico a demás que el tratamiento es completamente diferente para ambos.

### Conclusiones

Existen diferencias clínicas entre prolapso rectal y prolapso hemorroidal. El prolapso rectal es de apariencia de anillos concéntricos, del aspecto de una dona con un punto en su centro. El prolapso hemorroidal se caracteriza por ranuras de aspecto radial y el aspecto venoso congestivo de la mucosa.



*Y Gabriel que aprendió a robar llevándose los clavos*



*Geminis Apostol Arquitecto*



*Despierta Moises*

*Regina*  
Óleo / tela  
110 cm x 85 cm  
2012



*Arquitecto Cosmico*



**Roberto Aceves Ansvief**

Dibujo para materializar mis sueños, para saciar esta necesidad y este deseo de crear lo posible junto a lo imposible, para no quedarme a medias, para no tener que disculparme ante una hoja en blanco.

En las obras comúnmente uso la arquitectura religiosa que siempre empleamos como medio para un sentir sagrado con el que honramos a deidades sublimes y omnipresentes y a su vez figuras humanas y de animales para materializar ese convivio que existe entre los distintos seres vivos y tratar de unificarlos dentro de un contexto en escenarios que vayan mas allá de la realidad tal y como la conocemos.

Del mismo modo, algunas figuras o seres que se forman entre rocas para darse vida atemporal y a la vez desmoronable, porque la piedra sabemos tiende a desaparecer ante la inclemencia del tiempo, pero que de algún modo difícilmente se extingue cuando tiene un propósito utópico.

Pienso la realidad debe transformarse y alterarse para darle piernas que ejerzan su derecho a caminar por los pasajes del eco. Darle un cuerpo que le permita comprender de tropezones y bailes, y a su vez aprenda a hincarse ante si misma para adorarse y comprenderse, admirarse y divertirse creyendo permanecerá despierta.