

C1. DIAGNÓSTICOS DE INGRESO DE LAS PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE PRENATAL EN LA MATERNIDAD CONCEPCIÓN PALACIOS DURANTE EL PERÍODO 2005-2009. Agustín Ezequiel Rodríguez Torres, Iván Paravisini, Karleidy Carolina Torres Pérez, Sonia Sosa.

Maternidad Concepción Palacios, Caracas.

OBJETIVO: Conocer los diagnósticos de ingreso más frecuentes asociados al embarazo en las pacientes ingresadas a la consulta de prenatal de la Maternidad Concepción Palacios período 2005 - 2009. **MÉTODO:** Estudio retrospectivo, descriptivo y de corte transversal mediante la revisión de las historias médicas de las pacientes ingresadas, a la consulta de prenatal. **RESULTADOS:** de 6393 pacientes ingresadas los diagnósticos de ingreso más frecuentemente asociados al embarazo están: las infecciones urinarias bacterianas ocuparon el primer lugar con 842 (13,17 %); seguidos de los antecedentes de cirugía ginecológica-obstétrico y general con 711 (11,12 %); gestantes tardía (> 35) 659 (10,31 %); edad gestacional no acorde amenorrea 636 (9,95 %); anemia nutricional 585 (9,15 %); gestante precoz (< 17) 558 (8,73 %); antecedente de toxemia 505 (7,90 %); neumopatías leves 481 (7,5 %); óbito fetal y muerte neonatal 376 (5,88 %); malformación fetal 345 (5,40 %); gran múltipara (> 6) 337 (5,27 %), pérdida gestacional recurrente 329 (5,15 %); antecedente de neonato A.T > 3500 g 314 (4,91 %); RH (-) no sensibilizadas 311 (4,86 %); infecciones teratogénicas 202 (3,16 %); HTAc 197 (3,08 %); enfermedad congénita y cromosopatía 184 (2,88 %); cardio-vasculopatías 164 (2,57 %); embarazo múltiple 157 (2,46 %), hemorragia I, II y III trimestre 151 (2,36 %).

C2. PREVALENCIA DE MICROORGANISMOS EN UROCULTIVOS EN EMBARAZADAS. Karol Gabriela Ramos Jérez, Enymar Cuarez, Jesús Martínez.

Hospital General del Oeste Dr. José G. Hernández, Caracas.

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de microorganismos en embarazadas que asistieron en la consulta prenatal en el Hospital General del Oeste “Dr. José G. Hernández”. **MÉTODO:** Investigación de campo, descriptivo. Se incluyeron

82 embarazadas al azar, previo consentimiento informado y recolección de datos por medio de una encuesta y toma de urocultivo. RESULTADOS: El 43,9 % fueron adolescentes, 40,9 % cursaban con embarazos del III trimestre. De las muestras tomadas para urocultivos se observó: 86,59 % sin microorganismos patológicos aislados, el 13,41 % fueron patológicos. Dentro de los gérmenes aislados: E. coli 8,53 %, K. pneumoniae 2,43 %, S. aureus 1,21 %, lactobacilos spp 1,21 %.

C3. DIAGNÓSTICO TARDÍO DE TOXOPLASMOSIS EN LAS PACIENTES QUE ASISTIERON A LA CONSULTA PRENATAL DEL AMBULATORIO TIPO II CAPADARE ESTADO FALCÓN 2009. Arianna Marelys Sandoval Márquez, Orlimar Nathaly Rodríguez, Marinelly Villalobos Nieto.

INSALUD

OBJETIVO: evaluar el diagnóstico precoz de toxoplasmosis en las pacientes que asistieron a la consulta prenatal del Ambulatorio Rural Tipo II Capadare, Estado Falcón, durante el año 2009, tomando en consideración diferentes variables. **MÉTODO:** estudio de tipo descriptivo trasversal con un enfoque cuantitativo. La muestra está conformada por pacientes gestantes, que fueron diagnosticadas con toxoplasmosis. Los datos fueron recolectados, a través de las historias clínicas de las pacientes de acuerdo con las variables estudiadas. **RESULTADOS:** de las 31 pacientes estudiadas la edad mínima era de 13 años y la edad máxima de 40 años con una media de 25,5 años. El mayor porcentaje tenía un grado de instrucción de primaria y sólo una tenía nivel universitario. El 64,5 % tenía una edad comprendida entre 18 y 35 años. La procedencia más común (51,3 %) fue Capadare, seguida de San Juancito (16 %) y El Cayude (9,6 %). 54,8 % de la población estudiada eran primigestas y sólo 19,3 % eran multíparas. De igual manera 58 % tenía diagnóstico de embarazo no controlado. Por otra parte el 45,1 % de las pacientes fue diagnosticada con toxoplasmosis en el III trimestre del embarazo, mientras que sólo 3,2 % fue diagnosticada en el I trimestre.

C4. ATENCIÓN EN SALUD DE LA MUJER WARAO COMO ACTIVIDAD DE EXTENSIÓN DE LA CÁTEDRA DE OBSTETRICIA DE LA ESCUELA DE MEDICINA “JOSÉ MARÍA VARGAS”. UCV 2009.

José A Colón S, Francisco J Infante N, María E Zeppefeldt, Edgar Rodríguez.

UCV/Maternidad Concepción Palacios, Caracas.

OBJETIVO: Determinar las características clínico-epidemiológicas de la mujer Warao, como actividad de extensión universitaria de la Cátedra de Obstetricia de la Escuela de Medicina José María Vargas. **MÉTODO:** Jornadas de atención integral en salud y evaluación de 231 mujeres indígenas, a través del control prenatal, citologías y ultrasonidos abdomino-pélvicos, además de la colocación y retiro de dispositivos intrauterinos. **RESULTADOS:** 72 % de las pacientes fueron embarazadas y 28 % no embarazadas. La edad promedio de ambos grupos fue de 25,51 años, con un rango de 12 - 59 años, 12/231 (5,2 %) desconocían su edad. En las embarazadas, la edad promedio fue 23,42 años con un rango de 12 - 48 años; y en las no embarazadas fue de 30,66 años, con un rango de 16 - 59 años. 48 % eran multíparas; 18 % primigestas y 34 % desconocía su gestación y paridad, y el 50,64 % su fecha de última menstruación. 85 % tuvo parto vaginal, y entre las patologías más frecuentemente encontradas estuvo: el trastorno hipertensivo del embarazo, las infecciones vaginales, enfermedad inflamatoria pélvica, tumores de ovario y litiasis vesicular. Durante las jornadas, se hospitalizaron 3 gestantes y se atendió un parto, se realizaron 225 ultrasonidos, 100 citologías, y colocaron 16 dispositivos intrauterinos, refiriéndose 54 pacientes al Hospital de Tucupita. Desde el punto de vista epidemiológico, la dieta básica la constituye el pescado, harinas, pollo y guarapo. La mayoría niega hábito tabáquico y alcohólico. La vivienda típica tiene techo de zinc o moriche, sin paredes y escasa disponibilidad de aguas servidas.

C5. EVALUACIÓN DE PACIENTES EN EL SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO CON ANTECEDENTES DE LITIASIS RENAL Y LA TERAPIA CON CALCIO EN EL TERCER TRIMESTRE.

Orlimar Nathaly Rodríguez, Marinelly Villalobos, Juan Miguel Cascarano, Arianna Marelys Sandoval Márquez.

INSALUD

OBJETIVO: evaluar si existe alguna relación entre las pacientes embarazadas que se encuentran en el tercer trimestre de embarazo con antecedentes de litiasis renal y la terapia con calcio. **MÉTODO:** se evaluaron 20 pacientes de la consulta de obstetricia del Ambulatorio Guadalaco del Seguro Social, para ello se tomó en cuenta edad que se encontró entre 25 y 30 años, con antecedentes de litiasis renal y examen de orina patológico. **RESULTADOS:** durante el segundo trimestre 9 pacientes presentaban cálculos bilaterales de 0,2 y 0,3 mm, 8 pacientes presentaban cálculos unilaterales de 0,3 y 0,5 mm, 3 pacientes solo arenilla. Con respecto al examen de orina 13 pacientes presentaban hematíes ++, bacterias abundantes, leucocitos incontables, 6 pacientes presentaban proteína +, hematíes + bacterias abundantes solo una paciente examen de orina normal. Tercer trimestre las 20 pacientes estudiadas 15 presentaban ecografía donde se evidenciaba cálculos renales bilaterales con tamaño de 0,3 y 0,5 milímetros el 5 restante presentaban solo cálculo unilateral con un tamaño de 0,2 y 0,4 mm con respecto al examen de orina 11 presentaba proteínas ++, hematíes + bacterias abundantes y cilindros, 6 pacientes presentaban proteínas +++, hematíes ++, bacterias abundantes nitritos ++ y el resto 3 pacientes presentaba examen de orina normal. **CONCLUSIONES:** podemos concluir que sí existe un riesgo con la terapia con calcio en el tercer trimestre de embarazo en las pacientes con antecedentes de litiasis renal se pudo evidenciar que de las 20 pacientes que se estudiaron en el segundo trimestre solo 9 tenían cálculos bilateral para el tercer trimestre 15 pacientes tenían calculo bilateral habiendo iniciado la terapia con calcio en el tercer trimestre.

C6. GESTANTES ADOLESCENTES EN UN HOSPITAL COMARCAL DE ESPAÑA. Damarys Ramos, Blanca S Guerrero Chacón, Leonardo De Abreu Rodríguez, Lorena Araujo Fagre, Ana Posso.

Maternidad Concepción Palacios, Hospital Ciudad de Coria. Cáceres- Extremadura España.

OBJETIVO: conocer la incidencia y morbimortalidad de adolescentes embarazadas en el Hospital Ciudad de Coria, ubicado en la Comunidad Autónoma Extremadura. **MÉTODO:** estudio prospectivo durante 1999-2008, estudiando las siguientes variables: edad materna, antecedentes obstétricos y patológicos, control prenatal, edad gestacional y resolución obstétrica, uso de epidural, peso y patología del recién nacido. **RESULTADOS:** el 4,4% del total de

ingresos en este período corresponde a adolescentes menores de 20 años. La menarquia es de 13 años en el 30,26 %, el 36,84 % corresponde a 19 años. El 83,55 % fueron primigestas. El control prenatal se hizo en el 93,42 %. Se resolvió el embarazo a las 39 semanas en el 30,26 %, con parto eutócico en 78,78 % y cuando fue instrumental se aplicó la ventosa en el 71,43 %. La anemia (50,39 %), representa la morbilidad más frecuente, seguido de ruptura prematura de membrana (11,63 %). La patología neonatal fueron malformaciones congénitas (3 casos).

C7. ESTUDIO COMPARATIVO DEL RECIÉN NACIDO DE BAJO PESO EN LAS PACIENTES ADOLESCENTES Y ADULTAS QUE INGRESARON A LA MATERNIDAD DE LA CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA” EN EL PERÍODO ENERO-AGOSTO 2008. Isabel María Rosales Peraza, Ana Valeria Hernández, Milagros Medina, Moravia Manzanares.

Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Valencia, Edo. Carabobo.

OBJETIVOS: Analizar mediante un estudio comparativo a los recién nacidos con bajo peso en las pacientes adolescentes y adultas que acudieron a la Maternidad de la Ciudad Hospitalaria Dr. “Enrique Tejera” en el período enero-agosto 2008. **MÉTODO:** Nos avocamos a conocer por medio de una investigación descriptiva, transversal y no experimental de 270 pacientes con recién nacidos de bajo peso, distribuidos en dos grupos adolescentes con 195 y adultas 75. **RESULTADOS:** El grupo etario que más predominó fue adolescentes con 72,22 %, según la paridad primigestas en adolescentes con 48,1 %, seguido de las adultas la multiparidad con el 18,88 %. La procedencia en adolescentes es marginal con 38,88 % y una igualdad de 10 % en las adultas marginal y rural, prevaleció el control prenatal con 70,74 %. En ambos grupos se presentaron depresión neonatal moderada con 57,04 %. Los pesos más frecuentes en ambos grupos representó el 57,77 % de 2001-2500 g. Sin embargo, se aprecia que los recién nacidos con peso < 1500 g son de las adolescentes. La cesárea con un 55,55 %. De las patologías asociadas a las adolescentes la ruptura prematura de membrana fue la primera con el 30 %, seguida de HTADE 19,25 %; en las adultas prevaleció la HTADE con el 16,66 % y diabetes gestacional con el 7,40 %.

C8. NIVEL DE INSTRUCCIÓN SEGÚN PATRÓN DE COMPORTAMIENTO SEXUAL EN LA ADOLESCENTE EMBARAZADA. Juan Carlos Martínez Ojeda.

Hospital Universitario “Ángel Larralde”. Valencia, Edo. Carabobo.

OBJETIVO: Determinar el nivel de instrucción la adolescente primigesta en función al patrón de comportamiento sexual: temeroso. Tradicional estereotipado y moderna informada. **MÉTODO:** Se realiza un estudio descriptivo: donde se encuestan 400 gestantes adolescentes, las cuales incluyen las siguientes categorías según nivel de instrucción: primaria, secundaria, universitario, técnico superior, otros y ninguno. Se aplicó una encuesta estructurada para así determinar el patrón de comportamiento sexual, considerando a tales efectos tres categorías: moderna informada, tradicional estereotipada y temerosa. La encuesta se aplicó a aquellas adolescentes embarazadas que acudieron a la maternidad del Hospital Universitario “Ángel Larralde” durante el período abril - diciembre del año 2009. **RESULTADO:** El mayor porcentaje de adolescentes con patrón de comportamiento sexual temeroso correspondió a aquellas que no tenían ninguna instrucción, representando el 60 %. Mientras que el patrón de comportamiento sexual tradicional estereotipado observado en adolescente correspondió en su mayoría a los niveles de instrucción secundaria y universitaria, 30 % y 57 % respectivamente. El patrón de comportamiento sexual moderno informado se observó en el nivel universitario en un 60 %.

C9. CARACTERÍSTICAS DEL EJERCICIO DE LA FUNCIÓN SEXUAL DE LAS PACIENTES EMBARAZADAS. CONSULTA PRENATAL. OCTUBRE 2008 – DICIEMBRE 2008. HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE”. VALENCIA, ESTADO CARABOBO. Mario José Muñoz Sequera, Vilma S Muñoz S, Milagros Vilorio, Ana Vanegas, Elwin Morales.

Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”. Valencia, Estado Carabobo.

OBJETIVO: Determinar las características del ejercicio sexual de las pacientes embarazadas que acudieron a la

consulta prenatal del H.U.A.L. en el período octubre-diciembre 2008. **METODOLOGÍA:** El estudio se realizó de manera descriptiva, de tipo no experimental, de campo y de secuencia transversal. La muestra no probabilística, intencional fue de 272 pacientes embarazadas entre las 26 y 40 semanas que respondieron una encuesta diseñada para obtener los datos sociodemográficos y las características del ejercicio de la función sexual, la validación fue determinada por el mapa operativo de variables a partir del objetivo general y de los específicos y el juicio de tres expertos. **RESULTADOS:** la mayoría de las pacientes estaban entre las edades de 18 a 35 años, de oficios del hogar, concubinas, con una sola pareja, menarquía entre 12 a 14 años, sexarquía entre 16 a 19 años, primigestas, nulíparas, dos tercios sin abortos previos y con edad gestacional de 26 a 32 semanas, con deseo sexual medianamente fuerte, facilidad alta y mediana para: despertar el interés sexual, lubricación vaginal y obtención de orgasmo. Casi la mitad de las pacientes practica el sexo oral y tienen una frecuencia sexual alta el 64,3 % y media el 19,7 %. El 78,7 % presentó disminución del deseo sexual; al principio el 50 % y al final del embarazo el 34,9 %; el 21,3 % presentó aumento del deseo sexual, mayoritariamente en la mitad del embarazo, las posiciones sexuales más utilizadas fueron la de costado y la mujer arriba en el tercer trimestre, la mayoría no cree que las relaciones sexuales produzcan daño al feto. 37,4 % estima que se pueden tener relaciones sexuales hasta 1 mes antes del parto, 29,9 % hasta el final de la gestación.

C10. ANEMIA FERROPÉNICA EN EMBARAZADAS HOSPITALIZADAS. José Alberto Cabrera, Rosalba Cardozo, Andrés Franco, Adriana García, Hugo García.

Hospital “Santos Aníbal Dominicci”, Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, Valencia, Edo Carabobo.

OBJETIVOS: determinar la prevalencia y características sociodemográficas y de laboratorio de las pacientes con anemia ferropénica hospitalizadas en el Servicio de Medicina Interna de la Maternidad (SMIM). **MÉTODO:** investigación de tipo observacional descriptiva-prospectiva, con una muestra no probabilística de 91 gestantes, a quienes se les aplicó un instrumento y se les realizó hematología y ferritina sérica, obteniéndose 26,4 % de pacientes anémicas de las 16,6

% fueron de tipo ferropénica, con un $= 26,4 \pm 7,28$ años de edad. El 75 % pertenecía a Graffar III, 75 % estado civil concubinato y 50 % fueron estudiantes y amas de casa. Se encontró además 39,9 % de pacientes con ferritina < 45 mg/L de las cuales 30,7 % no presentaron anemia y 66 % de pacientes anémicas no habían sido diagnosticadas.

C11. DENGUE EN PACIENTES GESTANTES QUE ACUDIERON A LA CIUDAD HOSPITALARIA “Dr ENRIQUE TEJERA” DURANTE EL PERÍODO JULIO- DICIEMBRE 2009. VALENCIA- EDO. CARABOBO.
Gabriela Desiree Cardozo Cedeño, Lexaida Angulo, Lennys Dessire Baute Ortega.

Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera. Valencia, Edo. Carabobo.

OBJETIVOS: diagnosticar dengue en pacientes gestantes con síndrome viral trombocitopénico que acudieron a la Ciudad Hospitalaria “Dr Enrique Tejera” durante julio-diciembre de 2009. **MÉTODO:** estudio descriptivo prospectivo en el cual se obtuvo la información de los datos del proyecto madre. **RESULTADOS:** el total de pacientes gestantes con síndrome viral trombocitopénico, el 66 % con edades entre 16 a 28 años, 25 % menores de 15 años, y 8 % mayores de 28 años, 41 % se encontraba en el tercer trimestre, 33 % en el segundo trimestre y 25 % en el primer trimestre. De los 12 casos sospechosos solo dos fueron confirmados.

C12. SOLICITUD DE CESÁREA A DEMANDA DE PACIENTES PRIMIGESTAS Y SUS MOTIVACIONES.
Yoletth Rafaela Serrano Zerpa, Leticia Susana Parpacén Brione, Yoglan Madriz Parpacén Briones, Andreína Armas.

I.V.S.S Hospital “Dr. Francisco Molinas Sierra”

OBJETIVO: determinar las motivaciones e inquietudes de las pacientes primigestas acerca de las vías del parto, julio-septiembre 2009. **MÉTODO:** se aplicó una encuesta, en pacientes primigestas que acudieron a la consulta prenatal. El universo consto de 306 pacientes y la población de 184 pacientes. **RESULTADOS:** solo el 21 % de ellas conocen el término de cesárea a demanda. El 69,57 % de las pacientes prefiere el parto vaginal, pero a su vez desconocen los

riesgos que implica la cesárea, e incluso afirman que no existe ningún riesgo en dicho acto quirúrgico, el 53,13 % elige el parto por ser más rápida su recuperación posterior. El restante seleccionó cesárea (64,29 %) por ser más rápido el proceso de tener a su hijo; 52,17 % se informa sobre el parto a través del médico tratante, y 95,65 % de ellas no acude a ningún entrenamiento.

C13. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS. IMPACTO SOCIAL, EDUCATIVO Y DE SALUD, EN PUÉRPERAS QUE EGRESAN DE LA MATERNIDAD “CONCEPCIÓN PALACIOS”. 2008-2009. José A Colón S, Francisco J Infante N, Francia del V Espinoza R, Tatiana Y Hernández G.

UCV/Maternidad “Concepción Palacios”, Caracas

OBJETIVO: promover la planificación familiar en las usuarias egresadas de los Servicios de puerperio de la Maternidad “Concepción Palacios”, en el lapso comprendido septiembre 2008-junio de 2009. **MÉTODO:** encuestas y charlas sobre métodos anticonceptivos, a fin de indicar uno por paciente. **RESULTADOS:** de las 149 puérperas, el 71 % era mayor de 18 años, siendo la edad promedio de 23 años. 52 % provenía del Estado Miranda y el 48 % restante del Distrito Capital. 48 % tenían nivel de instrucción III (bachillerato incompleto). El conocimiento acerca de los métodos fue dado por el personal de salud en el 50 % de los casos, 45 % por amistades y 38 % en la escuela. Los métodos anticonceptivos orales eran los más conocidos (85 %), preservativos (33 %) y dispositivos intrauterinos en 21 %. El 93 % poseía conocimiento óptimo sobre los dispositivos intrauterinos y métodos orales; y sólo 55 % sobre el preservativo. 56 % de las pacientes ha utilizado el preservativo como método anticonceptivo y el 29 % conocía la técnica adecuada de colocación. Con respecto al criterio de elección del método anticonceptivo indicado, 45 % de las pacientes lo decidió por sí misma y 41 % según la prescripción indicación y sugerencia médica. 58 % sabe que deben acudir a planificación familiar. El 65 % ha usado por lo menos un método, siendo el más usado los anticonceptivos orales. En el puerperio les gustaría usar los orales en un 46 %, seguido por el dispositivo intrauterino en un 33 % y la esterilización quirúrgica en 9 %. A 143 pacientes se le indicó anticonceptivos orales a base progestágenos y a 6 dispositivos intrauterinos.

C14. ENFERMEDADES AUTOINMUNES Y RESULTADOS PERINATALES. Annany de Jesús Quintero Villegas, Danelli Ruiz, María Alejandra Márquez, Ligia Oberto, Yosmary González.

Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, Valencia, Edo. Carabobo.

OBJETIVO: Analizar la presencia de enfermedades autoinmunes y resultados perinatales en pacientes asistidas en la Maternidad “Dr José Luis Facchin De Boni” de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, período 2005-2008. **MÉTODO:** el nivel de investigación es no experimental, longitudinal, retrospectivo, tipo descriptivo analítico exploratorio. La población y muestra, estuvo determinada por la totalidad de las pacientes adolescentes y adultas que ingresen y son asistidas con patologías médicas asociadas a enfermedades autoinmunes y embarazo. **RESULTADOS:** un total de 8417 pacientes representó la población y 234 la muestra. Las enfermedades autoinmunes más frecuentes: hipotiroidismo (26,06 %), hipertiroidismo (19,23 %), lupus eritematoso sistémico (17,94 %), artritis reumatoidea (14,95 %), púrpura trombocitopénica (6,83 %), otras (14,95 %), prematuridad (37,11 %), restricción del crecimiento fetal (23,71 %), oligoamnios severo (16,49 %), bajo peso al nacer (12,37 %), muerte fetal (7,21 %), otras (3,09 %). La mayoría de las pacientes (33,91 %) tuvieron edades comprendidas entre 25-29 años, entre las complicaciones médicas se obtuvo (68,69 %) siendo la más frecuente la anemia (31,64 %) y las obstétricas fue compromiso de salud fetal (38,88 %), como efecto perinatal se obtuvo, prematuridad (37,11 %), restricción del crecimiento fetal (23,71 %), oligoamnios severo (16,49 %), bajo peso al nacer (12,37 %), muerte fetal (7,21 %), otras (3,09 %).

C15. FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CLÍNICOS DE LA APENDICITIS EN EMBARAZADAS. SERVICIO DE OBSTETRICIA. COMPLEJO HOSPITALARIO UIVERSITARIO RUÍZ Y PÁEZ. CIUDAD BOLIVAR. ENERO 2004-DICIEMBRE 2008. Pablo Finali Forneris, Ramelys Silva, Ismerly Guzmán, Nicola De Gregorio,

Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez” Ciudad Bolívar. Estado Bolívar.

OBJETIVO: establecer los factores clínicos y epidemiológicos de pacientes embarazadas con diagnóstico de apendicitis aguda en el Servicio de Obstetricia Complejo Hospitalario Universitario Ruíz y Páez enero 2004 - diciembre 2008. **MÉTODO:** investigación de tipo retrospectivo-descriptivo; conformado por 14 gestantes con diagnóstico de apendicitis aguda confirmado por anatomía patológica. **RESULTADOS:** incidencia de apendicitis aguda 1/1709 partos. Grupo etario más afectado 21 y 30 años con 64,3 % (9 casos). Un tercio de las pacientes tenían una gesta previa (28,58 %). La fase flegmonosa fue diagnosticada en la mitad de las pacientes (7 casos). Motivo de consulta más frecuente fue el dolor abdominal 71,42 % (10 casos). El 50 % tuvo conteo de glóbulos blancos >21.000 /mm³. Según el tiempo de evolución el 50 % estuvo entre 36 y 48 horas posterior a la aparición de los síntomas y la complicación más frecuente fue la peritonitis 14,28 % (2 casos).

C16. NECESIDADES SENTIDAS DE CONOCIMIENTO DE MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE PAPILOMA HUMANO EN PACIENTES SEXUALMENTE ACTIVOS QUE ACUDEN A LA EMERGENCIA DEL AMBULATORIO “DR. MIGUEL FRANCO”, NAGUANAGUA, OCTUBRE – NOVIEMBRE 2009. Ada María Vargas Quevedo, Ynnakatyn Villasana P, Carmen S Zamora, Sarai E Monges.

1HUAL; 2Carlos Sanda

OBJETIVO: determinar el nivel de conocimiento sobre medidas preventivas contra la infección del virus de papiloma humano. **MÉTODOS:** estudio descriptivo, de campo, de corte transversal, conformado por 60 personas que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: Ser sexualmente activos, no poseer de conocimiento médico ni tener relación con el área de la salud. Los mismos acudieron a la emergencia del ambulatorio “Dr. Miguel Franco” y se les aplicó una encuesta previo consentimiento informado durante el período octubre - noviembre de 2009 la cual incluía en la sección I. Datos generales como nombre, sexo y edad. La sección II incluía 5 preguntas cerradas destinadas a indagar sobre la aplicación de métodos preventivos contra la infección por los virus de papiloma humano, tales como uso de

condón, frecuencia y modo de uso del mismo, pareja sexual estable, frecuencia de la relación sexual. RESULTADOS: de las 60 personas, 49 (81,4 %) tienen relaciones sexuales frecuentemente, de las cuales 44 (89,07 %) tienen 1 pareja sexual estable. 32 personas (53,33 %) no se protegen al tener contacto sexual, por el contrario 28 personas (46,66 %) sí se protegen, de ellos 20 (71,4 %) son de sexo femenino y refieren aplicar como método preventivo tener una pareja estable.

C17. ÍNDICE DE PROMISCUIDAD DE LAS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO DURANTE EL AÑO 2009. Arianna Marelys Sandoval Márquez, Orlimar Nathaly Rodríguez Oscar Raul Silva Galea, Luan Miguel Cascarano.

1INSALUD; 2PRO-SALUD

OBJETIVOS: analizar los factores determinantes que pueden influir en los jóvenes a tener múltiples parejas sexuales. Hemos decidido realizar un estudio donde podamos evaluar los factores que influyen y las similitudes sociales y culturales que puedan compartir, para poder identificar los factores predisponentes entre las distintas personas y así poder determinar si son o no determinantes a ser promiscuos. **MÉTODO:** utilizamos 50 voluntarios con edades comprendida 17 a 25 años de los cuales 26 son hombres y 24 mujeres. A quienes se les practicó a) encuesta que incluía (edad, sexo, hábitos psicobiológicos, número de parejas durante el año y número de hijos) y b) evaluación ginecológica (citología a las mujeres) y examen físico a los hombres. **RESULTADOS:** de los 26 hombres la edad predominante es de 21 años con el 75 %, y mujeres 23 con 55 %, en cuanto a los hábitos: 85 % de los hombres fuma más de 10 cigarrillos al día y 24 % de las mujeres fuma, las bebidas alcohólicas el 95 % de los hombres beben licor fines de semana y días de semana y mujeres representado el 38% refieren tomar bebidas alcohólicas, los hombres el 45 % señalan tener 4 parejas al año el 25 % 3 parejas al año y resto 2 parejas, las mujeres el 65 % refirió 3 parejas al año, 15 % 2 parejas al año y 10 % 4 parejas al año, en cuanto al examen físico la evaluación ginecológica el 45 % presentaba Candida albicans, 15 % condiloma acuminado, 10 % al realizar Shilings se evidenció zonas positivas, en

cuanto al examen físico de los hombres solo el 20 % accedió a realizarlo y no se encontro alteración. **CONCLUSIÓN:** Se concluye que la población estudiada puede ser considerada promiscua y con alto índice de obtener enfermedades de transmisión sexual de alto riesgo, debido a los factores culturales y sociales en el que se desenvuelven.

C18. HÁBITOS DE HIGIENE ÍNTIMA EN MUJERES SEXUALMENTE ACTIVAS. HOSPITAL CHIQUINQUIRÁ, MARACAIBO. María Eugenia Márquez, Gerardo Fernández, Marisol Fernández, Daicarem Ruiz.

Hospital Chiquinquirá, Maracaibo. Edo. Zulia

OBJETIVO: estudiar los diferentes hábitos de higiene íntima en mujeres sexualmente activa. **MÉTODOS:** estudio transversal, descriptivo mediante la realización de cuestionarios a 71 mujeres con los siguientes criterios de inclusión: mujeres sexualmente activas, edades entre 18-65 años, que acudieron al Hospital Chiquinquirá, Maracaibo en el período de 2008-2009. Los criterios de exclusión: mujeres embarazadas o en puerperio. **RESULTADOS:** de 71 pacientes encuestadas se encontró los siguientes hallazgos: 51 pacientes (71 %) realizan aseo genital después de orinar y/o evacuar, utilizando la técnica de limpieza vulva a ano, 7 (9,8 %) ano a vulva y 13 (18%) de manera mixta; 61 (85,9 %) utilizan siempre jabón y el resto algunas veces, (36,6 %) jabón líquido y 59 % en barra, 28 % pacientes utilizan un jabón de uso exclusivo para el área genital. Los principales métodos de higiene interna son: ducha vaginal en 35 (49 %), pañitos húmedos 28 (39 %) y esponja genital 7 (9 %), 21 (29 %) pacientes refieren uso de protectores diarios, 53 (74,6 %) utilizan toallas como método de protección durante la menstruación el resto otros métodos. Solo 16 pacientes usan ducha posterior al coito y 54 (76 %) lavan los genitales luego del mismo. La principal fuente de información de hábitos higiénicos fue por charlas maternas. **CONCLUSIONES:** con base en los resultados es conveniente analizar e implementar estrategias que proporcionen a la usuaria ginecológica un programa educativo y orientador que les permita incrementar sus conocimientos relacionados con los hábitos de higiene íntima.

C19. RESULTADOS PRELIMINARES DE LA TOMA DE MUESTRA CERVICO VAGINAL EN LAS PACIENTES QUE ACUDIERON A LA CONSULTA DE GINECOLOGÍA EN UN PERÍODO 2006-2007. CLÍNICA LUGO. MARACAY. VENEZUELA. Jham Frank Lugo, Isabel Rosales, Ana Valeria Hernández, Milagros Medina.

Clínica Lugo, Maracay, Edo. Aragua.

OBJETIVO: Conocer los resultados de las citologías tomadas a pacientes que acudieron a la consulta privada de ginecología en el período 2006-2007 de la Clínica Lugo. **MÉTODO:** investigación de tipo descriptiva, retrospectiva y transversal en la que se evaluaron los resultados de las citologías de 209 pacientes y se expresaron en frecuencias relativas y absolutas. **RESULTADOS:** A las 209 pacientes se estratificaron en diferentes grupos etarios en edades comprendidas 15 a 20 años: con 25 pacientes (12 %) de 21-30 años: 109 pacientes (52,1 %); 31 – 40 años: 39 pacientes (18,6 %); > 41 años: 36 pacientes (17,2 %); según el material de muestra enviada el 98 % fue de exo-endocérvix y el resto de cúpula vaginal; el resultado citopatológico de mayor frecuencia fue proceso inflamatorio con el 67 %, seguido del 23,4 % no se observaron cambios morfológicos atípicos; 4,8 % VPH y el 4,8 % agentes bacterianos.

C20. PRESENCIA DE VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA QUE ACUDIERON A SU CONSULTA GINECOLÓGICA REFIRIENDO LEUCORREA Y/O PRURITO PERSISTENTE POSTERIOR A TRATAMIENTO PREVIO ENTRE LOS MESES DE ENERO-JULIO DEL AÑO 2009 EN EL LABORATORIO CLÍNICO DEL CENTRO GUACARA-EDO. CARABOBO. Sonia Alejandra Táriba Forero.

Laboratorio Clínico Del Centro. Guacara-Edo. Carabobo

OBJETIVO: analizar resultados de citología, colposcopia, biopsia y reacción en cadena de polimerasa (PCR) en mujeres que acudieron a su consulta ginecológica refiriendo leucorrea y/o prurito persistente y relacionarlos con la

presencia de virus del papiloma humano (VPH). MÉTODOS: estudio observacional, prospectivo, de corte transversal. La población es finita e incluye la totalidad de mujeres que acudieron a la consulta privada refiriendo leucorrea y/o prurito entre los meses de enero a julio del año 2009 y la muestra la constituyeron 94 pacientes que dentro de su evaluación médica se les realizó citología, colposcopia, biopsia y tipificación del VPH mediante estudios de PCR en cérvix y vulva. RESULTADOS: de 94 pacientes se observó mediante colposcopia la presencia de epitelio acetoblanco (EBA) en 67 (71,27 %); colpitis en 75 (79,78 %) y lesiones en vulva en 62 (65,95 %). Dentro del reporte citológico 80 (85,10 %) presentaron hiperqueratosis, 50 (53,19 %) presentaron citólisis, 42 (44,68 %) reportaron exudado inflamatorio, 8 (8,51 %) infección por VPH; y solo 1 (1,06 %) de las muestras reportó insatisfactoria. En biopsia de cérvix uterino 76 (80,85 %) presentaron algún tipo de lesión condilomatosa, 3 (3,19 %) asociadas a virus atípico y 29 (30,85 %) de éstas asociadas a cervicitis crónica reagudizada, 9 (9,57 %) reportaron NIC I y 1 (1,06 %) NIC II. Por último 89 (94,68 %) resultaron positivas para VPH mediante PCR; predominando el 11 con 66 (70,21 %) y el 16 con 9 (9,57 %). CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES: al estudio colposcópico 71,27 % presentó EBA y 65,95 % lesiones en vulva sugestiva de infección por VPH. Mediante citología solo 8,51 % resultó positivo para VPH, pero los hallazgos citológicos de hiperqueratosis y/o citólisis pueden hacernos sospechar la presencia del virus a manera de realizar un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. 80,85% presentaron lesiones condilomatosas por biopsia y 94,68 % positivas para VPH por PCR observándose que es uno de los estudios ideales para diagnóstico de VPH en cualquier etapa de su patogenia.

C21. INCIDENCIA DE DISOCIACIONES CITOCOLPOSCÓPICAS EN PACIENTES QUE ACUDIERON A LA CONSULTA DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y REPRODUCCIÓN HUMANA DEL HOSPITAL “CARLOS J. BELLO” – CARACAS, DURANTE EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO 2008 Y JULIO 2009. Yoselin Albarrán, Margrovi Guzmán, Fabiola Gálviz, Jorge Gaviria.

Hospital “Carlos J. Bello”, Cruz Roja Venezolana, Caracas.

POBLACIÓN: el presente es un estudio de tipo descriptivo, aleatorio, de corte transversal, el cual implicó la revisión de 65 historias de pacientes que acudieron a la consulta del Servicio de Ginecología y Reproducción Humana del Hospital Carlos J. Bello, entre enero 2008 a julio 2009, que presentaron atipia colposcópica, en la cual se revisaron los resultados de citologías y biopsias. Además de los motivos de consultas y la diversidad de resultados de citología que puede encontrarse en pacientes que tienen atipias a la colposcopia. **RESULTADOS:** de los 65 resultados revisados se encontró que existen 49 muestras donde hay disociación citocolposcópica (75 %) y 16 muestras donde hay relación entre la citología y la biopsia (25 %). Con respecto a los motivos de consulta evidenciamos: deseo de embarazo 16 pacientes (25 %), control ginecológico 28 pacientes (43 %), trastorno menstrual 7 pacientes (10 %) y flujo vaginal 14 pacientes (22 %). Con respecto a los resultados de citología encontramos que con citología normal 12 resultados (18 %), inflamatoria inespecífica 18 resultados (27 %), infección por Candida 7 resultados (11%), infección por Gardnerella 5 resultados (8 %), infección mixta 6 resultados (9 %), ASCUS 1 resultado (2 %), LIEBG + VPH 16 resultados (25 %). Con respecto a los resultados de las biopsias se observó que con LIEBG + VPH 60 resultados (92 %) y LIEAG 5 resultados (8 %). Es importante resaltar que de los 5 resultados de LIEAG por biopsia, su resultado de citología reportaron negativo para malignidad.

C22. CARCINOMA EPIDERMOIDE POCO DIFERENCIADO EN CLÍTORIS. A PROPÓSITO DE UN CASO. HOSPITAL CENTRAL UNIVERSITARIO J.M. CASAL RAMOS. Rafael Ángel Delgado Torres, Rafael Humberto Meléndez Cuicas.

Hospital Central Universitario Dr. J.M. Casal Ramos.

Se trata de una paciente de 58 años de edad, procedente del medio rural, y acude a la consulta de ginecología por enfermedad actual de 3 años de evolución, por la presencia de masa en área del clítoris que deformaba el mismo, consistencia pétreo, sin signos de ulceración, así como también dolor leve intensidad, siendo evaluada no encontrando otros signos de anormalidad en el examen físico. Se le indican paraclínicos y es llevada a mesa operatoria donde

los hallazgos fueron llevados a anatomía patológica y confirmaron diagnóstico de carcinoma epidermoide poco diferenciado en clítoris.

C23. SEGUIMIENTO DE UN PROGRAMA DE CRIOPRESERVACIÓN DE EMBRIONES. María Teresa Olivieri, Estrella Rosemberg, O Rosales, Samy Bronfenmajer.

EMBRIOS Hospital de Clínicas Caracas

OBJETIVOS: evaluar las razones por la que unas parejas se transfieren sus embriones congelados y otras no y la posición de estas parejas en cuanto a decidir el destino de los embriones que permanecen congelados en nuestro centro. En el Programa de criopreservación de embriones de EMBRIOS, Centro Fertilidad y Reproducción Humana del Hospital de Clínicas Caracas, se estudió el destino de los embriones congelados desde 1992 a 2008. **RESULTADOS:** la media de edad de las pacientes fue 35 años. El 45 % de las parejas que se realizaron una fertilización in vitro, congelaron embriones. La media de embriones congelados por paciente fue de 4,8. El 56 % de las pacientes que no se embarazaron se transfirieron los embriones en el primer año luego de la congelación. El 60 % de las pacientes que se embarazaron y tenían uno o más hijos, fueron más propensas a dejar sus embriones congelados indefinidamente. Luego de más de 5 años de estar los embriones congelados las pacientes que no se comunicaron con el centro, y fueron contactadas, informaron olvido de sus embriones, indecisión acerca de transferirlos o no, divorcio, pérdida de la pareja, etc. Al contactar a las pacientes para que actualizaran sus consentimientos informados y tomar decisiones del destino de los embriones, los pacientes prefirieron mantener congelados sus embriones indefinidamente, antes que darlos en donación para fines de investigación o para ser donados a otras parejas con fines reproductivos. El tiempo máximo que unos embriones han estado congelados y han sido descongelados con éxito en nuestro centro ha sido de 11 años. Se deben hacer esfuerzos para que los pacientes racionalicen la importancia de los programas de donación de embriones como una manera altruista de ayudar a pacientes que no poseen la alternativa de tener un hijo genético.

C24. TÉCNICA DE LAVADO SEMINAL EN EL TRATAMIENTO DE ALTA COMPLEJIDAD EN PACIENTES SERODISCORDANTES. INSTITUTO VENEZOLANO DE FERTILIDAD. SAN BERNARDINO. CARACAS. Yuddysay Ng Chan, José Sánchez Sosa, Pedro Martínez, Jacqueline Andrade, Rafael Majano.

Instituto Venezolano de Fertilidad. San Bernardino. Caracas.

OBJETIVO: describir la técnica de procesamiento seminal en el caso de parejas serodiscordantes a quienes se realizó fertilización in vitro. **MÉTODO:** depositamos en el fondo de un tubo cónico 1,0 mL de ISOLATE® – 90 %, bañando las paredes del tubo. Luego depositamos 1,0 mL de 70 % y 45 % y por último 1 mL del semen. Centrifugamos durante 20 minutos, obtenemos el pellet y se procede al lavado con 2,0 mL de medio Modified HTF® con gentamicina, centrifugando durante 10 minutos y se repite nuevamente. Eliminamos el sobrenadante y agregamos 1,0 mL de medio para la realización de swim up, se coloca en la incubadora a 37°C con una inclinación de 45°, durante una hora, luego se recupera el sobrenadante, se evalúa y se realiza el reporte de la muestra de acuerdo a los criterios de la OMS. Se congela una fracción de la muestra y otra se analiza a través de la técnica de PCR en tiempo real, para descartar presencia del ARN viral. **RESULTADOS:** Con la aplicación de la técnica descrita se ha obtenido muestras de semen libres del ARN viral. **CONCLUSIONES:** Con el procesamiento del semen según la técnica descrita se logra obtener una muestra libre de partículas virales, haciendo posible la fertilización en parejas serodiscordantes y evitando el riesgo de transmisión.

C25. REPORTE DEL NACIMIENTO DE UN BEBÉ PRODUCTO DE FERTILIZACIÓN IN VITRO EN UNA PAREJA SERODISCORDANTE. INSTITUTO VENEZOLANO DE FERTILIDAD. SAN BERNARDINO. CARACAS. Yuddysay Ng Chan, José Sánchez Sosa, Pedro Martínez, Rafael Majano, Jacqueline Andrade.

Instituto Venezolano de Fertilidad. San Bernardino. Caracas.

OBJETIVO: describir el procedimiento realizado en una pareja serodiscordante para lograr un embarazo con

disminución del riesgo de transmisión tanto horizontal como vertical. **MÉTODOS:** una vez que la pareja acude a la consulta se realiza el interrogatorio, un examen físico general y ginecológico y ecografía transvaginal, evaluando parámetros de fertilidad. Se solicita carga viral y conteo de CD4 al hombre y evaluación psicológica a ambos. Se descarta la presencia de algún factor de infertilidad. Se planifica realizar fertilización in vitro. Una vez logrado el embarazo y posterior culminación del mismo se realiza seguimiento tanto de la madre como del hijo tanto al nacimiento como a los 6 y 12 meses después, realizándose determinaciones de HIV por PCR. **RESULTADOS:** se logró embarazo y posterior nacimiento a término de un bebé sano, sin evidencia de seroconversión. **CONCLUSIONES:** La infección por HIV era una condición que contraindicaba la concepción. Actualmente con el uso de nuevas terapias se ha aumentado la expectativa de vida, tomándose en cuenta la enfermedad como una patología crónica más que una enfermedad terminal. La mayor población de infectados se encuentra en edad reproductiva y muchos con expectativas de tener descendencia biológica, hecho posible con técnicas de reproducción asistida y lavado seminal, lográndose en este caso el nacimiento de un bebé sano, sin seroconversión horizontal ni vertical.

C26. CARACTERÍSTICAS DE LA FUNCIÓN SEXUAL EN LAS PACIENTES DE EDAD REPRODUCTIVA Y CLIMATÉRICA CONSULTA DE GINECOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ANGEL LARRALDE”. VALENCIA, ESTADO CARABOBO. Mario José Muñoz Sequera, Vilma S Muñoz S, Milagros Viloria, Ana Vanegas, Elwin Morales.

Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”. Valencia, Estado Carabobo.

OBJETIVO: determinar las características de la función sexual de las pacientes de edad reproductiva y climatérica que acudieron a la consulta de Ginecología del H.U.A.L. en el período junio-agosto de 2009. **MÉTODO:** el estudio se realizó de manera descriptiva, y de secuencia transversal. La muestra no probabilística, intencional fue de 152 pacientes entre los 20 y 59 años que respondieron una encuesta diseñada para obtener los datos sociodemográficos y un cuestionario de 19 preguntas, agrupadas en 6 dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor.

Análisis estadístico: se utilizó ANOVA, regresión logística y t student. La validación fue determinada por el mapa operativo de variables a partir del objetivo general y de los específicos y el juicio de dos expertos. RESULTADOS: la mayoría de las pacientes estaban entre las edades de 45 a 49 años, de oficios del hogar, concubinas, con dos parejas, menarquía entre 12 a 14 años, sexarquía entre 16 a 19 años, multigestas, multíparas, dos tercios sin abortos previos, mayoritariamente sin uso de anticonceptivos orales y dos tercios sin uso de terapia de reemplazo hormonal. La sexualidad logra su máxima expresión a los 20-24 años para caer posteriormente en forma progresiva, especialmente el deseo, la excitación y el orgasmo, con un descenso significativo después de los 55 años; a partir de los 40 años se incrementa el riesgo de disfunción sexual. El uso de terapia de reemplazo hormonal mejora la sexualidad expresada en todos los rangos. El mayor nivel educativo disminuye el riesgo de disfunción sexual.

C27. PATOLOGÍA GINECOLÓGICA EN EDAD INFANTO JUVENIL. EXPERIENCIA DE CINCO AÑOS.

José Eduardo Landaeta Echarry, Ada M Vargas, José Matute, Sara Barroso, Adriana Cendon, Elsa Lara G.

Universidad de Carabobo

OBJETIVO: conocer el tipo de patología ginecológica que afecta a niñas y/o adolescentes que acudieron a la consulta de Ginecología Infanto Juvenil durante el período de estudio (2005-2009). MÉTODOS: la información se colectó de las historias clínicas y se complementó con la contenida en un formato de encuesta con las variables de interés para la investigación. RESULTADOS: el total de casos fue 1029, 748 con patologías ginecológicas (72,69 %) y 281 (27,31 %) con variantes puberales y examen ginecológico normal. Se dividieron en dos grupos: < 12 años (471 casos) y > de 12 años (277 casos); la mayoría con un Graffar III-IV (698 – 67,83 %), provenientes del Estado Carabobo; quienes consultaron por: flujo vaginal y crecimiento mamario (< 12 años); además de trastornos menstruales y dolor pélvico (>12 años). Con diagnósticos de ingreso: vulvovaginitis (302- 64,12 %), telarca prematura (128-27,18 %); hemorragia uterina disfuncional (129- 48,57 %) y dismenorrea (98-35,37 %); en 853 casos (62,89 %) el tratamiento fue médico; en 135 casos (13,12 %) el tratamiento fue quirúrgico y en 41 casos el tratamiento fue mixto (médico/

quirúrgico). **CONCLUSIONES:** la evaluación ginecológica de niñas y adolescentes es necesaria en estas etapas de la vida; ya que las patologías en la esfera ginecológica son bastante frecuentes y deben abordarse precozmente a través de un enfoque interdisciplinario.

C28. PATOLOGÍA DE MAMA EN NIÑAS Y ADOLESCENTES. José Eduardo Landaeta Echarry, Elsa Jesús Lara García, Ada María Vargas, José Matute, Sara Barroso, Adriana Cendón, Oneximo Figueredo.

Centro Médico “Dr. Rafael Guerra Méndez”, Valencia, Edo. Carabobo.

OBJETIVO: conocer la incidencia y el tipo de afecciones de la glándula mamaria en niñas y adolescentes que acudieron a la unidad de salud femenina y ginecología Infanto juvenil del Centro Médico “Dr. Rafael Guerra Méndez, en el período 2005 – 2009. **MÉTODOS:** la información se colectó de las historias clínicas y se complementó con la contenida en un formato de encuesta con las variables de interés para la investigación. **RESULTADOS:** acudieron a la consulta ginecológica durante el período de estudio 748 niñas y adolescentes con patologías ginecológicas (72,69%). Se presentó patología mamaria en 139 casos (83 niñas y 56 adolescentes) esto representó el 18,58 % del total de patologías asistidas en nuestra unidad; los motivos de consulta fueron: aumento de volumen mamario uni o bilateral, mastodinia y desarrollo precoz en niñas; además de tumor de mama, mastodinia y asimetría mamaria en adolescentes; las patología mamaria en niñas correspondieron a: telarca prematura aislada en 57 casos (68,67 %), telarca uni o bilateral acompañada de algún otro signo de desarrollo puberal en 11 casos (13,25 %); presencia fisiológica del botón mamario en 9 casos (10,84 %) y en 6 casos (7,22 %) tumores de mama: dos fibroadenomas, dos adenosis de la mama, un absceso de la glándula mamaria y un papiloma intraductal. En la adolescente las afecciones fueron: condición fibroquística de la mama (37 casos – 66,07 %), fibroadenoma mamario en 11 casos (19,64 %), asimetría mamaria de la pubertad (5 casos – 8,93 %), dos mamas supernumerarias axilares (3,57 %) y dos casos (3,57 %) de agenesia de mama unilateral por hipoplasia o agenesia del músculo pectoral mayor (síndrome de Poland). El diagnóstico fue clínico y ecográfico en la mayoría de los casos, complementándose con punción con aguja fina (PAFF) guiada por ecografía

en las afecciones tumorales. Empleándose la observación expectante, el tratamiento sintomático y la cirugía como recursos terapéuticos.

C29. TUMOR FILODES. A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA. HOSPITAL CENTRAL UNIVERSITARIO ANTONIO MARÍA PINEDA (HCUAMP). BARQUISIMETO, EDO. LARA. Enrique Alvarez, María A Pérez V, Claudia L Pimentel O, Jenifer L Ramírez G.

Hospital Central Universitario “Antonio María Pineda”. Barquisimeto, Edo. Lara.

Paciente de 49 años, VII gestas, III paras, III abortos, a quien se le diagnosticó en junio de 1996 cistosarcoma filodes en mama derecha, por lo cual se le practicó: tumorectomía derecha más reconstrucción mamaria. Consulta nuevamente en junio de 2009 refiriendo enfermedad actual de 6 meses de evolución, caracterizada por aumento de volumen en mama derecha, de forma progresiva e ingresa con diagnóstico presuntivo de tumor filodes. Durante su evolución intrahospitalaria, se evidencia rápido crecimiento tumoral, lesiones satélites y áreas de necrosis en región subareolar. Se realizan estudios de extensión: 1. TAC de tórax (07/06/09): gran LOE de tipo neoproliferativo con extensión a músculo pectoral mayor que compromete tejido glandular mamario derecho, sin adenopatías > de 10 mm, ni imágenes sugestivas de enfermedad metastásica. 2. Ecosonograma mamario (15/06/09): gran tumoración mamaria derecha, hipoecogénica, con áreas de necrosis y adenopatías axilares inespecíficas. 3. TRU-CUT (18/06/09): tumor filodes. Se discute caso en Clínica de Tumores del HCUAMP y en vista de comportamiento tumoral se decide: mastectomía radical tipo I con vaciamiento ganglionar hasta 1er nivel más avance de colgajo abdominal derecho. Biopsia definitiva: tumor filodes benigno de 20 x 17 cm. Posteriormente inicia radioterapia adyuvante con evolución satisfactoria hasta la fecha.

C30. HIPERPLASIA COMPLEJA CON ATIPIAS FALSAMENTE POSITIVO EN TUMOR PÉLVICO GIGANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO. Nerervis Valles, Carmen Rangel, Emerita Lira, Yohanna K Romero P, Dennis Carrera, Edsel Velásquez.

Hospital Central “Dr. Plácido D. Rodríguez Rivero”. San Felipe, Edo. Yaracuy.

Paciente de 36 años, IV gesta, III para, I aborto, FUR: incierta con enfermedad actual de 3 años de evolución caracterizado por presentar trastornos del ciclo menstrual tipo hipermenorrea y menorragia, con biopsia de endometrio que reportó hiperplasia secretora con atipias nucleares moderadas; acude a este centro por presentar dolor difuso de fuerte intensidad y aumento de volumen a nivel abdominal. Se ingresa, se le realizan paraclínicos, estudios de extensión y es llevada a mesa operatoria realizándosele laparotomía ginecológica encontrándose útero aumentado de tamaño con anexos adosados al mismo, deformado de 5.800 g, serosa lisa y protruyente a través de OCE, necrótico. Biopsia reporta: Leiomioma uterino celular negativo para neoplasia maligna.

C31. INFLUENCIA DEL USO DE BROMURO DE HIOSCINA EN LA DILATACIÓN CERVICAL DURANTE EL TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES QUE ACUDIERON A LA EMERGENCIA OBSTÉTRICA DEL HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY EN EL PERÍODO OCTUBRE-DICIEMBRE 2007. Efraín Moreno Barbosa, Ivy Aimee Rodríguez Gil, Jesús Argenis Villarreal Hernández, Edith Carolina Herrera Galíndez.

Hospital Central de Maracay, Edo. Aragua.

OBJETIVO: determinar la influencia del uso de bromuro de hioscina en la dilatación cervical durante el trabajo de parto. **MÉTODOS:** se estudiaron 314 pacientes con embarazo a término (de 37 a 42 semanas), en trabajo de parto, con membranas ovulares rotas, sin ninguna patología asociada, sin ninguna distocia asociada con 5 centímetros o más de dilatación cervical con presentación cefálica de vértice. Se realizó análisis estadístico. **RESULTADOS:** el 46,5 % de las pacientes tenían edades entre 16 y 20 años, el 50 % tenían de 0 a 1 parto; en todos los casos el bromuro de hioscina adelantó la duración del trabajo de parto aun con respecto a la oxitocina ($P < 0,0001$). **CONCLUSIONES:** la N-butil-hioscina produjo un acortamiento en el tiempo de duración del trabajo de parto reduciendo así la estancia de la paciente en la sala de parto sin producir efectos adversos.

C32. EFICACIA DE LAS CÁNULAS EASY GRIP Y SISTEMA DE ASPIRACIÓN AMEU PLUS EN EL TRATAMIENTO DE ABORTO INCOMPLETO HOSPITAL “DOMINGO LUCIANI”, CARACAS. Edna Margarita Gutiérrez Benítez, Gerardo José Estrada Molero, Jeandark Adjam, Raúl Gutiérrez,

Antonio Lucena, Sandra Gutiérrez Benítez. Hospital “Domingo Luciani”, Caracas

OBJETIVOS: evaluar la eficacia del uso de las cánulas Easy Grip sistema de aspiración Ameu plus en comparación con el uso de curetas de Sims. Durante el lapso 2008-2009 en el Hospital “Domingo Luciani” Caracas. **MÉTODOS:** estudio de tipo prospectivo y comparativo. La muestra estuvo conformada por 300 pacientes distribuidas al azar distribuidas en dos grupos, denominado Grupo A: grupo en estudio (se les realizó vaciamiento uterino con cánulas Easy Grip) Grupo B: Grupo control (legrado con curetas de Sims). **RESULTADOS:** el procedimiento realizado con cánulas Easy Grip demostró tomar menos tiempo en su realización que al usar curetas de Sims, siendo promedio menor de 5 minutos del total del tiempo del vaciamiento en el 86 %. Igualmente se observa que las pérdidas hemáticas fueron siete veces menor cuando el tratamiento se comparó con las curetas de Sims. **CONCLUSIONES:** Con el presente trabajo se concluye que el tratamiento del aborto incompleto con cánulas Easy Grip es más rápido, más seguro y tan confiable como al realizarlo con las curetas de Sims.

C33. INFECCIÓN POR VIRUS DE INFLUENZA AH1N1 Y EMBARAZO. PRESENTACIÓN DE UN CASO. Judith Toro Merlo, Anasel Viera, Josmery Faneite, Helene Arechavaleta.

Hospital General del Oeste “Dr. José Gregorio Hernández”. Caracas.

OBJETIVO: evaluar la histerectomía obstétrica de emergencia Complejo Hospitalario “Ruiz y Páez” enero 2004 – diciembre 2008. Variables estudiadas: grupo etario materno, paridad, edad gestacional, vía de terminación, causas obstétricas asociadas, indicación de histerectomía, complicaciones postoperatorias, tiempo de estancia hospitalaria e ingreso a UCI. **MÉTODO:** estudio retrospectivo, longitudinal y descriptivo. Se estudiaron 41 historias correspondientes

al total de pacientes con histerectomía obstétrica en el período descrito. RESULTADOS: incidencia de histerectomía obstétrica de emergencia 2,2/1000 partos. Causales de histerectomía: atonía uterina 39,20 % (16 casos), acretismo placentario 21,95 % (9 casos) y rotura uterina 19,51% (8 casos). Grupo etario más frecuente 25-29 años 31,70 % (13 casos), encontrándose multiparidad en el 68,27 % (36 casos). La vía cesárea predominó 65,85 % (27 casos), la edad gestacional se ubicó entre las 37 y 42 semanas 41,46% (17 casos). El antecedente de cesárea anterior fue la causa principal con 37,03 % (10 casos). La anemia severa 58,53 % (24 casos) fue la mayor complicación postoperatoria. Estadía hospitalaria < 7 días 46,34 % (19 casos). El 24,39 % (10 casos) ingresó a UCI. Total muertes maternas 7 (17,07 %). CONCLUSIÓN: la histerectomía obstétrica constituye una herramienta quirúrgica indispensable a la hora de enfrentar las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, siendo determinante para la vida de la mujer una vez que las medidas conservadoras han dejado de ser una alternativa.

C34. INFECCIÓN POR EL VIRUS DE INFLUENZA H1N1 DURANTE LA GESTACIÓN. Miriam Lucia González Vallejo, Neyla Valdez, Orlando Guilarte, Gemary León.

Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti”,

Gestante de 21 años, asmática no controlada, FUM: Incierta, III gestas, II cesáreas, con embarazo de 22 semanas. El 07-09-09 manifiesta mialgias, artralgias, cefalea, disfagia, fiebre (40 °C), ingresa el 11-09-09 evidenciándose hipotensión, taquicardia, taquipnea, ubicándose en la Unidad Soporte Avanzado de Vida Obstétrica. Examen físico: FC: 103 lpm FR: 25 rpm TA: 80/50 mmHg Temp: 39,3°C. Ruidos respiratorios disminuidos en bases pulmonares. Abdomen gestante, AU: 26 cm, FCF: 120 lpm. IDX: 1-III gesta 2-Embarazo de 22 semanas por BF 3- Asma en crisis 4- Infección respiratoria. 5- Bicesareada 14/09 se anexa diagnóstico de SDRA/H1N1. SAT O₂ 66 %. Interrupción del embarazo e ingreso a UTI con edema agudo de pulmón, se conecta a ventilación mecánica. Tratamiento: Tazopril, vancomicina, tobramicina, claritromicina, nebuloterapia Alovent y Budesonida, Solumedrol y Lasix, tamiflu. Se toma muestra para A H1N1. Nefrología: Sugiere hemodiafiltración. Cultivo de secreción bronquial, negativo, hisopado

nasofaríngeo positivo para H1N1. 27 al 30 -09-09 Cultivo de secreción bronquial: complejo Acinetobacter y Candida albicans. Se rota a imipenem aztreonam y Tigaciclide. 15.10.09 Rx de tórax: neumomediastino bilateral. Se realiza toracostomía mínima bilateral. Se indica dopamina por hipotensión. Sat. O₂ 67 %, 3 pm hipotensión sostenida TA: 52/27 mmHg sin repuesta a vasoactivos concomitante bradicardia hasta llegar a paro; Fallece 3:45 pm. Biopsia pulmonar postmortem: daño alveolar difuso por H1N1.

C35. VIRUS DE INFLUENZA AH1N1 EN PACIENTES GESTANTES QUE ACUDIERON A LA CIUDAD HOSPITALARIA “DR ENRIQUE TEJERA” DURANTE EL SEGUNDO TRIMESTRE DEL AÑO 2009. VALENCIA EDO CARABOBO. Lennys Dessire Baute Ortega, Gabriela Cardozo Cedeño, Lexaida Angulo.

Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Valencia, Edo. Carabobo-

OBJETIVO: determinar el virus de influenza AH1N1 en pacientes gestantes que acudieron a la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” durante el segundo semestre del año 2009. **MÉTODO:** Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, obteniendo información de los datos suministrados de la morbilidad diaria del Dpto. encargado del proyecto madre. **RESULTADOS:** El total de pacientes gestantes con diagnóstico de caso sospechoso de influenza AH1N1 fueron 56 pacientes, 44 % con edades comprendidas entre 20 a 27 años, 32 % de 12 a 19 años; 19 % 28 a 34 años y el 3 % eran menores de 35 años. En relación a las semanas de gestación, 64 % se encontraban en el tercer trimestre, 34 % en el segundo trimestre y 17 % en el primer trimestre. 48 % de las pacientes aún tiene pendiente resultados confirmatorios, 28 % obtuvo resultados negativos, 23 % confirmó la positividad del virus; en relación al fallecimiento 1 de las pacientes positivas falleció, y de los casos sospechosos hubo dos fallecimientos. **CONCLUSIONES:** La gripe AH1N1 se convirtió en una verdadera pandemia donde las gestantes también se vieron afectadas, resulta preocupante que casi media población afectada aun no tenga resultados definitivos, lo que determina un subregistro en la morbilidad

C36. SÍNDROME VIRAL TROMBOCITOPÉNICO EN UNA EMBARAZADA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Celsa María Pérez Sorett, Ana Vanegas, Rafael Dautant, María Martínez, Mary Rivero, Anny Nazar.

Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”, IVSS Bárbula-Estado Carabobo.

Paciente de 26 años de edad IV G III P, con embarazo de 36 semanas por F.U.M, quien inicia E.A hace 2 días cuando presenta fiebre de 38,5 C, concomitante cefalea, mialgias y artralgias, por lo que ingresa. Ex. Físico: TA: 80/40 mmHg, FP: 50 lpm, FR: 18 rpm T: 38,5°C. Se recibe en regulares condiciones, hipertérmica al tacto. Cardiopulmonar: sin alteraciones. Abdomen gestante, AU: 31 cms, feto único, cefálico, dorso izquierdo foco; 142, MF: presentes. DU: ausente. Ginecológico: cuello posterior, corto permeable 1 dedo, cefálico. Neurológico: consciente, orientada. Laboratorio de ingreso: Hb: 10,3, Hto: 32,3 %, Leucocitos: 2.300, Plaquetas: 43, Bilirrubina total: 0,8, B. Directa: 0,12; B. Indirecta: 0,08, AST: 145; ALT: 95. Ex. de orina patológico. Ingresa con los diagnósticos de 1) Embarazo de 36 semanas. 2) Síndrome viral trombocitopénico. 3) Infección urinaria. Durante el 2do día de hospitalización paciente refiere epigastralgia, evidenciándose dolor a la palpación profunda en epigastrio e hipocondrio derecho. Se solicita laboratorio control, con descenso franco de la cuenta plaquetaria 27 mm³ y ascenso de transaminasas AST: 254 ALT: 140, por lo cual se decide interrupción del embarazo con el Dx. de síndrome HELLP atípico obteniendo RNTAG con 9 pts. de Apgar. Paciente es trasladada a U.C.I en malas condiciones generales, con sangrado espontáneo a través de fosas nasales, tubo endotraqueal y herida operatoria. Al tercer día se recibe laboratorio control con descenso franco de Hb: 4,1, Hto: 11,6, Pt y Ptt incoagulable, serología IgM positivo para dengue. A pesar de terapia de reposición de hemoderivados la paciente fallece.

C37. PURPURA TROMBOCITOPÉNICA INMUNE, HALLAZGO CASUAL.

Elio Hernández, Adriana K Carrero H, Héctor Vera.

Hospital Universitario de los Andes. Mérida. Edo. Mérida

Primigesta de 34 años de edad quien consulta por presentar dolor en miembro inferior derecho de 1 semana de evolución, claudicación intermitente, aparición de hematomas en región abdominal y fosa poplíteica derecha. Ingresada con 31 semanas de gestación por FUM y BF, se sospecha de TVP por clínica, se descarta por US Doppler venoso, presencia de hematoma en cara interna de muslo derecho de 27 x11 mm se interconsulta con hematología por conteo plaquetarios de 5000, realizan frotis periférico: Hb; 9,3, Plaquetas; 10.000, Leuco; 6.800, seg; 74 %, Linf; 21 %, presencia de megacariocitos, tiempos de coagulación sin alteración, Coombs indirecto negativo, Bx de médula ósea con PAN-hiperplasia leve. Se descarta síndrome antifosfolípidos con pruebas negativas. Dx Purpura trombocitopénica inmune. Inicia tratamiento con Inmunoglobulina (400 mg/kg) VEV OD, por 4 dosis, luego prednisona 75 mg VO OD. Mejoría clínica y conteo plaquetario asciende a 106.000. Ingresada a las 38 semanas se realiza cesárea segmentaria, RNV femenino peso de 2900 g, Capurro 39 semanas, Apgar 9/10. Conteo plaquetario de la madre 132 000. Buena evolución post quirúrgica. Se egresa 48 horas después en buenas condiciones.

C38. ANEMIA FALCIFORME ASOCIADA A PLACENTA PREVIA. REPORTE DE UN CASO. José Gregorio Méndez Suárez, Karina Molero, Katherine Molero.

Hospital “Manuel Noriega Trigo” IVSS, Maracaibo, Edo. Zulia.

Paciente 28 años de edad, III gestas, II abortos con FUR: imprecisa, diagnóstico de anemia falciforme controlada desde la infancia. Inicia control prenatal en ambulatorio desde las 16 semanas por ecografía, y es referida por médico tratante para consulta de alto riesgo obstétrico, a las 27 semanas de gestación por ecografía del segundo trimestre, presentando cifras de hemoglobina bajas correspondientes a cuadro de anemia severa y diagnóstico ecográfico de placenta previa oclusiva total, decidiéndose ingresar para monitorizar evolución clínica. Examen físico: palidez cutánea mucosa marcada, peso 48 kg. Talla 1,50 cm. Cardiopulmonar: Estable. T.A: 100/60 mmHg, Fc: 70x'. Fr: 14x'. Abdomen globoso, sin actividad uterina palpable, feto único en situación transversa, con movimientos fetales (+) palpables, FCF: 145x', AU: 28 cm. Especuloscopia y tacto: no se evidencia sangrado genital, cuello sin modificaciones. Laboratorio:

Hb 7 g%, Hto: 22 %. Frotis de sangre: anisocitosis (+), macrocitosis, células depreanocíticas moderadas. Durante su evolución intra-hospitalaria presenta dolor abdominal tipo CsUsDs, concomitantemente sangrado genital tipo mancha, acompañado de pequeños coágulos, instalándose tocólisis (isoxuprina EV), anti-prostaglandínicos y betametasona 12 mg por 2 dosis; evolucionando satisfactoriamente. Es transfundida en cinco oportunidades. Semanalmente se realizó ecografía Doppler control. A los 60 días de evolución y previo control de Hb 10 g%, bajo anestesia general, se practicó cesárea segmentaria con incisión tipo Pfannenstiel seguido de histerotomía arciforme, se extrae RN masculino clínicamente a término, de 39 semanas por Capurro, peso: 2 kg, talla: 48 cm, con RCIU, en aparentes buenas condiciones clínicas, respiró y lloró al nacer, llanto fuerte, activo. Apgar al minuto 1 de 8 pts y a los 5 minutos de 9 pts. Alumbamiento manual, placenta pequeña de 300 g, con zonas de hipermadurez, de inserción posterior, oclusiva total, la cual se extrae sin dificultad. Acto operatorio es finalizado sin complicaciones. La evolución de la paciente en su puerperio quirúrgico tanto inmediato como mediato fue satisfactoria.

C39. DREPANOCITOSIS Y EMBARAZO. A PROPÓSITO DE UN CASO. HOSPITAL ÁNGEL LARRALDE. Aracelys Betancourt Ugarte.

Hospital “Dr. Ángel Larralde”, Valencia, Edo. Carabobo.

Paciente de 27 años, II gestas, I para. I aborto, con embarazo múltiple doble de 34 semanas por ecografía, quien acude a la emergencia de Obstetricia del Hospital Universitario “Ángel Larralde” por presentar disnea, dolor de leve a moderada intensidad de aparición brusca en hemitórax izquierdo, orinas coléricas, y tinte icterico en piel y mucosas. Al examen físico, signos vitales T.A: 110/ 70 mmHg, FC: 125 l.p.m, FR: 40 r.p.m, piel morena, afebril, acentuada palidez cutáneo mucosa, tinte icterico en piel y conjuntivas. Ruidos cardíacos rítmicos sin soplos, ruidos respiratorios presentes disminuidos, con crepitantes y soplo tubárico en base de hemitórax izquierdo. Abdomen globoso a expensa de útero gestante, AU: 29 cm, ocupado por dos fetos uno longitudinal cefálico, FCF:142, 2do feto en longitudinal podálico, FCF: 135, movimiento fetal (+), dinámica uterina (-), genitales cuello posterior largo

cerrado, neurológico conservado. Paraclínicos: Hepatología: hemoglobina 7,8 g%, hematocrito 23 %, CHCM: 32,4, VCM: 105, fosfatasa alcalina: 231 U/l, leucocitos 24.200, plaquetas 558.000, bilirrubina total 6,06, directa: 2,72, indirecta: 3,34, TGO: 24 U/L, TGP: 8 U/L, LDH: 466. Frotis de sangre periférica: plasma icterico reticulocitos 11,6 %. Serie roja: anisopoiquilocitosis (++), equinocitos, esquistocitos, dianocitos, drepanocitos en cresil. Serie blanca: neutrofilos hipo e hipersegmentados con granulaciones tóxicas, macroplaquetas. Tipiaje. O Rh neg. Ecografía. Embarazo múltiple doble monocorial biamniótico, feto 1 longitudinal cefálico PFE: 1521, feto 2: longitudinal podálico PFE: 1850, perfil hemodinámico 1er feto con centralización inicial, I.LA:4.4. Se transfunde la paciente con 2 uds de concentrado globular y por compromiso de salud fetal de uno de los fetos (bradicardia fetal) se realiza cesárea segmentaria obteniéndose 1er feto masculino peso 1400 g, Apgar: 6 pts, 2do feto femenino peso 1800 g, Apgar: 8 pts. Evolucionando madre satisfactoriamente en el puerperio inmediato. A la semana 1er feto fallece por prematuridad.

C40. PALUDISMO Y EMBARAZO DE 19 SEMANAS. Gladys Karina Obregón Torres, Zuleima Guánchez, Sonia Rivas, Milanyela Del Carmen Rivero Caldera.

Hospital Central de San Felipe “Placido D. Rivero”. San Felipe. Edo. Yaracuy.

Paciente de 23 años con embarazo de 19 semanas quien presento enfermedad actual de 4 días de evolución caracterizada por fiebre nocturna cuantificada en 40°C con escalofríos; concomitantemente tos seca y malestar general, con antecedente epidemiológico de viaje a Santa Elena de Uairen (Edo. Bolívar); motivo por el cual se ingresa. Se le realizó gota gruesa y extendido resultando positivo para Plasmodium vivax. Al examen físico signos vitales estables, cardiopulmonar sin alteraciones, sin evidencia de sangrado; desde el punto de vista obstétrico estable. Se evidenció al laboratorio anemia, leucopenia, plaquetopenia. Se inició tratamiento con cloroquina y se le administran hemoderivados evolucionando satisfactoriamente. Se le realizó control de gota gruesa y extendido al 5 día de tratamiento resultando negativo. Paciente egresa en buenas condiciones con control prenatal y epidemiológico.

C41. LEPTOSPIROSIS Y EMBARAZO. A PROPÓSITO DE UN CASO. Neyla M Valdez L, Miriam L González V, William J Ordaz R, Orlando Guilarte.

Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti”

Gestante de 17 años quien refiere inicio de E/A hacer aproximadamente un mes cuando comienza a presentar tinte icterico en piel y mucosas, además refiere fiebre no cuantificada, orinas coloreadas y dolor en hipocondrio derecho de leve intensidad. Para el 3-10 presenta contracciones uterinas dolorosas y sangrado genital abundante que culmina con la expulsión del producto de la gestación, motivo por el cual consulta se valora e ingresa. Al examen físico: se evidencian lesiones tipo impétigo en miembros superiores e inferiores. Hígado a 3 cm por debajo del reborde costal. Puño percusión positiva. IDX: parto pretérmino. Síndrome icterico de EAP. Injuria renal aguda, sepsis de punto de partida renal. Anemia severa 5 g/dL. Valorada por medicina interna quien sugiere cubrir con triple antibioticoterapia. Con criterios de terapia intensiva. Pancultivos negativos. Serología para hepatitis (-) Leptospira IgM positivo. Se realiza eco abdominal: hígado aumentado de tamaño sugestivo de proceso inflamatorio. Riñón derecho aumentado de tamaño con cambios sugestivos de enfermedad renal parenquimatosa difusa. Moderada pielocaliectasia. Agenesia renal izquierda. Doppler renal con aumento de resistencia y cursatibilidad. Se compensa desde el punto hemodinámico, realizándose legrado uterino, permaneciendo 20 días en USAVO, respondiendo satisfactoriamente, y egresa 5 días después.

C42. LEPTOSPIROSIS Y EMBARAZO, A PROPÓSITO DE UN CASO. CIUDAD HOSPITALARIA “DR ENRIQUE TEJERA”, JULIO 2009. Gabriela Desiree Cardozo Cedeño.

Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, Valencia. Edo. Carabobo.

Paciente de 21 años de edad, primigesta, con embarazo de 18 semanas por FUM, quien ingresa por referir dolor en epigastrio de fuerte intensidad, concomitantemente náuseas y vómitos, al momento de su ingreso se evidencian cifras

tensionales elevadas, alteración en pruebas hepáticas, trombocitopenia y coagulopatía; evoluciona con clínica de abdomen agudo quirúrgico, ecografía reporta abundante líquido en cavidad, por lo cual se decide, previa colocación de hemoderivados, realización de laparoscopia diagnóstica, extrayéndose 2500 mL de líquido inflamatorio, en postoperatorio es pasada a servicio de UCI, hemodinámicamente hipertensa, con sangrado por heridas operatorias, durante su permanencia se solicitan pruebas especiales que reportan: positivo para leptospirosis, permanece en área de UCI por 8 días posterior a los cuales pasa al servicio de obstetricia en buenas condiciones generales.

C43. NEUROFIBROMATOSIS TIPO 1 ASOCIADA AL EMBARAZO. A PROPÓSITO DE UN CASO. MATERNIDAD “DR. ANDRÉS HERRERA VEGAS”. EL ALGODONAL. Eduard Herrera, Daniel Bastardo, Belquis Bermúdez.

Hospital “Dr. José Ignacio Baldó”. El Algodonal. Caracas.

Paciente de 24 años de edad, primigesta, ingresa a control prenatal en la Maternidad “Andrés Herrera Vegas” del Hospital General “Dr. José Ignacio Baldó” cursando con embarazo de 16 semanas más 3 días por F.U.R. Entre sus antecedentes personales destacan: 1º Neurofibromatosis tipo 1 (NF1) diagnosticada a los 12 años de edad y 2º Escoliosis lumbar diagnosticada a los 15 años. Entre sus antecedentes familiares encontramos padre y prima materna con NF1. Al examen físico de ingreso destacan estatura de 1,49 m, presencia de manchas pardas en piel, hiperpigmentaciones puntiformes axilares e inguinales, nódulos cutáneos generalizados y escoliosis lumbar. Al confirmarse el diagnóstico de NF1 se deriva la paciente a la consulta de ARO del mismo hospital, habiendo cumplido en total 6 controles de alto riesgo obstétrico, durante los referidos controles su evolución clínica y sus exámenes paraclínicos fueron normales. El día 27 de enero de 2010, cuando cursaba con embarazo de 38 semanas más 5 días, se efectúa cesárea segmentaria debido a estrechez pélvica en inicio de trabajo de parto, extrayéndose recién nacido a término, de sexo femenino que peso 3300 g, midió 49 cm, con Apgar de 8-9, cuyo examen físico pediátrico fue informado normal, la evolución intrahospitalaria de madre e hija fue satisfactoria siendo dadas de alta el 29 de enero de 2010.

C44. TUMOR DE CÉLULAS SERTOLI-LEYDIG Y EMBARAZO. A PROPÓSITO DE UN CASO. HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY. 2005. José Fioretti, Wendy Pérez, Mónica Pérez, Edmundo Herrera.

Hospital Central de Maracay, Edo. Aragua.

Paciente de 30 años de edad, sin antecedentes relevantes personales y familiares, que acude a la emergencia obstétrica por presentar embarazo de 29 semanas, dolor de fuerte intensidad a predominio de fosa ilíaca y flanco derecho, portando ecografía con reporte de tumoración ecomixta trabeculada de ovario derecho de 15 x18 cm. Al examen físico: hirsutismo marcado caracterizado por vello facial, en pared abdominal anterior, regiones lumbar, glútea, púbica, miembros inferiores evidenciándose clitoromegalia, altura uterina: 27 cm, frecuencia cardíaca fetal de 148 x min, dinámica uterina ausente. Se realiza laparotomía exploradora evidenciándose útero gestante, tumoración pauterina derecha de consistencia mixta de 20 x18 cm con pedículo torcido sobre su eje necrótico, se realiza salpingooforectomía derecha, cuña de ovario contralateral y lavado peritoneal, biopsia de pieza quirúrgica revela: ovario izquierdo de 20 x18 cm, peso 800 g, de superficie irregular, tumor mixto, de células Sertoli-Leydig, con elementos heterólogos de epitelio tipo superficial mucinoso. Niveles testosterona intraoperatorio de 39 pg/mL, con normalización al segundo mes postoperatorio, curso normal de embarazo con interrupción por cesárea a las 37 semanas obteniéndose recién nacido sexo femenino en buenas condiciones.

C45. PARÁLISIS PERIÓDICA HIPOCALÉMICA POR HIPERTIROIDISMO. A PROPÓSITO DE UN CASO. HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY. OCTUBRE DEL 2009. Briseida Mildred Guillén Especier, Mónica Moreno, Norvis Salcedo, Hornelys Lifre González.

Hospital Central de Maracay, Edo. Aragua.

Se trata de gestante de 26 años primigesta con embarazo de 23 semanas, quien inicia enfermedad presentando caída espontánea de sus propios pies y dificultad para la marcha, concomitantemente náuseas, vómitos, cefalea y relajación

de esfínteres por lo que acude a este centro evidenciándose al examen físico: desviación de la comisura labial, rigidez de nuca, disminución de la fuerza muscular en las 4 extremidades, arreflexia, disminución de la sensibilidad, consciente y orientada en los 3 planos. Se realizan paraclínicos evidenciando disminución del potasio sérico (1,6 meq/L) y urinario (6,0 meq/L), punción lumbar con cultivo y citoquímico normal, resonancia magnética cerebral sin lesiones focales, EKG presencia de onda U sin otras alteraciones. Se realizó la corrección del trastorno electrolítico evidenciándose una mejoría rápida de los síntomas. Valorada por el servicio de medicina interna quien aprecia aumento de volumen de la glándula tiroides por lo que se realiza perfil que reporto hipertiroidismo. La paciente mejora considerablemente cuadro clínico en 24 horas y es trasladada al servicio de perinatología de donde egresa en buenas condiciones y gestación de 25 semanas.

C46. CISTOADENOMA MUCINOSO DE 10 KG. A PROPÓSITO DE UN CASO EN EL HOSPITAL CIUDAD DE CORIA DE EXTREMADURA ESPAÑA. Damarys Ramos, Blanca S Guerrero Chacón, Leonardo De Abreu Rodríguez, Lorena Araujo Fagre, Ana Posso.

Maternidad “Concepción Palacios”, Caracas. Hospital Ciudad de Coria, Extremadura, España.

Presentamos el caso de una paciente de 74 años de edad que acude por disnea, dolor y masa abdominal, ingresada por urgencias en el Hospital de Coria de Extremadura España conocida por tumoración anexial gigante (cistoadenoma) por RNM. En base a la clínica y paraclínica se plantea el diagnóstico de tumor gigante de ovario. La laparotomía exploradora demostró un tumor gigante de ovario izquierdo y contenido mucinoso que por anatomía patológica resulto ser un cistoadenoma mucinoso benigno de ovario. Lo avanzado de la enfermedad en esta paciente deja al descubierto la falta de revisión ginecológica y la orientación diagnóstica de una enfermedad digestiva en atención médica primaria. Enfatizamos que en todo aumento de volumen a nivel abdominal hay que descartar neoplasias intrabdominales y pélvicas.

C47. CISTOADENOMA MUCINOSO MULTIQUÍSTICO DE OVARIO DERECHO. A PROPÓSITO DE UN CASO REVISIÓN DE LA LITERATURA. IAHULA MÉRIDA. Elio Hernández, Julio Lacruz, Adriana K Carrero H, Moraima Márquez.

Hospital Universitario de los Andes, Mérida, Edo. Mérida.

Paciente de 66 años, quien es referida a nuestro servicio por presentar LOE abdomino pélvico. TAC Imagen hipodensa de gran tamaño de contornos definidos y partes regulares que impresionan originarse de la pelvis y extenderse a cavidad abdominal de 30 x 15 cm, marcadores tumorales dentro de la normalidad. Hallazgos quirúrgicos: Material mucinoso en cavidad aprox. 500 mL, TU ovario derecho de superficie regular, violáceo, renitente accidentado en 5 puntos a través del cual sale material mucinoso. De 40 x 25 cm aprox. 4200 g, Bx extemporánea TU mucinoso de ovario derecho: se realiza exéresis de ovario derecho, salpingooforectomía izquierda, omentectomía total y apendicetomía. Resultados de anatomía patológica: TU ovario derecho: Cistoadenoma mucinoso multiquístico, ovario izquierdo patrón histológico normal, epiplón con inflamación crónica inespecífica. Apéndice cecal normal.

C48. MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN PACIENTES CON TERATOMA DE OVARIO. HOSPITAL “DR. MANUEL NORIEGA TRIGO”. ESTADO ZULIA. Katherine Molero Morán, Eliana Cantillo, José Méndez, Isabel Colina.

IVSS Hospital “Dr. Manuel Noriega Trigo”. Maracaibo. Edo. Zulia.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo, entre los años 1999 y 2009, en donde se analizaron las historias médicas y los registros de las biopsias de anatomía patológica del Hospital “Dr. Manuel Noriega Trigo”. Las variables analizadas fueron edad, sexo, antecedentes y manifestaciones clínicas y diagnósticos anatomopatológico. **RESULTADOS.** Se hallaron 42 casos de teratoma de ovario, todos del tipo quístico maduro, el 62 % de las pacientes se encontraban entre 30 y 39 años, el promedio de presentación de la menarquía fue de 12 años,

el número de gestación el promedio fue de 2 (rango de 0-5). Las manifestaciones clínicas por orden de frecuencia fueron dolor abdominal 47,6 % (n=20), trastornos menstruales 21,4 % (n=9), aumento de volumen abdominal 11,9 % (n=5), y el resto asintomáticas. **CONCLUSIONES:** las manifestaciones más frecuentes eran el dolor abdominal y los trastornos menstruales, sin embargo la mayoría de las pacientes eran asintomáticas, de allí la importancia de realizar un buen examen ginecológico y sobre todo en mujeres jóvenes

C49. DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO DE ANGIOMIXOMA AGRESIVO DE LA VULVA. A PROPÓSITO DE UN CASO. Darneiry Coromoto Graterol Luna, Gisberto Calabrese, Pedro A Useche, Enrique Álvarez.

Hospital Central Universitario “Dr. Antonio María Pineda. Barquisimeto, Edo. Lara.

OBJETIVO: Presentar un caso inusual de angiomixoma agresivo cuyo diagnóstico se realiza preoperatorio. Se trata de paciente de 42 años de edad, procedente de Barquisimeto, quien consultó por aumento de volumen en labio mayor izquierdo, de 1 año de evolución, no doloroso, interpretado y tratado en múltiples oportunidades como quiste de Bartholino, sin obtener mejoría. Antecedentes no contributorios. Al examen físico se evidencia masa de aproximadamente 8 cm en labio mayor izquierdo que alcanza la horquilla vulvar posterior, móvil, sin signos de flogosis. Dada las características clínicas y el comportamiento recurrente, lo cual coincide con los últimos dos casos de angiomixoma agresivo diagnosticados postoperatorio en el Servicio de Ginecología, se sospecha y se confirma con la biopsia preoperatoria que reporta angiomixoma agresivo. En conjunto con cirujano oncólogo se realiza excéresis total del tumor de aproximadamente 10 cm. Diagnóstico anatomopatológico: Angiomixoma agresivo. No ameritó radioterapia ni quimioterapia postoperatoria. Evolución satisfactoria.

C50. ADENOCARCINOMA ADENOIDEO QUÍSTICO DE LA GLÁNDULA DE BARTOLINO. María Eugenia Noguera Altuve, Yurbi Terán, Alicia Borja, Astrid Bastidas.

Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes

Se presenta el caso de una paciente de 46 años de edad quien consulta por dolor perineal y dispareunia, al examen ginecológico se aprecia pequeña tumoración indurada a nivel de pared lateral izquierda de aproximadamente 1 cm, inicialmente se realizó exéresis de la lesión, la biopsia reportó: Carcinoma de la glándula de Bartolino tipo adenoideo quístico. Posteriormente se trató con vulvectomía parcial, braquiterapia y radioterapia externa.

C51. CIRUGÍA EN CORIOCARCINOMA GESTACIONAL RESISTENTE A QUIMIOTERAPIA. Dalia Alybeth Castillo Barreto, Verónica Cristina Rodríguez Ruedas, Patricia Carolina Morillo Rodríguez, José Joaquín Oberto Leal.

Hospital Chiquinquirá de Maracaibo, Edo. Zulia

Se reporta el caso de paciente de 35 años, con diagnóstico definitivo de coriocarcinoma gestacional estadio I, bajo riesgo según la OMS, que recibió 2 ciclos de metotrexate alternada con ácido folínico a dosis recomendadas por la OMS en 2008, cuyos títulos de B-hCG continuaron en aumento, fue sometida a histerectomía abdominal total con ooforectomía bilateral, por hallazgo ecográfico previo sugestivo de infiltración a miometrio, corroborado por histología. Una semana después de la cirugía los títulos de B-hCG disminuyeron progresivamente a la tercera semana, 6 meses después los títulos han permanecido negativos. **CONCLUSIÓN:** A pesar de la clínica e histología reportaba el coriocarcinoma de bajo riesgo, fue resistente a altas dosis de metotrexate. Se discute el uso de otras drogas en las enfermedades gestacionales del trofoblasto malignas, en el caso presentado fue posible determinar que la dosis máxima del metotrexate recomendada por la OMS, fue inefectiva y que la cirugía fue capaz de obtener negatividad de la B-hCG. Se realza la importancia del ultrasonido en la infiltración miometrial.

C52. CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA VULVOVAGINAL EN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE LA DIFERENCIACIÓN SEXUAL OVOTESTICULAR. HOSPITAL “DR. DOMINGO LUCIANI”. María Mercedes Pérez, Fanny Carrero, Juan Carlos González, Merfra Piñero.

Hospital Dr. Domingo Luciani.

OBJETIVO. Conocer la técnica quirúrgica realizada para la corrección de genitales ambiguos, en pacientes con malformaciones del área genital relacionadas con trastornos de la diferenciación sexual, en este caso particular, ovotesticular (antiguamente denominado hermafrodita verdadero) con asignación femenina del sexo social. **CASO:** Se trata de adolescente de 16 años, con el diagnóstico, realizado en la infancia de trastorno de la diferenciación sexual ovotesticular y con asignación de sexo social femenino. A los 2 años de edad se le realizó clitoroplastia y gonadectomía bilateral por la dificultad de separar el tejido testicular del ovárico. Se inició terapia hormonal sustitutiva desde los 11 años y se programó vulvovaginoplastia reconstructiva a los 16 años, momento en el cual había alcanzado un grado de estrogenización suficiente para lograr el mejor resultado posoperatorio de este tipo de cirugía. La intervención fue realizada en nuestro hospital sin complicaciones y la paciente egresó a los cinco días en buenas condiciones generales, para su seguimiento posterior. **CONCLUSIÓN:** la cirugía reconstructiva en pacientes con malformaciones congénitas de genitales, permite darles a estos pacientes la posibilidad de llevar una vida sexual adecuada y al mejorar la estética del área afectada igualmente aumentar su autoestima.

C53. EXÉRESIS QUIRÚRGICA RADICAL DE TUMOR DE BUSCHKE LÖWENSTEIN: A PROPÓSITO DE UN CASO. William Ordaz, Ana Millán, Giovanna Didomenico, Zuliar Martínez. Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti”

Paciente de 32 años, con antecedente patológico de tumor de Buschke Löwenstein hace 14 años con II gesta y reducción espontánea en puerperio tardío, asmática desde la infancia, menarquia a los 13 años, sexarquia: 14 años. II gestas anteriores, I para, I cesárea por condilomatosis gigante, citologías irregular, niega ACO y/o DIU, 4 parejas sexuales, antecedente de hospitalización en una oportunidad en el servicio de Ginecología del Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” por tumor de Buschke Löwenstein y anemia severa, mantiene lesiones verrugosas a nivel de vulva y región glútea derecha desde hace 14 años aumentando en tamaño y volumen desde hace 8 meses, dificultando la

micción, relaciones sexuales y marcha, acompañada de fetidez, prurito, dolor y sangrado abundante en área lesional, mareos y astenia. Examen físico se constata una lesión tumoral papilomatosa vegetante, superficie arboriforme exofítico y endofítico, masas verrugiformes coalescentes, secreción fétida y áreas de hemorragia reciente, ocupando labio mayor derecho hasta región glútea ipsilateral. Exámenes complementarios: Hematología completa: Hb 6,9 g/dL, leucocitos 17900 x mm³ con 83,4 % segmentados y 16,8 % linfocitos, serología (VDRL) no reactivo, VIH negativo, glicemia 87 mg/dL, urea 40 mg/dL y creatinina 0,7 mg/dL. El estudio histopatológico se observan fragmentos de tejido con configuración pseudo-poliposa, lobular, naturaleza neoplásica, caracterizado por acentuada hiperacantosis, hiperqueratosis y papilomatosis. Células intraepiteliales muestran cambios sugestivos de morfología viral consistente en vacuolización citoplasmática perinuclear. Tipificación viral mediante técnica de reacción en cadena de polimerasa (PCR), encontrándose presencia de secuencia de ADN, asociado a virus de papiloma humano: VPH 6. Se realizó excéresis quirúrgica total de la lesión con excelentes resultados funcionales y cosméticos. Sin complicaciones en el posoperatorio inmediato, ni en el mediano, según la evaluación a la semana

C54. MIOMA CERVICAL GIGANTE DE LABIO POSTERIOR. REPORTE DE UN CASO. Héctor Arturo Vera Sulbarán, Manuel Santos, Adriana Carrero, Elio Hernández. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. Mérida, Edo. Mérida

Paciente de 48 años, I gesta, I cesárea, quien fue referida por cursar con hipermenorrea y dolor pélvico punzante, intermitente. Examen físico: paciente en condiciones clínicas estables, hemodinámicamente estable. Tórax sin alteraciones. Abdomen con útero irregular, con diámetro transversal aumentado de tamaño, de consistencia dura. Genitales externos normoconfigurados, espéculo: cuello sin modificaciones. Extremidades simétricas sin edema. Neurológico sin alteraciones. Estudios de imágenes: USG: Se aprecia masa sólida en piso pélvico que hace contigüidad con pared posterior del ístmus, desplazando la región ístmica cervical. TAC: Crecimiento uterino condiciona desplazamiento de estructuras anatómicas adyacentes, vejiga luce comprimida hacia abajo, sigmoides y ampolla rectal desplazados en sentido posterior. Es ingresada con el diagnóstico: miomatosis uterina sintomática.

Hallazgos operatorios: Útero aumentado de tamaño con mioma en su interior, gran mioma cervical de 14 x 8 cm, que disecciona todo el ligamento ancho izquierdo y adherido a labio posterior de cuello uterino que comprimía rector y vejiga.

C55. PÉLVIS CONGELADA POR ENDOMETRIOSIS GRADO IV A PROPÓSITO DE UN CASO. Yoselín del Carmen Albarrán Chaudary, Fabiola Gálviz, Margrovi Guzmán, Adriana Barrera.

Cruz Roja Venezolana.

Paciente de 27 años, natural y procedente del Estado Vargas, nuligesta, vida sexual con única pareja de 7 años de unión, sin uso de métodos anticonceptivos desde hace 2 meses, quien consulta por deseo de embarazo de 2 años de evolución, además refiere dolor pélvico de fuerte intensidad de 7 años de evolución. Antecedentes personales: Laparotomía ginecológica en 2002 por hidrosálpinx derecho. Miomectomía uterina en 2005. Examen funcional: menarquía: 9 años. Ciclos regulares, con dismenorrea limitante, trastorno menstrual tipo hipermenorragia de 3 años de evolución. Primera relación sexual a los 19 años, frecuencia sexual mensual, con dispareunia y sinusorragia desde hace 3 años. Evacuaciones cada 4 - 5 días, con pujo y dolor para evacuar desde hace 3 años. Uso de anticonceptivo orales desde los 19 años hasta los 26 años. Examen físico: abdomen globoso, blando, deprimible, doloroso a la palpación de hipogastrio y ambas fosas ilíacas. Cuello uterino: doloroso a la movilización, dolor a la palpación de fondos de sacos de Douglas. Paraclínicos: laboratorio y perfil hormonal normal, Ca 125: elevado. Ecosonograma transvaginal Doppler: miomatosis uterina, imagen parauterina izquierda, imagen parauterina derecha. IR: normal. Laparotomía ginecológica: pelvis sellada por endometriosis entre trompa izquierda, sigmoide, ovario izquierdo, útero y epiplon, quiste endometriósico de derecho muy adherido que drenó 40 mL de líquido achocolatado. Biopsia de intervención quirúrgica: Leiomioma celular, salpingitis crónica y focos endometriales. **DISCUSIÓN:** Llama la atención el diagnóstico tardío de esta paciente siendo la infertilidad el motivo de consulta. La Triada típica: dismenorrea, infertilidad y dispareunia. **CONCLUSIONES:** Un diagnóstico tardío de endometriosis, con lleva a un futuro incierto de la paciente en el ámbito de la fertilidad, de allí la importancia de un diagnóstico adecuado a tiempo.

C56. HIPERPLASIA ANGIOLINFOIDE CON EOSINOFILIA. PRESENTACIÓN DE UN CASO. REVISIÓN DE LA LITERATURA. Luisa Obregón, Nisa Morante, Arturo Saunero.

Cátedra de Obstetricia B UCV, Servicio de Dermatología Hospital Universitario de Caracas, Hospital Miguel Pérez Carreño.

Paciente de 21 años de edad, con 24 semanas de gestación, quien consulta por nódulo violáceo de aspecto angiomatoso, pruriginoso, de 2 x 1,5 cm, en región temporal derecha. Esta lesión apareció hace 4 años al quinto mes de su primer embarazo se trató con esteroides tópicos sin mejoría y desaparece pocos meses después del parto. Aparece de nuevo durante el tercer mes de esta gestación, es de crecimiento progresivo. La hematología reporta eosinofilia de 7%. La biopsia fue compatible con hiperplasia angiolinfoide con eosinofilia, un tumor vascular benigno, infrecuente, que afecta preferentemente individuos jóvenes, predominantemente del sexo femenino, entre la 3era y 4ta década de la vida. Se ha descrito, desaparición de las lesiones, después de culminar el embarazo, sin embargo, en el caso que presentamos, después de tres meses postparto, la paciente aún presenta la lesión auricular, y se está planificando su extirpación quirúrgica.

En la revisión de la literatura sobre esta patología no se localizó publicaciones nacionales y en los últimos 10 años a nivel internacional sólo encontramos reportados 3 casos. Se considera una patología rara e infrecuente.

C57. EL RABDOMIOSARCOMA. REVISIÓN DE LA LITERATURA. A PROPÓSITO DE UN CASO. Rhaxeda Irina Ortega Barba, Anamar Pérez, José Luis Natera, Alfredo Caraballo.

Hospital de Niños “JM de los Ríos”, Caracas.

Preescolar de 2 años 4 meses, con sangrado genital de aproximadamente una semana y expulsión de vesículas violáceas a través de introito vulvar. Antecedentes personales: no contributorios; familiares: tío materno con cáncer óseo. Examen físico: buenas condiciones generales. Mamas Tanner I. Abdomen blando, depresible, no doloroso.

Genitales externos: Pubarquia Tanner I; labios mayores, menores, clítoris sin lesiones, vesículas violáceas sangrantes en introito. Paraclínicos: ecosonograma pélvico: útero 78 x 47 x 42mm. Miometrio heterogéneo. Cavidad uterina con imagen compleja que se extiende a cuerno izquierdo. Biopsia tumoral: rabdiomiosarcoma embrionario tipo botroide.

C58. EPITELIOMA DE MALHERBE. A PROPÓSITO DE UN CASO. Anamar Pérez Loyo, Rhaxeda Ortega Barba, José Luis Natera, Alfredo Caraballo.

Hospital de Niños “JM de los Ríos”, Caracas.

Preescolar, de 5 años, con tumor en mama izquierda, de 2 años de evolución, que aumentó de consistencia y tamaño de manera progresiva. Anamnesis sin pertinentes contributorios. Examen físico: buenas condiciones generales. Mamas Tanner I, tumor en cuadrante externo de mama izquierda, de 3 x 2 cm, blando, móvil, no doloroso, con retracción y vascularización cutánea. Resto del examen físico no demuestra anormalidad. Exámenes paraclínicos. Ecosonograma mamario: no se identifica tejido glandular, tumor sólido en región mamaria izquierda, diámetro mayor 17,6 mm. PAAF: mastopatía benigna. Se efectuó exéresis del tumor mamario con obtención de tejido calcificado, cuyo estudio histopatológico concluyó: Pilomatricoma (epitelioma calcificante de Malherbe). No hay evidencia de malignidad. Asintomática durante cuatro años, presentó aumento de volumen en la cara lateral de la región femoral de 0,3 mm. Ecosonograma de partes blandas reportó imagen ecogénica. Se efectuó exéresis de lesión con hallazgo anatomopatológico de epitelioma calcificante de Malherbe (pilomatricoma).

C59. INOCUIDAD Y TOLERABILIDAD DEL ANILLO VAGINAL COMO MÉTODO ANTICONCEPTIVO. María Gabriela Paradas Ríos, Wai Men.Fung Chung,

Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” del IVSS, Instituto Docente Los Jarales. Valencia, Edo. Carabobo.

OBJETIVO: valorar la tolerabilidad del anillo vaginal anticonceptivo (AVA) en una muestra representativa de una

población femenina que utiliza anticoncepción hormonal. SUJETOS y MÉTODOS: estudio observacional, prospectivo, multicéntrico realizado en consultas de ginecología y planificación familiar, tanto pública en el Municipio Naguanagua (Consulta de Planificación Familiar del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” IVSS) como privadas en el Municipio San Diego y Diego Ibarra (Instituto Docente Los Jarales y Centro de Especialidades Quirúrgicas Guacara), sobre una muestra de 56 mujeres que solicitaron anticoncepción hormonal durante el último semestre de 2009, eligieron el AVA y fueron seguidas durante 6 ciclos. Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS mediante el cálculo de la t de Student para el análisis comparativo de los datos cuantitativos y de la de Pearson para las variables cualitativas. Se evaluaron las siguientes variables: control del ciclo, dismenorrea, síndrome premenstrual, vía de administración, opinión de la usuaria, calidad de vida y valoración global. También se valoró la aparición de efectos secundarios como causa de abandono de la anticoncepción hormonal. Finalmente, se evaluaron los efectos positivos no anticonceptivos del anillo como refuerzos de su aceptación. RESULTADOS: tras 6 ciclos de uso, el 77,6 % de las mujeres continúa utilizando el AVA. Sólo el 5 % de las mujeres presentaba sangrado intermenstrual a los 6 ciclos y el 87,5 % consideró el AVA como el mejor método anticonceptivo, tras su uso, con mayor tolerabilidad en la población estudiada.

C60. INFECCIÓN URINARIA COMO COMPLICACIÓN MÁS FRECUENTE EN EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO FEMENINA CON CINCHA SUBURETRAL EN EL UNIDAD DE UROGINECOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS. Aracelis Coromoto Verenzuela Ramírez, Gabriela López, Pablo López H, Ricardo Blanch, Lina Figueira, Alfredo García.

Hospital Clínico Universitario de Caracas.

OBJETIVO: presentar la frecuencia de infección urinaria a través de urocultivos posterior al tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo femenina con cincha suburetral realizadas en el período enero a diciembre 2009 en la Unidad de Uroginecología del Hospital Universitario de Caracas. MÉTODO: se realizó un trabajo prospectivo en 43

pacientes operadas en nuestra unidad, donde se revisaron urocultivos a los 15 días postoperatorios. **RESULTADOS:** la edad promedio fue de 62 años, donde se observó un total de 12 (27,9 %) urocultivos positivos de las 43 pacientes operadas, donde el germen más frecuentemente aislado fue *E. coli* 18,6 % (8), *Klebsiella pneumoniae* 6,9 % (3) y *Enterobacter aeruginosa* 2,3 % (1). **CONCLUSIÓN:** la complicación más frecuente de los procedimientos suburetrales es la infección urinaria el cual el manejo debería ser no solo antibioterapia posoperatoria, sino las más importante es el cuidado preoperatorio.

C61. MIOCARDIOPATÍA PERIPARTO Y EMBARAZO. A PROPÓSITO DE UN CASO. HOSPITAL UNIVERSITARIO “Dr. LUIS RAZETTI”. BARCELONA. Rina K Jaramillo A, Adriana J Madrid R, Neyla M Valdez L, Orlando J Guilarte G.

Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti”. Barcelona. Edo. Anzoátegui.

Gestante de 18 años, quien refiere mareos y cefalea desde el 29-11-09, por lo que acude a facultativo evidenciando cifras tensionales elevadas. Examen físico: TA: 140/90 mmHg en regulares condiciones generales. Acentuada palidez cutánea mucosa. Ruidos cardíacos rítmicos y regulares. Abdomen: AU: 33 cm, FCF: 148 lx´, feto único, cefálico. Extremidades: edema grado I/IV. Se ingresa con IDX: 1) I gesta, 2) Embarazo de 34 semanas + 4 días por FUR, 3) ARO: a) Anemia severa (7 g/dL) y b) Preeclampsia leve. Se solicita proteinuria en orinas de 24 h, concentrado globular y antihipertensivo SOS. A 10 horas de su ingreso, presenta inestabilidad hemodinámica determinada FC: 120 lx´, FR: 30 rx´, TA: 140/100 mmHg, Sat O2: 89 %, se solicita valoración cardiológica, evidenciándose 3er y 4to ruido, ritmo de galope, y crepitantes universales a la auscultación, ecocardiográficamente se observa presencia de onda a, en pulso carotideo, ventrículo izquierdo dilatado con hipocinesia difusa y disfunción sistólica moderada. Se plantea miocardiopatía periparto en insuficiencia cardíaca congestiva y edema agudo de pulmón. Se trasladada a UCI para su manejo. Luego de 72 h, con mejoría de sus signos vitales, se decide resolución obstétrica vía alta, se obtiene RNPT/AEG, posterior a recuperación anestésica es trasladada nuevamente a UCI para monitorización cardiopulmonar.

C62. SÍNDROME DE EINSENMEGER Y EMBARAZO A PROPÓSITO DE UN CASO. Neyla M Valdez L, Miriam González, Andreína Ávila, Luis Samuel, Yulimar Matthey, Rafael Arreaza.

Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti”. Barcelona. Edo. Anzoátegui.

Gestante de 24 años de edad cardiópata conocida, quien refiere inicio de enfermedad actual el 12/01/2009 cuando presenta hemoptisis en moderada cantidad, por lo que acude a obstetra tratante quien indica su ingreso en vista de clínica y patología de base, para discusión del caso. Cardiopatía congénita tipo: Comunicación interauricular e interventricular e hipertensión pulmonar severa diagnosticada a los 10 años. Controlada por cardiología. En tratamiento irregular. Quirúrgico: Cateterismo coronario hace 7 años sin complicaciones. Al examen físico: TA 120/100 mmHg Fc: 108 l.p.m con soplo holosistólico grado II/IV, Abdomen: útero gestante FCF: 140 lpm. Extremidades: acrocianosis, dedos en palillo de tambor, uñas en vidrio de reloj. IDX: Embarazo de 28 semanas por FUM. Cardiopatía congénita: CIA/ CIV. Hipertensión pulmonar severa. Se indica inductores de maduración pulmonar. Valoración por perinatología (20/01/2009) concluye embarazo de 29 semanas por biometría fetal, anatomía y ecocardiograma fetal normal, crecimiento acorde al P50, perfil hemodinámico Doppler con elevación aisladas de resistencia umbilicales. Gases arteriales: PH: 7.47, PCO2: 28.3, PO2: 48.6, HCO3 std:22, O2 Sat: 87. Se realiza ecocardiograma (26/01/09) el cual reporta: CIV tipo canal AV amplio más comunicación interauricular tipo ostium secundum/hipertensión arterial pulmonar severa (presión sistólica arterial pulmonar 74 mmHg) se interrumpe el embarazo a la semana 32. Obteniendo RNVpret/AEG. Paciente fallece a las 3 semanas de su puerperio quirúrgico al egresar contra opinión médica.

C63. INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO Y EMBARAZO. A PROPÓSITO DE UN CASO. Andreína Avila N, Neyla M Valdez L, Jose G Pompa O.

Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti”. Barcelona. Edo. Anzoátegui.

Se trata de gestante, FUR 25/12/2008, quien el 24 de abril de 2009, posterior a situación de estrés presenta

dolor retroesternal, de carácter opresivo, de fuerte intensidad irradiado a miembro superior izquierdo, por lo que consulta, se realizan enzimas cardioespecíficas que reportan troponina 7,54 ng/mL, CK 508 U/L, CK.MB 52U/L, electrocardiograma observando trastorno de repolarización, por lo que se ingresa en UTI con ID: Primigesta, Embarazo de 17 semanas por FUR ARO: Infarto agudo de miocardio, permanece en la unidad durante dos semanas, evolucionando satisfactoriamente, egresa con tratamiento médico y control cardiológico y prenatal, el día 21/09 se ingresa para cesárea electiva, es llevada a mesa operatoria el 25/09 se realiza cesárea segmentaria obteniendo RNAT/AEG vivo masculino, acto quirúrgico sin complicaciones, permanece 72 hora en la Unidad de Cuidados Intermedios, egresa a puerperio de donde egresa por evolución satisfactoria.

C64. CÁNCER DE MAMA Y EMBARAZO. A PROPÓSITO DE UN CASO. Elsa Beatriz Risco Briceño, José Luis Carmona, María Carolina D´Alta, Carlos A Pino, Marilu Chacón.

Hospital Universitario “Dr. José María Vargas”

Paciente de 28 años de edad IV gesta III paras F.U.R: 8/12/08 quien refiere inicio de enfermedad actual de 6 meses de evolución, caracterizada por masa palpable en cuadrante superior externo de mama derecha por lo que acude a especialista quien realiza punción con aguja fina reportando estudio anatomopatológico: carcinoma ductal infiltrante de mama derecha, en vista de cursar para ese momento con embarazo de 8 semanas, la paciente se ausenta de la consulta y por lo tanto no recibe resultado de dicho estudio, cuatro meses después acude por presentar aumento de volumen de mama derecha con signos de flogosis, además ganglios supraclavicular y axilar palpables. Es ingresada en nuestro centro con diagnóstico: Embarazo de 28 semanas por FUR, CA inflamatorio de mama derecha. Se plantea de inmediato en conjunto con oncología realizar quimioterapia recibiendo 6 ciclos, se lleva control de la gestación hasta término evolucionando satisfactoriamente, siendo realizada cesárea segmentaria a las 39 sem, más esterilización quirúrgica tipo parklan obteniendo RN masculino peso 4000 g, talla 50 cm, Apgar 8/9 ptos. Se le realizó inmunohistoquímico para receptores de estrógeno y progesterona reportando negativo. Se continúa con seis ciclos de

quimioterapia y posteriormente se realiza mastectomía radical con vaciamiento axilar derecho con buena evolución en su postoperatorio. Actualmente recibe radioterapia.

C65. CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y EMBARAZO. CASO CLÍNICO. HOSPITAL CENTRAL “PLÁCIDO D. RIVERO”. SAN FELIPE. Dennis Carrera, Emerita Lira, Yohanna K Romero P, Edsel Velásquez, Nerervis Ch Valles Ch, Williams Corova.

Hospital Central “Placido D. Rivero”, San Felipe, Edo. Yaracuy.

Paciente de 26 años V gesta III para última para 200 I aborto, refiere contracciones uterinas y sangrado genital e ingresa con embarazo de 30 semanas por FUR, amenaza de parto pretérmino. Embarazo con 6 controles A RH positivo, menarquia a los 10 años. PRS a los 13 años PS 1, uso de ACO por 5 años. Citología con LIE de bajo grado hace 5 años. Al examen físico. Abdomen de gestante con feto vivo y movimientos fetales presentes. Especuloscopia: se visualiza cuello uterino con lesión exofítica en el labio anterior sangrante, de superficie irregulares y áreas de necrosis con diámetros de 10 x 8 cm; se toma biopsia para estudio anatomopatológico. Tacto: se palpa lesión en labio anterior de cuello uterino. estudio anatomopatológico reporta: Carcinoma epidermoide infiltrante de cuello uterino. Se espera hasta las 36 semanas que desencadena trabajo de parto se realiza cesárea segmentaria + esterilización quirúrgica, no se observa lesiones en el segmento uterino, ovarios ni en trompas ni parametrios, con buena evolución es referida a consulta de oncología se estadia como ca. cuello uterino ST IIa, actualmente en radioterapia.

C66. CARCINOMA DE CUELLO UTERINO ASOCIADO CON EL EMBARAZO. A PROPÓSITO DE UN CASO. Celsa María Pérez Sorett, Ana Vanegas, María Grandez, Flor Alcántara, Denys Rodríguez.

I.V.S.S Hospital “Ángel Larralde”. Valencia. Edo. Carabobo.

Paciente de 39 años VIIG, VP, IA, IC con cáncer epidermoide cervico-uterino bien diferenciado diagnosticado a

las 27 semanas de gestación. PRS 18 años, NoPS 02. Citología del 2008 sin alteraciones. Citología agosto 2009 Ca epidermoide bien diferenciado. Examen físico: AsRsCsGs TA: 100/60 mmHg, FC: 104 palidez FR: 18 cutáneo mucosa acentuada, abdomen gestante AU: 22 cm., FCF: 138 lpm; MF presentes feto único longitudinal cefálico con lesión anfractuosa y friable de cuello uterino a fondo de saco posterior, sangrante; de superficie irregular, hipertrófico, duro, doloroso. Fondo de saco lateral izquierdo y posterior endurecido. Presentó trabajo de parto pretérmino a las 34 semanas, interrumpiéndose el embarazo. Durante el acto quirúrgico se evidencian lesiones blanquecinas en pared peritoneal izquierda y anexo izquierdo, se realiza biopsia que confirma cáncer epidermoide bien diferenciado de cuello uterino estadio III-B.

C67. TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA DURANTE EL EMBARAZO. REPORTE DE UN CASO. Katherine Molero, Eliana Cantillo, Isabel Colina, José Méndez.

IVSS Hospital “Noriega Trigo”, Maracaibo, Edo. Zulia.

Paciente de 36 años V gesta, III para I aborto, la cual presenta embarazo de 26 semana con antecedentes de uso de ACO, dolor de fuerte intensidad, localizado en miembro inferior izquierdo de 10 días de evolución, acompañado con aumento de volumen y dificultad para la marcha, hospitalizándose con diagnóstico de trombosis venosa profunda. Se realiza ultrasonido Doppler de miembros inferiores el cual mostró: obstrucción de vena femoral común, femoral superficial y poplítea izquierda. Los estudios de laboratorio estuvieron dentro de límites normales, el tratamiento fue con Enoxaparina, antiinflamatorios no esteroideos y medidas generales, con mejoría significativa en 15 días, posterior a 3 semanas ingresa de nuevo al servicio de alto riesgo obstétrico con la misma manifestaciones clínicas pero más dolorosas, en la cual se le administran antibilicoterapia, aumentando dosis de Enoxaparina, la cual en su 2do día de evolución intrahospitalaria presenta sangrado genital en moderada cantidad y disminución de movimientos fetales, en la cual se le realiza cesárea segmentaria por embarazo de 30,2 sem, trombosis venosa profunda, desprendimiento prematuro de placenta, obteniendo RN pre término en malas condiciones con peso de 1.600 g. Durante su puerperio se le adicionó warfarina sódica con resolución absoluta de cuadro vascular y buen desarrollo del recién nacido

C68. SÍNDROME KLIPPEL TRENAUNAY Y EMBARAZO. REPORTE DE UN CASO. Héctor Arturo Vera Sulbarán, Oscar Valero, Adriana Carrero, Elio Hernández.

Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, Mérida, Edo. Mérida.

OBJETIVO: presentar el caso de una primigesta quien acude para valoración obstétrica con embarazo de término y cursar con patología osteovascular. **AMBIENTE:** Emergencia Obstétrica del Hospital Universitario de los Andes. Mérida – Venezuela. **CASO CLÍNICO:** paciente de 28 años con embarazo a término y síndrome de Klippel Trenaunay, diagnosticado en la adolescencia. Examen físico paciente en buenas condiciones generales, hemodinámicamente estable, tórax sin alteraciones. Abdomen AU: 32 cm, feto único, situación longitudinal dorso derecho presentación cefálica. Genitales externos normoconfigurados, al espéculo cuello sin alteraciones. Extremidades asimétricas en miembro inferior izquierdo, mácula extensa en cara anterior y lateral de muslo. Cambios tróficos en piel y trayectos varicosos. Se ingresa con los diagnósticos: 1. Embarazo de 39 semanas 2.- ARO: Síndrome Klippel Trenaunay. Se lleva a mesa operatoria y bajo ACS se realiza cesárea segmentaria, encontrando útero acorazonado, cuerno izquierdo de mayor tamaño que el derecho; se obtuvo RN vivo femenino, P 2400 g, T 44 cm, Apgar 9/10 pts, Capurro 39 semanas, sagrado 1000 mL, hemostasia buena, acto quirúrgico sin complicaciones.

C69. NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO EN EL EMBARAZO. A PROPÓSITO DE UN CASO. José Ramón Urdaneta Machado, Glareimy Ruiz, Mariem Encarnación Fernández Correa, Lissette Mendoza, Patricia Machado Molina.

Hospital Universitario de Maracaibo, Edo. Zulia.

Primigesta de 24 años, FUR 20/04/08 quien acude por presentar fiebre no cuantificada que cedía con antipiréticos, tos productiva y disnea: con historia de tuberculosis hace dos años tratada de forma irregular y antecedentes familiares de asma. A la exploración física se evidenciaban regulares condiciones generales, con taquifigmia, disnea y palidez

cutánea mucosa acentuada. Peso 40 kg, Talla 1,51 m, IMC 17,5. Murmullo vesicular disminuido con crepitantes y bufosos bilaterales y tiraje intercostal acentuado. Abdomen globoso, útero grávido, AU 23 cm, feto único podálico, FCF 154 x min, tacto vaginal sin modificaciones. Ingresa con diagnóstico de embarazo simple de 29, 4 semanas, neumonía bilateral, TBC, infección urinaria, anemia y desnutrición. Los exámenes complementarios demostraban la presencia de anemia, leucocitosis con neutrofilia, hipoalbuminemia, bacteriuria, leucocituria, gasometría arterial normal y bula gigante en campo pulmonar derecho en la RX torácica. Durante su tercer día de estancia hospitalaria, se acentúa la sintomatología respiratoria y se evidencia la presencia de neumotórax a tensión en RX torácica y alcalosis respiratoria y ventilatoria en la gasometría, que condicionaron la realización de neurotomía derecha con tubo # 18 y conexión a trampa de agua, y el traslado de la paciente a UCI para soporte y monitoreo ventilatorio donde permanece durante dos días, se realizaron ecografía obstétrica que reporta RCIU, sin signos de hipoxia fetal al Doppler y TAC torácica que mostró imagen en campo derecho, hipodensa, de gran tamaño en relación a neumotórax, bronquiectasias bilaterales e infiltrado peribronquiovascular. Al día 23 de evolución, egresa con el plan de seguimiento por la consulta prenatal y toracotomía más bullectomía derecha al culminar la gestación.

C70. RETENCIÓN URINARIA AGUDA Y ROTURA VESICAL DEBIDO A TRAUMA OBSTÉTRICO. REPORTE DE UN CASO. José Ramón Urdaneta Machado, Lissette Mendoza, Glareimy Ruiz, Patricia Machado Molina, Ana Teresa Rivera Suárez.

Hospital Universitario de Maracaibo, Edo. Zulia.

OBJETIVO: Difundir caso clínico de interés para la comunidad médica. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Caso Clínico: Paciente de 24 años de edad, III gestas, III paras, con antecedente de parto simple eutócico doce días previos a su ingreso, atendido en Materno Infantil “Dr. Raúl Leoni”, donde se obtuvo RNVAT con peso de 2900 g y talla de 49 cm, sin complicaciones aparente durante parto y puerperio inmediato; quien acudió por presentar fiebre de 3 días de evolución, dolor abdominal en hipogastrio y ausencia de micciones. A la exploración física se evidencia

P. 100 x min, R: 23 x min, TA: 120/86 mmHg, palidez cutánea acentuada, abdomen doloroso con tumoración en hipogastrio que corresponde a globo vesical, útero infraumbilical tónico, loquios serohemáticos escasos no fétidos. Se cateterizó sonda vesical obteniéndose 1500 mL de orina hipúrica, caliente y fétida, y posteriormente 300 mL de orina hematúrica, procediéndose a efectuar lavado vesical. Dentro de los exámenes complementarios se encontró leucocitosis con neutrofilia, anemia moderada y en la ecografía pélvica evidenciaba imagen anecoica en 1/3 superior de vejiga urinaria, la cual media 12,8 x 9 cm. Ingresa con diagnósticos de Puerperio tardío complicado con retención urinaria aguda, infección urinaria severa y hematuria en estudio; en vista de la agudización de la sintomatología se procede a practicar laparotomía exploradora encontrándose múltiples lesiones en pared superior de vejiga urinaria, con dos orificios a nivel del meato urinario; procediéndose a efectuar rafia simple de la lesión. En vista de la inestabilidad hemodinámica y ventilatoria, la paciente es trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos, donde permanece durante 4 días, evolucionando satisfactoriamente, egresando al noveno día de estancia hospitalaria.

C71. PIELONEFRITIS AGUDA RECURRENTE EN GESTANTE CON EMBARAZO DE 28 SEMANAS Y LITIASIS CORALIFORME BILATERAL. Virginia Esmeralda Ojeda Herrera, Mayelaysabel Cristin García Medina, Tony Assouad.

I.V.S.S. “Domingo Guzmán Lander”. Barcelona, Edo. Anzoátegui.

OBJETIVOS: revisar la literatura respecto a las infecciones urinarias a repetición de una gestante de 28 semanas con litiasis coraliforme bilateral complicada con pielocaliectasia renal izquierda severa e hidronefrosis derecha grado II-III y realizar el tratamiento oportuno e integral con repercusión favorable en el funcionalismo renal y el bienestar feto materno. **CASO CLÍNICO:** paciente de 29 años de edad con IIG, IC con embarazo de 28 semanas por F.U.R., con antecedentes de infecciones urinarias recurrentes durante gestación ameritando hospitalizaciones, quien acude por presentar hipertermia, disuria, polaquiuria y dolor lumbar tipo cólico a predominio izquierdo de moderada intensidad, acude a facultativo quien denota al examen físico: TA: 100/60 mmHg, temp 39° FC: 110 lpm, FR 20 rpm. Eupneica,

febril al tacto, con ligera deshidratación, y llenado capilar menor 3 seg. Cardiopulmonar sin agregados pulmonares con Rs Cs Rs Rs s/s s/g. Abdomen gestante con feto único longitudinal, dorso derecho con AU: 26 cm, movimientos fetales palpables, DU (-), F.C.F.: 142x', puntos renales derechos dolorosos con puño percusión izquierda (+), genitales; cuello posterior, largo blando, cerrado en O.C.E. Extremidades: eutróficas sin edemas ni várices. Neurológico: Conciente, orientada, ROT II/IV Paraclínicos: Hematología: Leucocitos 27300, Segmentados 97 %, linfocitos 03 %, plaquetas 129000, Hb 10,2 g/dL, Hct: 32,9 %, urea: 17, creatinina: 0,9. Uroanálisis: leucocitos + 50 xcp, glóbulos de pus 10-12 xcp. Hematías 2-4 xcp. Urocultivo: Klebsiella pneumoniae ss pneumoniae. Depuración de creatinina: volumen orina 24 horas: 4805 mL, proteína muestra 4,9 mg/dL, Proteína orina/24horas 0,23g/24horas. Ecosonograma abdominal: 1. Litiasis coraliforme renal bilateral, 2. Hidronefrosis derecha grado II-III, 3. Pielocaliectasia renal izquierda severa. Tratamiento: antibioticoterapia, antiespasmódicos, hidratación. Colocación de catéter doble "J" 7 mm de diámetro, 26-28 cts. de longitud, de forma bilateral, por vía endoscópica con cistoscopio.

C72. COLESTASIS INTRAHEPÁTICA DEL EMBARAZO A REPETICIÓN. Judith Toro Merlo, Alejandra Feo, Oswaldo Madrid.

Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernández", Caracas.

Paciente de 32 años IV G, I P, II C, sin hijos vivos, con diagnóstico de colestasis intrahepática del embarazo que hace crisis en todas las gestaciones. Usuaria del método del ritmo, detecta gestación actual a las 12 semanas. FUR incierta. Desde el inicio de su control presenta alteración de las pruebas hepáticas, principalmente transaminasas: GOT/AST 100 UI y GPT/ALT 95 UI. Ecosonograma hepático DLN. Se indica urcenol, el cual se mantiene hasta la finalización de la gestación. En cuanto a la gestación la evaluación clínica y ecográfica inicial fue normal, sin embargo, a partir de la semana 30 se instaló un oligoamnios y se comenzó a detectar crecimiento fetal restringido, motivos estos por los que se interrumpió mediante la realización de cesárea en forma electiva a la semana 34 obteniendo recién nacido de 3000 g y talla 51 cm. Ambos egresaron en buenas condiciones a las 72 horas.

C73. COLESTASIS GRAVÍDICA. A PROPÓSITO DE UN CASO. HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY. JUNIO DE 2008. Hornelys Lifre González, Edith Yesenia Pérez, José Antonio Fioreti De Amore, Yuliet Chadd.

Hospital Central de Maracay, Edo. Aragua.

Se presenta un caso de gestante de 21 años, III gestas, II partos, con embarazo de 37 semanas más 2 días por FUM. Quien refiere enfermedad actual de 2 semanas de evolución presentando malestar general, fiebre, náuseas y vómitos y prurito, en vista de no mejorar acude a médico es referida al centro hospitalario de mayor nivel donde es valorada e ingresada como un síndrome icterico de etiología a precisar. Paciente de grupo sanguíneo “o” positivo y con 5 controles prenatales. Sin antecedentes previos familiares. Personales: patológicos: hepatitis viral hace 5 años en el embarazo anterior. Al examen físico solo resalta piel seca con tinte icterico leve, el cual también esta presente en mucosas. A nivel paraclínicos se observó disminución de la hemoglobina y hematocrito, con aumento de las transaminasas, bilirrubina y la fosfatasa alcalina. Se realizan otros estudios los cuales concluyen: colestasis gravídica, decidiéndose la interrupción del embarazo al comprobar la madurez fetal. Se obtuvo recién nacido vivo a término con líquido meconial, en buenas condiciones generales. Se concluye de esta forma que el prurito se resuelve durante el puerperio, aunque se puede prolongar durante más tiempo

C74. HÍGADO GRASO AGUDO DEL EMBARAZO. A PROPÓSITO DE UN CASO. Edna Margarita Gutiérrez, Jeandark Adjam, Luis Rodríguez, Antonio Lucena, Luis Raúl Araya.

IVSS “Dr. Pastor Oropeza Riera”.

Se presenta el caso de adolescente de 16 años proveniente del medio rural con embarazo de 29 semanas, con enfermedad actual de aproximadamente 13 días de evolución, caracterizada por náuseas y vómitos de 3-4/día, de contenido alimentario y luego bilioso-alimentario, concomitantemente decaimiento e hiporexia. Fue llevada en 3 oportunidades al ambulatorio de su localidad donde se administra hidratación parenteral y egresa. Aparece tinte

ictérico leve en miembros y escleras, epigastralgia leve, alza térmica no cuantificada, polidipsia. Posteriormente, por presentar decaimiento intenso e ictericia más marcada es llevada a Hospital tipo I de Quíbor, donde ingresa, y luego de 2 días es referida a nuestro Hospital, donde se decide su ingreso para estudio. Sin antecedentes patológicos o familiares pertinentes. Antecedentes ginecoobstétricos: menarca 13 años, ciclos 38/ 4, eumenorreica. PRS: 15 años. Número de parejas: 3. Primigesta, niega uso de métodos anticonceptivos, niega citología, embarazo mal controlado, niega complicaciones en el primer y segundo trimestre, FUR: no precisa. En vista de cuadro clínico y enfermedad actual se ingresa con Dx: Embarazo de 29 sem + 2 días, síndrome icterico: hígado graso agudo del embarazo. Paciente se mantiene en buenas condiciones las primeras 18 horas, se realizaron estudios de laboratorio y de imágenes, presenta nuevamente vómitos, con broncoaspiración y posteriormente cuadro de insuficiencia respiratoria e insuficiencia renal, es trasladada a UCI donde permanece en malas condiciones. Al día siguiente presenta expulsión espontánea de feto muerto, peso 1120 g. Posteriormente presenta hemorragia digestiva y signos de muerte cerebral y al día siguiente fallece. Se realizó autopsia parcial, concluyendo metaformosis adiposa aguda del embarazo.

C75. MIOMATOSIS UTERINA GIGANTE Y EMBARAZO A TÉRMINO. A PROPÓSITO DE UN CASO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE. NAGUNAGUA EDO. CARABOBO. Flor Alcántara, Ana Vanegas, Elisa Viñas, Celsa Pérez, Denny Rodríguez.

HUAL

Paciente de 40 años de edad primigesta portadora de fibromatosis uterina gigante, acude a la emergencia con embarazo de 39 semanas, ingresa para cesárea electiva. Examen físico: abdomen globoso útero gestante, feto único oblicuo, altura uterina 35 cm FCF: 141, movimientos fetales presentes, dinámica uterina ausente, resto del examen sin alteraciones. Durante su hospitalización se evidencia ruptura prematura de membranas, se practica cesárea de emergencia evidenciando mioma en segmento uterino de 4 x 5 cm, mioma en cara anterior de cuerpo uterino de 5 x 5 cm, mioma en fondo uterino de 15 x 15 cm, se realiza histerotomía corporal obteniendo recién nacido en

buenas condiciones, durante puerperio mediato se evidencia descenso progresivo de hemoglobina y sangrado genital, se realiza histerectomía abdominal subtotal evidenciando útero con múltiples miomas, tamaño L27 x T24 x AP12 cm peso: 4500 g. Estudio anatomopatológico reporta endometrio decidual hemorrágico, hiperplasia gestacional del miometrio, leiomiomas múltiples intramurales y subserosos con necrosis y cambios involutivos.

C76. CORIOCARCINOMA SECUNDARIO A ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA INVASORA. A PROPÓSITO DE UN CASO. María Eugenia Noguera Altuve, Yurbi Terán, Alicia Borja, Andrea Khoudeir.

Hospital Universitario de los Andes Mérida – Edo. Mérida.

Paciente 26 años de edad, 4 gestaciones, 3 partos, 2 embarazo molar con reporte histológico: actividad trofoblástica severa. Conducta: dos legrados uterinos (extrainstitucionales) con persistencia de metrorragia y cifras elevadas de HCG- β . Ingresada al HULA donde se ingresa con Dx: retención de restos ovulares vs reproducción de tejido trofoblástico con sospecha invasión miometrial (por ecografía) presentando incrementos progresivos de la HCG- β (1,500-10,105-12,620.20-20,900-920-23,500 mIU/mL). Se realiza 3er legrado uterino donde se obtienen abundantes restos ovulares y visualización de vesículas; anatomopatológicamente: vellosidades coriales con degeneración hidrópica y la actividad trofoblástica moderada; con HCG- β cuantificada 21275 mIU/mL. Se inicia quimioterapia con metotrexate (20 mg/m² SC) sin respuesta satisfactoria, evidenciándose esta por valores de HCG- β en ascenso. Se realiza tomografías abdomino pélvica (TAC abdominopélvico) que reporta: lesión ocupante de espacio en anexo izquierdo. Se realiza laparotomía ginecológica con histerectomía con salpingooforectomía izquierda.

C77. EMBARAZO ECTÓPICO ABDOMINAL. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS. Luis César Espin Amparan, Luis Andrade, Cristina Rodríguez, Gustavo Salazar.

Hospital Universitario de Caracas.

Paciente 35 años IIGIP que consulta en junio 2009 por hallazgo ecográfico de embarazo de 19 semanas ectópico abdominal, asintomática. Antecedente de hiperglicemia sin estudio y se decide su ingreso. Examen físico BsCsGs. Abdomen gestante de 20 cm de longitud desde sínfisis de pubis. FCF con Doppler 136. Tacto vagina nt/nt cuello anterior, blando corto permeable a un dedo en parte del trayecto. Se palpa en fondo de saco posterior irregular e impresiona palpar partes fetales. Resto DLN. Eco 09/07/09 feto fuera de cavidad uterina ubicado en fondo de saco de Douglas, placenta hacia fondo y pared posterior de útero. Se mantiene hospitalizada asintomática. El 06/10/09 por abdomen agudo quirúrgico más embarazo ectópico abdominal de 34 semanas más 2 días es llevada a mesa operatoria encontrándose placenta adherida a cara posterior de útero, colon, epiplón y pared pélvica. Útero aumentado de tamaño, feto ubicado en fondo de saco posterior. Anexos no evaluables. Se obtuvo RNPT 2045 g. Se realiza extracción parcial de placenta y por coagulopatía de consumo se realiza control de daños. Evolución posterior satisfactoria; indicándose metotrexate al cuarto día 1 mg por kg de peso alternado con ácido folínico. El 23/10/2.009 la madre y neonato egresan en buenas condiciones generales.

C78. EMBARAZO HETEROTÓPICO. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO. MATERNIDAD SANTA ANA. CARACAS. Freddy J Villarreal Álvarez, Rosana Martínez, Juan Martínez, Dulce Suárez.

Clínica Maternidad Santa Ana. Caracas.

Se trata de paciente de 26 años, IV gesta, III parto. con una FUR: 13/03/09 cursando con un embarazo de 9 semanas por FUR acude a este centro presentando dolor hipogástrico de 24 horas de evolución. Al examen físico destacaba una PA de 90/50 mmHg, pulso de 76 por minuto y una temperatura 36,4 °C. El abdomen depresible, con ruidos hidroaéreos, doloroso a la palpación profunda en hipogastrio y en fosa ilíaca derecha. Al examen ginecológico se pesquisó un cuello uterino sin modificaciones, levemente sensible a la movilización, escaso sangrado. La evolución de laboratorio: hemoglobina 10 g/dL, un hematocrito de 32 %, plaquetas de 290.000/mL. La subunidad beta HCG en sangre fue de 22.000 mUI/mL. La ecografía transvaginal realizada al ingreso informa un útero en AVF que alberga

una imagen sugerente de un pseudosaco de 14 mm de diámetro asociado a una estructura anexial derecha eco mixta de 50 mm de diámetro mayor y leve a moderada cantidad de líquido libre en fondo de saco de Douglas. Se realizó una laparotomía exploradora evidenciando sangre en cavidad, ovario y trompa izquierdas normales. La trompa derecha presentaba un aumento de volumen ampular violáceo fisurado. Se realizó una salpingectomía derecha total. El informe anatomopatológico posterior confirmó un embarazo tubario. Cuatro semanas después la paciente ingresa nuevamente al centro presentando un aborto incompleto.

C79. EMBARAZO HETEROTÓPICO: A PROPÓSITO DE UN CASO. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE CHIQUINQUIRÁ DE MARACAIBO. Henry José Cepeda Parra, Sheila Vanessa Manzanero Márquez, Raúl Martínez L, Julien Paredes, Gabriela Mayrais.

Hospital Nuestra Señora de Chiquinquirá de Maracaibo. Edo. Zulia

Paciente de 31 años, IV gestas, II paras, II abortos, F.U.M = 15/11/09 consulta por dolor abdominal y sangrado genital de 10 días de evolución, β -hcg cualitativa positiva y reporte ecográfico de aborto incompleto, se practica legrado uterino obteniendo abundante cantidad de restos ovulares, lo cual es posteriormente confirmado por estudio histopatológico, es dada de alta en buenas condiciones clínicas después de 24 horas de observación. Consulta 7 días después por presentar dolor abdominal y sangrado genital. Hemodinámicamente estable, abdomen con signos de irritación peritoneal; al tacto: fondo de saco posterior abombado, cuello posterior, cerrado, anexo izquierdo palpable, dolor a la movilización del cuello uterino. Se realiza rastreo ecográfico: Imagen compatible con gestación extrauterina, se realiza laparotomía exploradora encontrándose embarazo tubárico ampular derecho roto, se realiza salpingectomía derecha, incluida para estudio histopatológico el cual confirma el diagnóstico, Embarazo heterotópico intrauterino-tubárico derecho (presencia de vellosidades coriónicas en ambas muestras). Tiene evolución postoperatoria satisfactoria y se da alta a las 72 horas. **CONCLUSIONES:** El embarazo heterotópico es una entidad rara, la ecografía es útil para su diagnóstico y es imprescindible la realización del estudio histopatológico para su confirmación.

C80. EMBARAZO ECTÓPICO INTRALIGAMENTARIO A PROPÓSITO DE UN CASO. CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA” SERVICIO DE MATERNIDAD. VALENCIA ENERO 2010.

Inara Palacios Martínez, Martha Martínez, Jorge Estrada, Yorgenia Morillo, Adriana Guerra, Hernán Pérez.

Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. Valencia, Edo. Carabobo.

Paciente de 27 años, IIG, IC, con embarazo de 12 semanas por ECO; que acude al área de emergencia referida de otro centro asistencial. Al examen físico presenta dolor abdominal difuso, distendida timpanizada, moderada palidez generalizada y tumoración pélvica en fosa ilíaca izq. e hipogastrio. con PA: 110/60 mmHg, pulso 84x`. Se realizó ecografía abdominal donde se encontró líquido en cavidad abdominal y espacio de Morrison, se observó útero en anteversión vacío y líquido en fondo de saco de Douglas feto de 12 semanas por LCR, con movimientos fetales y actividad cardíaca presente, de localización para uterina izquierda. Es ingresada al área de maternidad donde se realiza laparotomía exploradora encontrando 1500 mL de hemoperitoneo aprox, plastrón a nivel de anexo izquierdo y embarazo ectópico roto en ligamento ancho izquierdo con feto vivo masculino, placenta adherida al mesosalping que lesiona irrigación del mismo con sangrado activo, leve hematoma retroperitoneal y ligamento uterosacro no disecante; se realizó anexectomía y salpingectomía izquierda colocando dren en corredera parieto cólica izquierda y fondo de saco. Se transfundió 2 unidades de concentrado globular. La evolución posoperatoria fue satisfactoria y su estadía hospitalaria fue de 72 horas.

C81. CERCLAJE CERVICAL EN EMBARAZO DE 25 SEMANAS. CENTRO MÉDICO PARAISO, EDO-ZULIA, VENEZUELA. Juvenal Gil Salas, Mario Velásquez Marcano, Julio Fuenmayor Añez, Ivette Polanco Faria.

Centro Médico Paraíso. Maracaibo, Edo. Zulia.

Paciente de 26 años de edad, II gesta, I para de 22 semanas, sin otro antecedente patológico de importancia, quien presenta evolución temprana de embarazo satisfactorio. A las 25 semanas de gestación la paciente presenta sensación de

peso en genitales sin ningún otro síntoma asociado realizándose estudio ultrasonográfico fetal asimismo cervicometría, evidenciándose signo de funnel y cervicometría por debajo de percentil 10 con una medida de 12 mm. En vista de los antecedentes de la paciente, sintomatología presentada y hallazgos ecográficos encontrados se decide realizar cerclaje cervical a través de técnica de Mac Donald previo consentimiento de la paciente. El embarazo se logra prolongar por un período de 8 semanas bajo un seguimiento continuo. Se realiza cesárea segmentaria a las 33 semanas de gestación debido a rotura prematura de membranas, se obtiene RNPT sexo femenino, peso 2000 g, en regulares condiciones no ameritando soporte ventilatorio siendo egresado a los 10 días de nacido.

C82. CESÁREA PERIMORTEN POR EMBOLÍA DEL LÍQUIDO AMNIÓTICO. José Luis Carmona García, María Carolina D'alta Paredes, Carlos Antonio Pino Cabello, Elsa Beatriz Risco Briceño, José López Saavedra.

Hospital Central de San Cristóbal, Edo. Táchira.

Paciente de 36 años IIG I P, FUR imprecisa, consulta por presentar dolor tipo CsUsDs que aumentaron en intensidad, frecuencia y duración. I Para 1992 parto instrumental 3700 g, controlado 6 oportunidades. Buenas condiciones generales. AU: 35 cm, feto único cefálico posición derecha, FCF: 142 Lx, movimientos presentes DU 1/10'/30". Tacto: cuello posterior corto blando permeable a 2 dedos. Membranas integra. Presentación cefálica II plano. Diagnósticos: Embarazo de 38 sem por ECO, Período intergenésico prolongado. Gestante tardía.- Inicio de trabajo de parto. Se mantiene en sala con conducción del parto y 7 horas después presenta de forma súbita disnea, opresión precordial, mareo, angustia y posteriormente náuseas, vómitos y episodio convulsivo con relajación de esfínteres. En vista de no auscultarse frecuencia cardíaca se procede a realizar intubación y maniobras de RCP básico, se realiza cesárea segmentaria perimorten, obteniéndose RN de sexo masculino a quien se le realizan maniobras de reanimación, es trasladado a la UCI neonatal. La paciente fallece minutos más tarde y el RN evoluciona satisfactoriamente y es egresado tres días después. Reporte de anatomía patológica: embolia de líquido amniótico.

C83. ACRETEISMO PLACENTARIO. REVISIÓN SISTEMÁTICA. A PROPÓSITO DE UN CASO. HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY. OCTUBRE DE 2009. Briseida Mildred Guillén Especier, Thaymi Maximina Suárez, Desiree Alvarado Torge, Ramón Antonio Moros Fonseca.

Hospital Central de Maracay, Edo. Aragua.

Gestante de 25 años. IIG, IC. Quien acude el 6 de octubre de 2009 a este centro por pérdida de líquido amniótico, se ingresa con diagnósticos: embarazo de 39 semanas, I cesárea anterior, RPM de 10 horas, anemia de 9 g/dL. Antecedentes personal contributorio de cesárea anterior en el 2008 por distocia de dilatación. Durante su control prenatal se realizó ecografías que reportaban placenta de inserción anterior. Es llevada a quirófano para cesárea segmentaria, evidenciándose durante el acto operatorio acretismo placentario y en vista del hallazgo y sangrado activo se realiza histerectomía total con conservación de anexos, hubo lesión vesical por múltiples adherencias la cual fue corregida en conjunto con el servicio de cirugía. RESULTADOS: Durante el postoperatorio inmediato paciente presento anemia de 6 g/dL corregida con hemoderivados, también presento oliguria, es valorada por nefrología quien anexa falla renal por hipovolemia y posible lesión ureteral, evaluada por urología quien indica urotomografía la cual reporta: No es visible en ningún momento la estructura ureteral, lo que sugiere probable lesión de la misma, sin descartar otra posibilidad. Reevaluada por urología y en vista de corrección de oliguria y resultados de tomografía sugiere realizar ureteropielografía retrograda y cistografía miccional de baja presión. Se recibió resultado de anatomía patológica de la pieza operatoria que reporto: invasión de vellosidades coriales en miometrio que no llega a la serosa uterina. Paciente egresa en buenas condiciones generales con sonda de Foley.

C84. PLACENTA ACRETA-PERCRETA PARCIAL. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO I.V.S.S HOSPITAL DR. LUIS ORTEGA PORLAMAR. EDO NUEVA ESPARTA. Francibel Johanna Figueroa Reyes, Yraima García de Ruiz, Maribenny Patiño A, Santiago Valerio.

Hospital “Dr. Luis Ortega”, Porlamar. Edo. Nueva Esparta.

Paciente 40 a, IIIG, IC, IA, FUR 21/12/08 en su control prenatal se diagnóstica placenta centro oclusiva total y acretismo placentario. Se realizó ultrasonografía obstétrica, Doppler y resonancia magnética de pelvis que reportó severo adelgazamiento del volumen de miometrio ínfero lateral derecho asociado a acretismo placentario. A las 36 semanas se realiza cesárea corporal más histerectomía abdominal total con conservación de anexos. Hallazgos operatorios: útero grávido infiltrado por placenta centro-oclusiva y lateral. RN vivo femenino. Anatomía patológica: útero y placenta con superficie externa lisa con sutura en cara anterior de cesárea corporal, miometrio mide 2 cm de espesor con extensa penetración de tejido trofoblástico. Secciones Histológicas de pared uterina con penetración profunda de vellosidades coriónicas en el espesor del miometrio y ausencia de decidua basal. Placenta acreta-percreta parcial.

C85. RUPTURA UTERINA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO RELACIONADO CON IMPLANTACIÓN ANÓMALA PLACENTARIA A PROPÓSITO DE UN CASO. Regis Lespinasse, Carolina Del Carmen Pacheco Escobar, Petra Farías, Saids Ramírez.

Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”, Caracas.

Paciente de 32 años de edad, III gestas, II paras, con período intergenesico de 3 años, sin antecedentes personales ni familiares aparente, quien cursa con embarazo de 38 semanas de gestación, controlado en privado en numero de 7 con diagnóstico de Placenta Increta, quien acude a la emergencia obstétrica del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo” presentando CsUsDs de muy fuerte intensidad de 1 hora de evolución. Al examen físico paciente en regulares condiciones, TA: 70/50 FC. 120x ´fascie algida, RsCsRs normo fonéticos sin soplo, Mv presente sin agregados. Abdomen: gestante feto único longitudinal cefálico dorso izq. FCF 150x´AU 26 cms, DU 3/10 sostenida, MF no se evidencian, Tacto: cuello largo posterior permeable 1 dedo todo trayecto MsOs íntegras. Se realiza ecografía pélvica se evidencia vitalidad fetal conservada y líquido libre en cavidad abdominal. Se ingresa paciente con Dx Embarazo 38 semanas de gestación en trabajo de parto, placenta increta por antecedente, ruptura uterina??. Se realiza cesárea

segmentaría donde se evidencia ruptura de cuerpo uterino de aproximadamente 15 cm que alcanza fondo uterino placenta lateral derecha increta que llega a cuello uterino. Feto en cavidad abdominal con membranas ovulares integra, vivo, respiró y lloró al nacer, PAN: 3800 g, TAN: 53 cm, abundante sangre en cavidad abdominal aprox. 3000 mL, se realiza histerectomía obstétrica. Paciente pasa a unidad de terapia intensiva de adultos donde evoluciona de manera satisfactoria y es trasladada al servicio de Obstetricia 72 horas posterior al evento. Recién nacido permaneció en reten de niños sanos hasta post egreso de madre donde se alojo en conjunto.

C86. DISPLASIA MESENQUIMAL PLACENTARIA A PROPÓSITO DE UN CASO. CLÍNICA MATERNIDAD SANTA ANA. CARACAS. Freddy José Villarreal Álvarez, Nacari Cols M, Rosalba Velásquez, Ruth Aaron.

Clínica Maternidad Santa Ana, Caracas.

Se trata de paciente de 21 de edad, III gesta, I Para, I Aborto. Quien acude por presentar embarazo a término de 37 semanas + 2 días por fecha de última regla en trabajo de parto, trastorno hipertensivo del embarazo tipo pre-eclampsia leve Vs Transitoria. En estudios ecográficos sucesivos durante el control prenatal se evidencian múltiples imágenes redondeadas hipo y anecóicas de aspecto trofoblástico (múltiples vesículas) la menor de 0,5 cm y la mayor de 1,5 cm sugestiva de enfermedad molar, se atiende parto eutócico simple obteniendo recién nacido vivo femenino de 2650 g y 49 cm de longitud se obtiene placenta posterior a 11 min. En alumbramiento espontáneo, de 3100 g y un diámetro aproximado de 45 cm deformada con un 25 % de tejido placentario y el restante 75 % conformado por múltiples vesículas en racimo de uva. Se realiza legrado uterino extrayendo el material restante de cavidad uterina. El material placentario es remitido a la Unidad de Anatomía Patológica de la Universidad Centro Occidental “Lisandro Alvarado”. Se reciben resultado describiendo las siguientes características histológicas, vellosidades coriales son de gran tamaño con degeneración quística, fibrosis y proliferación de vasos, que se encuentran dilatados y ramificados anormalmente y con formación de sinusoides sin proliferación de trofoblasto, descartando el diagnóstico de enfermedad molar y estableciendo el diagnóstico de Displasia Mesenquimal Placentaria. Se reportan pocos casos de Displasia Mesenquimal

Placentaria en la actualidad.

C87. CORIOANGIOSIS PLACENTARIA A PROPÓSITO DE UN CASO. Aura Rivas, Ada Chavarria.

Universidad de los Andes

Paciente de 32 años III gestas, I aborto, I parto; quien acude a control prenatal a las 11 semanas de gestación con amenaza de aborto. Se realiza ultrasonido transvaginal; donde se evidencia imagen en la cara fetal de la placenta: isoecoica de 32 x 32 mm de diámetro, pediculada, redondeada y vascularizada, descrita como “corioangioma”. Se realiza seguimiento ecográfico de la lesión durante los controles prenatales, manteniendo sus características hasta la semana 21, cuando la tumoración pasa a formar parte del cuerpo de la placenta, aumentando su grosor a 82 mm. A las 36 semanas presenta ruptura prematura de membranas ovulares y trabajo de parto en embarazo de pretérmino, con obtención por vía vaginal de recién nacido vivo femenino, P: 2350 g, T: 42 cm. Apgar: 8/9. Capurro: 36 semanas. Alumbramiento espontáneo de placenta completa, sin tumoraciones y con diámetros de de 14 x11 x 1,6 cm. El reporte histopatológico: Corioangiosis Placentaria.

C88. PARÁMETROS BIOMÉTRICOS PLACENTARIOS EN PACIENTES ASISTIDAS EN LA CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA” EN EL MES DE NOVIEMBRE DE 2009. VALENCIA ESTADO CARABOBO. Juan José Robaina Rojas, Ana María Laguna Rivero.

Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, Hospital Central de Maracay.

OBJETIVOS: relacionar los parámetros biométricos placentarios y el desarrollo ponderal fetal en pacientes asistidas al servicio de obstetricia de la “Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera”. **MATERIALES Y MÉTODOS:** se realizó una investigación prospectiva e individual de campo de tipo cuantitativa. La población estuvo conformada por 100 pacientes que acudieron al servicio de obstetricia en el mes de noviembre de 2009, a las cuales se les atendió el

parto vía vaginal o cesárea. **RESULTADOS:** se calculó el índice fetoplacentario promedio el cual fue de 6,09 con un valor máximo de 8 y mínimo de 4. Se encontró relación estadísticamente significativa entre edad materna e índice fetoplacentario. La media del índice fetoplacentario en pacientes con embarazos mayores a 4 fue de 6 encontrando solo significancia estadística para embarazos mayores o iguales a 4. En pacientes con patologías médicas asociadas al embarazo el índice fetoplacentario fue de 5,9. El índice fetoplacentario promedio para fetos con peso mayor o igual a 4000 g fue de 7, y de 5,9 en adecuados para edad gestacional. **CONCLUSIONES:** no existe relación directa entre número de embarazos, patologías médicas, distribución georeferencial y el índice fetoplacentario. Existe relación directa entre índice fetoplacentario y edad materna, edad gestacional y peso del recién nacido.

C89. PERFIL HEMODINÁMICO FETOPLACENTARIO EN MADRES CON O SIN HIPERTENSIÓN ARTERIAL DURANTE EL EMBARAZO. Katherine Molero, Eliana Cantillo, José Méndez, Isabel Colina, Airaudi Rivas.

IVSS Noriega Trigo, Maracaibo, Edo. Zulia.

OBJETIVO: Evaluar el bienestar fetal en hijos con madres con y sin hipertensión arterial durante el embarazo comparando el perfil hemodinámico y el test de reactividad fetal. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Se trata de información de tipo descriptiva y correlacional, con diseño no experimental de corte transversal. La población conformada por pacientes embarazadas de alto riesgo obstétrico que acudieron a la unidad entre los meses de julio a diciembre 2009, la muestra fue de 40 pacientes, que presentaron signos significativos de presión arterial alta y 40 pacientes sin aumento de la misma, ambas muestras fueron evaluadas con test de reactividad fetal, perfil biofísico, curva de crecimiento fetal. **RESULTADOS:** Encontramos que el total de los 60 casos de madres hipertensas en 20 de ellas el PHFP estuvo alterado al menos su primera fase de deterioro fetal como es la redistribución del flujo de la arteria umbilical, de los cuales 4 de estos (6,6 %) el test de reactividad fetal fue no reactivo, mientras que un 26 % fue reactivo, y de los 40 casos del perfil normal, solo en 2 % fue no reactivo. En las 60 madres sin HTA en 6 casos el PHFP estuvo alterado

la prueba fue reactiva y en 54 casos el PHFP fue normal la prueba fue no reactiva. **CONCLUSIÓN:** El PHFP es un recurso diagnóstico invaluable para valorar la salud fetal durante el embarazo

C90. IMPORTANCIA DE LA PRUEBA DE ACTH PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA HIPERPLASIA SUPRARRENAL CONGÉNITA NO CLÁSICA. A PROPÓSITO DE UN CASO. Yoselin Albarrán, Margrovi Guzmán, Jorge Gaviria, Jorge Orta.

Cruz Roja Venezolana.

Se trata de paciente de 36 años, natural y procedente de Caracas, IG IA, VSA con 3era pareja de 7 años de unión, sin uso de MAC, con antecedente de trastorno menstrual tipo oligomenorrea desde la menarquia, acude por deseo de embarazo de 1 año de evolución. Antecedentes personales: legrado post aborto hace 18 años, sin complicaciones. Examen físico: abdomen globoso, circunferencia abdominal: 107 cm. IMC 34,36 kg/m²/sc. Piel: lesiones tipo pápula, algunas pustulosas en región facial, vello oscuro y grueso en: bigote (03), bocio (02), reg. ant. tórax (02), periumbilical (02), intergluteo (02). Ferriman: Total 11. Paraclínicos: glicemia: 84 mg/dL, insulina: 18,3 HOMA: 3,79. Colesterol: 208 mg/dL. HDL: 40 mg/dL. ECO TV: 1. Mioma uterino. 2. Ovarios poliquísticos. Perfil androgénico (DCM02) Cortisol: 17 mcg/dL. Tetosterona: 117 ng/dL. Tetosterona libre: 5,7 pg/mL. 17-OH-Progesterona: 3 ng/mL. Androstenediona: 255 ng/dL. DHEA: 617 ng/dL. Prueba de ACTH: 17 progesterona basal 3 ng/mL vn- fase folicular 0,1 a 1,2 17 progesterona a los 30 minutos 3,66 ng/mL 17 progesterona a los 60 minutos 10,72 ng/mL. **CONCLUSIONES:** Un diagnóstico errado de hiperplasia suprarrenal congénita no clásica, conlleva a un futuro incierto de la paciente en el ámbito de la fertilidad, ya que se puede estar omitiendo el tratamiento adecuado a la patología por simple desconocimiento de las pruebas diagnósticas confirmatorias de la misma.

C91. MALFORMACIONES FETALES MÚLTIPLES. Karol Gabriela Ramos Jerez. Enymar Cuarez, Julio Pereira, Jesús Martínez.

Hospital General del Oeste “Dr. José Gregorio Hernández, Caracas.

Paciente de 20 años IIg Ip con estudios ecográficos del 27/01/09 (embarazo de 8 semanas) y 17/03/09 (embarazo de 13 semanas) con características normales para las edades gestacionales correspondientes y quien acude a control ecográfico en nuestro centro el 22/04/09 encontrándose polihidramnios, feto único de 19 semanas de gestación,acráneo, defecto del tubo neural, óbito fetal. Ante dicho hallazgos se interrumpe el embarazo obteniéndose feto masculino sin signos vitales, PAN 300 g, TAN 20 cm. Se práctica estudio anatomopatológico que concluye: acráneo, anencefalia, rasquisquisis, tejido mulleriano en fase involutiva, órganos internos con congestión visceral generalizada y estudio citogenético que resultó: 46XY, cariotipo masculino normal.

C92. TRANSLUCENCIA NUCAL AUMENTADA RELACIONADA CON SÍNDROME XXX. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO. Angelynes Barrios Coraspe, Elio Figuera, Yuleixi García, Juan Figuera.

Unidad de Ginecología y Obstetricia “Dr. Elio Figuera”.

Paciente de 44 años de edad, III gesta, II para, FUR: 03-08-09, con embarazo simple de 12 semanas más 2 días por FUR, sin antecedentes personales ni familiares de importancia. Pareja hipertensa, de 46 años de edad, sin antecedentes familiares de importancia. El 28-10-09 se realiza ecosonografía de la semana 11 a la 14, reportando presencia de translucencia nucal de 3,58 mm, hueso nasal presente, ductus venoso trifásico anterógrado y FCF de 162 x'. En vista de riesgo aumentado de cromosopatía por la TN > 3 mm, se sugiere realizar amniocentesis genética. La misma es practicada el 03-12-09, a las 17 semanas más 2 días por FUR, reportando cariotipo 47 XXX, cuyas metafases fueron analizadas por la técnica de bandas G. Actualmente, la paciente continúa control prenatal de la gestación.

C93. ANOMALIA CROMOSÓMICA TIPO TRIPLOIDÍA DE CROMOSOMA 13, 18, Y 21. A PROPÓSITO DE UN CASO. Celsa María Pérez Sorett, Ana Vanegas, Priscilla Hernández, Gabriela Di Clemente, María Grandez, Alicia Montañez.

I.V.S.S. Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”, Valencia, Estado Carabobo.

Paciente de 21 años de edad II G I P, FUR: incierta. Quien acude a control prenatal donde realizan ecografía que reporta ciemopatía genética T-18? Por lo que refieren a este centro donde se ingresa. Antecedentes familiares, personales y gineco-obstétricos sin alteraciones. Examen físico. Abdomen: Útero gestante, feto único longitudinal cefálico. AU: 37 cm, FCF: 164 l.p.m. Movimientos fetales presentes: dinámica uterina (-). Genitales: tacto: vagina normotérmica normotónica cuello corto central permeable a un dedo. Membranas íntegras. Cefálico. Móvil. Pelvis ginecoide. Resto sin alteración. Se realiza ecografía perinatólogica que reporta elementos ecofenotípicos compatibles con graves anomalías cromosómicas tipo triploidía. Posteriormente se realiza estudio de hibridación in situ fluorescente (FISH) en líquido amniótico donde de las 50 células analizadas se observaron 3 señales anormales para el cromosoma X y 3 señales anormales para cromosomas 13, 18, y 21 concluyendo en un feto femenino triploide. Cromosopatía incompatible con la vida por lo que se decidió la evacuación del producto por vía vaginal, obteniendo RNVPT femenino AEG polimalformado que respiró y lloró al nacer y que falleció a los 20 min.

C94. TRISOMÍA 18. A PROPÓSITO DE UN CASO. Andreína Avila N, William J Ordaz R, Neyla M Valdez L, José G Pompa O.

Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti”

Se presenta caso de paciente de 46 años, FUR incierta, quien en la evaluación ecográfica de primer trimestre se evidencia ductus venoso en reversa, se plantea cariotipo fetal por edad materna y eco cardiografía fetal. Se realiza eco morfológico a la semana 18 evidenciando: cráneo en fresa, riñón multiquístico izquierdo, CIA, CIV, planteándose el diagnóstico de trisomía 18, el cual se confirma por cariotipo fetal.

C95. SÍNDROME DE EDWARDS. A PROPÓSITO DE UN CASO. Leticia Susana Parpacen Briones, Neldy Rodríguez, Antonio Polanco, Luis Viña.

Hospital “Dr. Francisco Molina Sierra”

Paciente de 34 años de edad IIG, IP FUR: 26/08/07 con estudio perinatal de fecha 30/01/08 que reporta: Embarazo de 22 semanas y 3 días por amenorrea; crecimiento en percentil 45 adecuado; ciemopatía esquelética; síndrome de TAR (trombocitopenia agenesia de radio). Estudio perinatal del 22/04/08 que reporta: Embarazo de 34 semanas + 2 días; crecimiento fetal < P3; ciemopatía cardíaca a precisar; ciemopatía esquelética a precisar; dilatación pielocalicial derecha; posible síndrome de HOLT-ORAM. Estudio cromosómico prenatal por FISH (22/04/08) con impresión diagnóstica de Cromosomopatía tipo trisomía 18 (síndrome de Edwards); Sexo femenino. Estudio perinatólogico de 22/05/08 que reporta embarazo a término de 38 semanas + 4 días; cromosomopatía tipo trisomía 18; presentación podálica. Se realiza cesárea segmentaria el 24/05/08, obteniéndose recién nacido femenino que pesó 1.800 g, con características físicas compatibles con estudio cromosómico, recién nacido fallece a los cuatro días de vida.

C96. GEMELO CON ENCEFALOCELE Y HEPATOCELE. A PROPÓSITO DE UN CASO. HOSPITAL MATERNO INFANTIL CUATRICENTENARIO “DR. EDUARDO SOTO PENA”, MARACAIBO. ESTADO ZULIA. Gustavo Alfredo Valbuena Vera, Orlando Lara Saab, Maribel Alvarado de Valbuena, Saidy Ballester, Astrid. Alvarado Faría.

Hospital Materno Infantil Cuatricentenario, Universidad del Zulia, Maracibo, Edo. Zulia.

Se trata de gestante IV gesta, III cesárea anteriores, controlada en ARO por embarazo gemelar. Quien ingresa con diagnóstico de embarazo gemelar de 30 semanas, amenaza de parto pretérmino, infección urinaria, anemia moderada, riesgo de incompatibilidad Rh. Al examen de ingreso AU: 35 cm, primer feto con presentación podálica con latido cardíaco fetal (+) 149 l x min. Y segundo feto en presentación cefálica con latido cardíaco fetal presente. 137 l x min. El laboratorio reporta bacterias abundantes en orina y cuenta blanca 15000 leucocitos por mm³, con grupo O factor Rh negativo con anticuerpos anti Rh negativos. Se le realiza urocultivo reportando más de 100000 de colonias formadoras de E. coli. Se indica uteroinhibición parenteral, inmunoglobulina anti Rh, y antibioticoterapia

específica. Se le realiza ecosonografía (23/10/2009) que reporta embarazo gemelar bicorial biamniótico, con uno de los gemelos con malformación del sistema nervioso central: encefalocele occipital, microcefalia y defecto de la pared abdominal anterior: hepatocele. Al cumplir 35 semanas, cursa con cifras tensionales elevadas se indica tratamiento y se realiza perfil hemodinámico fetoplacentario que reporta etapa de centralización inicial con índice cerebro/umbilical menor de 1. Se decide realizar cesárea segmentaria extrayéndose dos recién nacidos vivos, con el primer gemelo del sexo femenino con las malformaciones diagnosticadas prenatalmente en buenas condiciones y el segundo sin malformaciones. Todos egresan en buenas condiciones y el recién nacido con la malformación se remite para el servicio de cirugía pediátrica.

C97. HOLOPROSENCEFALIA ALOBAR: A PROPÓSITO DE UN CASO. Luis Alberto Altuve Centrella, Magdiel D González C, Livia Torres F, Carlos Rodríguez S.

Complejo Hospitalario Ruíz y Páez Ciudad Bolívar, Edo. Bolívar.

Se trata de paciente de 36 años de edad, natural y procedente de la localidad que cursa con I gesta de 30 semanas de evolución quien es hospitalizada en la Unidad de Perinatología del Complejo Universitario Ruíz y Páez; niega antecedentes personales y familiares de importancia. Durante su hospitalización se realiza ecosonograma obstétrico, con los siguientes hallazgos: Polo cefálico: Talamos fusionados, ventrículo único y microcefalia. Rostro: labio leporino bilateral, arrinia. Corazón: hipoplasia ventricular derecha. Riñones: hidronefrosis bilateral; se plantea el diagnóstico de holoprosencefalia alobar. Se indica amniocentesis para corroborar el diagnóstico negándose la paciente al procedimiento y egresa contra opinión médica practicándose cesárea segmentaria en institución privada a solicitud de la paciente por médico tratante, obteniéndose recién nacido femenino quien fallece a las 2 horas, con alteraciones fenotípicas dadas por defectos de línea media: Arrinia y labio leporino bilateral. Se toma muestra de piel para estudio genético dando como resultado un cariotipo 47XX+13, que corresponde con la cromosomopatía más frecuente asociada a esta patología. Conclusión: La Holoprosencefalia es un patología de orden mayor del sistema

nervioso central, donde el diagnóstico prenatal es de gran importancia para conocer el pronóstico del recién nacido, así como también instaurar la consejería genética.

C98. HOLOPROSENCEFALIA. DIAGNÓSTICO PRENATAL. Juan Carlos Roa Montes de Oca, Gregoriadis Lemoña.

Policlínica San Javier

Se presenta caso de paciente IIG IP, embarazo de 19 semanas, ecográficamente se evidencia ausencia de hoz del cerebro ventrículo único, tálamos fisionados hipotelorismo y probóscide (etmocefalia), polihidramnios. Se realiza amniocentesis: T 13. Se resuelve secundario a RPM, obteniéndose feto masculino de 480 g, con etmocefalia sin otras malformaciones fenotípicas. La biopsia confirma el diagnóstico de holoprosencefalia.

C99. MALFORMACIÓN FETAL - GASTROQUISIS. A PROPÓSITO DE UN CASO HOSPITAL CENTRAL “DR. PLÁCIDO D. RODRÍGUEZ RIVERO”. SAN FELIPE-YARACUY. Yohanna Katherine Romero Pineda, Lettman Rodríguez, Nerervis Valles, José G Loaiza S, Edsel Velásquez, Dennis Carrera.

Hospital Central “Plácido D. Rodríguez Rivero”. San Felipe, Edo. Yaracuy,

Paciente de 20 años II gesta I para embarazo controlado con 3 consultas Orh+ FUR incierta quien es referida a la consulta de ARO por hallazgos ecográficos alterados, es valorada por el servicio quien concluye con un embarazo de 30 semanas por biometría, defecto de la pared abdominal fetal: gastroquisis, RCIU se ingresa al centro asistencial y se le realiza control estricto semanal de ecografía, con manejo en conjunto con el servicio de cirugía pediátrica y UCIN; hasta la semana 34 cuando desencadena trabajo de parto es llevada a mesa operatoria se realiza cesárea segmentaria se extrae RNVPT masculino PEG con defecto de la pared abdominal anterior el cual es atendido inmediato por cirugía pediátrica quien valorar y realizan intervención quirúrgica inmediata con evolución satisfactoria.

C100. GASTROSQUISIS A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO HOSPITAL CENTRAL DE SAN FELIPE PDRR. Milanyela Del Carmen Rivero Caldera, Gladys Karina Obregón Torres, José Gregorio, Loaiza Suárez; Emerita Lira.

Hospital Central “Placido D. Rodríguez Rivero”. San Felipe, Edo. Yaracuy,

Paciente de 17 años, que ingresa con embarazo 36 semanas de gestación, por presentar contracciones uterinas dolorosas, embarazo mal controlado. La paciente no tiene antecedentes familiares y personales de interés. En su historia ginecológica: menarquía a los 14 años, ciclos menstruales regulares, PRS: 15 años. FUR: 10/05/09. Al examen físico de ingreso abdomen globoso a expensas de útero gestante, AU: 32 cm, feto en cefálico, longitudinal, dorso izquierdo FCC: 138 lx'. Tacto: cuello, posterior largo permeable a un dedo en todo el trayecto MsOsRs, líquido meconial fluido. Se lleva a mesa operatoria como bienestar fetal comprometido. Paraclínicos: eco obstétrico que reporta: Embarazo simple de 24 semanas con bienestar fetal conservado del 22/10/09, durante el acto operatorio se aprecia un líquido meconial fluido abundante, fétido, un recién nacido vivo femenina, peso: 2100 g, talla: 44 cm, un Apgar de 6 pts.7pts al min. y 5min, con una malformación congénita: gastroquisis, apreciándose del lado derecho del cordón umbilical, dilatadas muy vascularizadas.

C101. FETOS SIAMESES TORACOPAGOS. REPORTE DE UN CASO. Elio Hernández, Jhon Fernández, Adriana Carrero, Héctor Vera.

Hospital Universitario de los Andes. Mérida, Edo. Mérida

Se trata de primigesta 17 años de edad N/ colombiana y P/ de la localidad, quien es referida a consulta de ARO; por hallazgo ecográfico de embarazo gemelar monocorial monoamniótico, unidos por el tórax (siameses toracópagos), de 16 semanas por BF acorde a FUR, corazón y sistema gástrico único. Se solicita evaluación por servicio de perinatología, serología, complejo TORCH y tamizaje bioquímico del segundo trimestre, el cual no se realizó. Ingresa

1 semana después por área de emergencia por presentar sangrado genital, se constata aborto en evolución, luego se obtienen 2 fetos de sexo masculino unidos a través del tórax. Reporte anatomía patológica fetos siameses toracópagos, unidos por un puente hepático común, con signos de maceración grado II-III de 15 y 17 cm de vértice cráneo talón, deciduitis y funisitis aguda.

C102. LIMB BODY WALL COMPLEX. A PROPÓSITO DE UN CASO. UNIDAD DE PERINATOLOGÍA. UNIVERSIDAD DE CARABOBO. CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”. VALENCIA-EDO CARABOBO. Aura Josefina Rios Ortega, Maribel Naveda, Itala Alvarado, Mardorys Díaz S.

Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”.Valencia, Edo. Carabobo.

Paciente de 15 años: primera gesta, FUR: 23.12.08 Quien fue referida por médico privado con ecografía que reporta encefalocele occipital. Antecedentes: menarquia y sexarquia 13 años. Parejas sexuales: 3. Patrón menstrual: 4/30. Pareja: 18 años. Sin antecedentes. Se realiza ultrasonido evidenciando: feto femenino, con edad gestacional para la fecha de estudio de 21 semanas por FUR: 23/12/03. Cabeza: encefalocele frontal de 2,9 cm x 3,8 cm apertura del defecto de 1,9 cm. Posteriormente, se observa craneoraquisquisis. Tórax: toracosquisis, no se visualiza esternón, defecto amplio con salida de corazón (ectopia cordis). Alteración de cruces de grandes vasos (salida en paralelo). Bradicardia FCF: 100 LPM y episodios de pausa. Abdomen: abdominoquisis, defecto amplio con salida de estómago, hígado y asas intestinales (onfalocele). Columna: marcada escoliosis. Miembro superior izquierdo no visible Miembro inferior izquierdo con tibia camptomélica y peroné corto y pie equino varo. Placenta: anterior grado I, grosor 3,8 cm. Cordón umbilical corto, arteria umbilical única. En cavidad se observo múltiples bandas amnióticas. Se informa al paciente sobre el mal pronóstico perinatal y se indica interrupción del embarazo utilizando misoprostol intracervical. Se produce la expulsión del producto comprobándose el diagnóstico de limb body wall complex.

C103. LIMB BODY WALL COMPLEX PRESENTACIÓN DE UN CASO. Juan Carlos Roa Montes de Oca, Catherine Facenda, Lemoña Gregoriadis, Yorman Flores.

Policlínica San Javier

Se presenta caso de paciente primigesta de 17 años, embarazo de 17 semanas, sin antecedentes personales a destacar. Al estudio ultrasonográfico se evidencia: feto único, ventriculomegalia bilateral, severa escoliosis, defecto abierto en columna lumbar, defecto de pared anterior del abdomen: gastrosquisis, pie equino varo bilateral, cordón umbilical corto. Amniocentesis: 46 XY. La radiografía revela: deformidad del sacro, y espina bifida. La biopsia concluye gastrosquisis, brida amniótica, espina bífida L2,L3,L4, Pie talo bilateral y equinovaro izquierdo.

C104. TERATOMA SACROCOCCÍGEO TIPO I REPORTE DE UN CASO. Juvenal Antonio Gil Salas, Mario Velásquez Marcano, Julio Fuenmayor Añez, Ivette Polanco Faría.

Centro Médico Paraíso. Maracaibo, Edo. Zulia

Paciente de 33 años de edad, II gesta, I para, sin antecedente patológico de importancia, quien presenta estudios ecográficos normales durante su control prenatal temprano. Posteriormente a las semanas 19 se reporta en un estudio ecográfico imagen de aspecto ecográfico heterogéneo predominantemente quístico de 4,7 x 5 cm ubicado en el área de las nalgas adyacente a la columna vertebral compatible con teratoma sacrococcígeo. Se realiza seguimiento ecográfico del embarazo cada 2 semanas reportándose a las 29 semanas hidronefrosis fetal grado I y en un posterior control a las 31 semanas hidronefrosis fetal grado II. Se realiza cesárea segmentaria a las 35 semanas debido a trabajo de parto pretérmino, se obtiene RNPT sexo masculino, peso 2900 g, en regulares condiciones, con tumoración en región sacra de aspecto quístico, realizándose la valoración clínica y tomográfica de la tumoración.

C105. SÍNDROME DE TURNER. A PROPÓSITO DE UN CASO. Andreína Ávila Narváez, Neyla M Valdez L, José G Pompa O, Miriam L González V.

Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti”.

Se presenta caso de gestante de 19 años, quien cursa con embarazo de 15 semanas, evidenciándose en la ecografía higroma quístico de la nuca, derrame pericárdico y ductus venoso en reversa, se plantea la realizar cariotipo fetal, se realiza amniocentesis en la semana 16 que reporta cariotipo femenino con monosomía del cromosoma X (síndrome de Turner), se reevalúa el caso una semana después evidenciándose óbito fetal, precediéndose a la resolución obstétrica.

C106. SÍNDROME DE POTTER. A PROPÓSITO DE UN CASO. Adriana Madrid, Eladia Vásquez, José Gregorio Pompa, Rina Jaramillo.

Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti”

Comunicamos un caso de paciente 17 años, II gesta quien cursa con embarazo simple de 21 semanas por fecha última regla, control prenatal tardío y diagnóstico por ultrasonografía de malformación fetal tipo riñón poliquístico bilateral y oligoamnios por índice de líquido amniótico de 2 cm < Percentil 3, decidiéndose la interrupción previo consentimiento de los padres, por incompatibilidad con la vida, obteniéndose feto único con peso al nacer 1210 g, y talla de 28 cm, Apgar de Ipto; donde hallazgos macroscópicos son: implantación baja de pabellones auriculares, deformidad de posición de miembros sobre todo las manos y pies, un solo pliegue palmar y en cordón umbilical 1 vena, 1 arteria, se le realiza autopsia evidenciando hipoplasia pulmonar, agenesis renal izquierda y riñón poliquístico displásico derecho

C107. QUISTE OVÁRICO FETAL. REPORTE DE CASO. Eduardo Reyna-Villasmil, Duly Torres-Cepeda, Oneida Delgado-Delgado, Juan Perozo-Romero, Jeanette Añez-Guerra.

Hospital Central “Dr. Urquinaona”, Maracaibo, Edo. Zulia.

Se presenta el caso de una paciente de 18 años, primigesta, que durante la evaluación ecográfica se observó la presencia de una tumoración de apariencia blanda en la parte inferior derecha del abdomen, correspondiente a un quiste ovárico fetal claramente identificado y separado de la vejiga fetal. La paciente fue sometida a cesárea obteniéndose una recién nacido femenina que fue dada de alta al tercer día sin complicaciones y a los 3 meses se observó la desaparición espontánea del quiste.

C108. DISPLASIA TANATOFÓRICA LETAL. A PROPÓSITO DE UN CASO. HOSPITAL CENTRAL DE MARACAY. DICIEMBRE DE 2009. Briseida Mildred Guillén Especier, Desiree Alvarado Torge, Edith Yesenia Pérez, Mónica Moreno,.

Hospital Central de Maracay, Edo. Aragua.

Se trata de una paciente de 18 años, procedente de Calabozo Estado Guárico ecografías solo del 3er trimestre, grupo sanguíneo B Rh+; que llegó referida por hallazgos en ecografía de: embarazo de 38 semanas, acondroplasia y polihidramnios. Antecedentes ginecobstétricos: IG. En el examen físico se encontró: AU 33 cm, FCF 133 por minuto y, al tacto vaginal, cuello posterior largo cerrado. Se hospitaliza en área de perinatología para completar paraclínicos y ratificar diagnóstico ecográfico, concluyendo: embarazo de 39 sem, displasia tanatofórica tipo II. Se indica conducta de cesárea electiva. Paciente que inicia trabajo de parto, bajada a la emergencia obstétrica, evolucionó y tuvo parto vaginal de un feto vivo de sexo masculino, peso fetal 3.000 g, talla 52 cm, cefálico 33 cm, torácico 22 cm. Se encontró además: macro cráneo, fontanelas amplias, occipucio y frente prominente, ligera separación entre suturas, con buena osificación. Hipertelorismo, puente nasal deprimido, nariz corta y ancha, pabellones articulares de implantación baja, cuello corto. Tórax pequeño, estrecho, con taquipnea. Abdomen prominente, globoso, cicatriz umbilical normal, genitales externos normales, con ano permeable. Extremidades arqueadas en abducción con notable acortamiento, el segmento proximal de las mismas corto (rizomelia), los miembros inferiores en posición de rana. Hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos, en incubadora con oxígeno bajo campana, evoluciona con dificultad respiratoria

moderada. Presenta deterioro general progresivo, falleciendo a los 8 días por insuficiencia respiratoria restrictiva. Se realizó el respectivo estudio postmortem que confirmó los hallazgos ecográficos.

C109. SÍNDROME DE ARNOLD CHIARI TIPO II. A PROPÓSITO DE UN CASO. Miriam Lucía González Vallejo, José Gregorio Pompa, Eladia Vásquez, Betzaida Bejarano.

Hospital Universitario Dr. Luis Razetti; Ambulatorio Ali Romero

OBJETIVO: Documentar el caso de una malformación congénita diagnosticada como síndrome de Arnold Chiari tipo II. **PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente de 33 años con fecha de última regla incierta, antecedente de I gesta y I parto, cursa con su segunda gesta, embarazo de 22 semanas por biometría fetal. Durante su control prenatal se evidenció ecosonográficamente, hidrocefalia y mielomeningocele, por lo que fue referida a la Unidad de Perinatología del Hospital “Dr. Luis Razetti”, en donde se evaluó el 17-03-09, realizándose ecosonograma morfológico que evidenció DBP: 53 mm. CC: 216 mm. DOE/DOI: 3,3/8 mm. Atrium: 17,3 mm, CA: 128 mm, fémur: 41 mm, húmero: 39 mm, cúbito: 36 mm, radio: 33 mm, tibia: 39 mm, peroné: 35 mm, peso fetal estimado: 556 g, con anormalidades en sistema nervioso central, cráneo y columna como se describen a continuación: dilatación bilateral de ventrículos laterales, cisterna magna borrada, cerebelo comprimido en fosa posterior (signo del limón) y defecto abierto en columna lumbar L1- L3. Líquido amniótico: anhidramnios. Se concluye: 1.- Embarazo de 24 semanas 2.- Arnold Chiari tipo II, 3.- Anhidramnios y 4.- Vitalidad fetal presente. Se decide interrupción del embarazo, obteniéndose, el 19-03-09, un feto masculino de 500 g, cuyo diagnóstico anatomopatológico es el siguiente: Feto de 24 semanas con 1.- Malformación Arnold Chiari II: herniación del vermix cerebeloso al foramen magno y canal cervical, asociada a defecto del tubo neural abierto (histológicamente: rizomielomeningocele) y 2.- Hidrocefalia de ambos ventrículos.

C110. SÍNDROME DE ARNOLD CHIARI TIPO II. REPORTE DE UN CASO. Héctor Arturo Vera Sulbarán, Jhon Fernández, Adriana Carrero, Elio Hernández.

Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, Mérida, Edo. Mérida.

OBJETIVO: Presentar el caso de una paciente con embarazo de término y síndrome de Arnold Chiari Tipo II.
AMBIENTE: Emergencia Obstétrica del Hospital Universitario de los Andes. Mérida – Venezuela. **CASO CLÍNICO:** Paciente de 35 años, III gestas, II paras, quien fue referida por cursar con embarazo de término y Síndrome de Arnold Chiari Tipo II para valoración y decisión de conducta. Examen físico: paciente en condiciones clínicas estables, hemodinámicamente estable. Tórax sin alteraciones. Abdomen con útero grávido, AU: 38 cm, feto único situación longitudinal, dorso derecho, presentación cefálica, movimientos fetales presentes, FCF: 154 por minuto, dinámica uterina ausente. Genitales externos normoconfigurados, espéculo cuello sin modificaciones. Extremidades simétricas sin edema. Neurológico sin alteraciones. Laboratorio: Pruebas TORCH con citomegalovirus y toxoplasma positivo. Eco: embarazo de 34 semanas, cráneo con ventriculomegalia bilateral y columna con espina bífida a nivel lumbosacro, Doppler normal, crecimiento fetal P 50-90, vitalidad fetal conservada. Es ingresada con los diagnósticos: 1.- Embarazo de 37 semanas más 3 días por FUR y Eco, 2.- Síndrome de Arnold Chiari Tipo II 3.- obesidad. Se realiza eco Doppler control que reporta resistencias fetales alteradas en arteria umbilical, por lo que se lleva a mesa operatoria realizando cesárea segmentaria obteniendo RN vivo femenino, peso: 3400 g, Talla: 51 cm, Apgar: 6/7, Capurro: 37 semanas con hidrocefalia y mielomeningocele indemne.

C111. SÍNDROME DE ARNOLD CHIARI TIPO II Y EMBARAZO A TÉRMINO. A PROPÓSITO DE UN CASO. Celsa María Pérez Sorett, Ana Vanegas, María Grandez, Priscilla Hernández, Flor Alcántara, Marilu Morles.

Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”, Valencia, Edo. Carabobo.

Paciente 29 años de edad VG IP IC IIA, referida por especialista con diagnóstico de Ciemopatía neurológica. Antecedentes ginecoobstetricos: Menarquia 15 años, CM 28/3 sexarquia 16 años NPS: 03, ACO: Minigynon por 3 años. Obstétricos: VG, IP, IC, IIA. Examen físico de ingreso: PA: 120/80 mmHg FC: 88 lpm, FR: 17 rpm, Talla: 1.66 cm. AsBsCsGs Cardiopulmonar: Sin alteraciones Abdomen: gestante, feto único, longitudinal, dorso derecho,

cefálico, AU: 31 cm, FCF: 150 lpm, MF presentes, DU: negativo. GsEs:De DLN, tacto cuello largo, posterior, cerrado. Resto DLN. Paraclínicos de ingreso: Hb: 11,5 g/dL. Hcto: GB: 6700/mm³, Pla: 203000/mm³, Glic: 75 mg/dL, Creat: 0,63 mg/dL. Orina: Normal. PT y PTT DLN. VDRL-HIV Negativo. Ecosonogramas Obstétricos (20/10/09) Emb de 34 sem. Ventriculomegalia. Meningocele lumbar. Se ingresa con Dx 1. Embarazo de 38 semanas. 2. Sx de Arnold de Chiari II. Se realizó cesarea segmentaria, obteniendo RN viva femenina PAN: 4.100 g, TAN: 55 cm, CC: 47 cm, CT 33 cm, CA: 33 cm, Apgar 8 pts mielomeningocele lumbosacro roto e hidrocefalia.

C112. MANEJO PRENATAL DE LA ENFERMEDAD ADENOMATOIDEA QUÍSTICA TIPO I A PROPÓSITO DE UN CASO. Carolina Del Carmen Pacheco Escobar, Natasha Larrazabal, Carlos Carrasquel, Vreenis Suárez.

Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”, Caracas.

Se trata de paciente de 20 años de edad primigesta sin antecedentes personales patológicos aparentes ni familiares, embarazo controlado en privado en numero de 7 controles quien acude a la consulta prenatal del Hospital Militar Carlos Arvelo con una edad gestacional de 36 semanas con diagnóstico ecografico de hernia diafragmática. Es valorada en la unidad de vigilancia materno fetal del servicio de Obstetricia de dicho centro asistencial de manera ecografica se visualiza a nivel de hemitórax derecho estructura anecoica de 45 x 37 x 35 mm que ocupa aproximadamente 50 % del parénquima pulmonar sin señal Doppler que no desplaza corazón, hemitórax izquierdo normal. Dx. Embarazo de 36 semanas de gestación. Ciemopatía torácica: enfermedad adenomatoidea quística tipo I vs Quiste broncogénico. En vista de hallazgos se decide realizar toracocentesis intrauterina, por medio de aguja ecoguiada se extraen 60 mL de líquido claro de cavidad torácica fetal, se evidencia disminución de tamaño dejando tumoración de aprox. 18 mm sin líquido en su interior y se procede a realizar control sucesivo a la semana 37 de gestación. Se reevalúa ecográficamente a las 37 semanas de gestación y se evidencia aumento de volumen de tumoración quística siendo sus medidas 63 x 40 x 38 apreciándose ligero desplazamiento de silueta cardíaca motivo por lo cual se decide realizar interrupción de embarazo a las 38 semanas de gestación por vía alta previa toracocentesis 24 horas antes de acto quirúrgico esto con la finalidad

de optimizar las condiciones del neonato para el momento de la resolución. Es realizada cesárea segmentaria y se obtiene recién nacido vivo femenino quien respiró y lloró al nacer PAN: 2970 g, TAN: 48cm, atendido por pediatra, permanece en observación durante 6 horas y en vista de evolución satisfactoria se decide colocar en alojamiento conjunto madre, succión fuerte sin signos de cianosis ni distrés respiratorio. Es realizada TAC tórax a las 24 horas posterior y se evidencia persistencia de tumoración quística de aprox. 18mm que ocupa lóbulo inferior de pulmón derecho que no desplaza ninguna estructura intratorácica, Dx Definitivo MAQ tipo I, valorada por servicio de Cirugía de Tórax del Hospital Militar Carlos Arvelo quines en vista de encontrar RN asintomático deciden egresar a las 48 horas con control mensual por consulta externa. Se utiliza resultados de valoración ecográfica prenatal, técnica de toracosentesis, citoquímico y citología de líquido y resultado de TAC.

C113. EMBARAZO GEMELAR CON FETO PAPIRÁCEO. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO. IVSS HOSPITAL “DR. MANUEL NORIEGA TRIGO”. SAN FRANCISCO EDO. ZULIA. Airaudi Rivas, Lenny Solarte, Nadezda Mata, Antonio Gallardo.

Hospital “Dr. Manuel Noriega Trigo”. Maracaibo. Edo. Zulia.

Se presenta caso de paciente de 33 años de edad con muerte fetal en gestación gemelar bicorial biamniótica en el primer trimestre de gestación con feto papiráceo. Se conoce la muerte fetal por medio de hallazgo ecográfico realizado durante su control prenatal, la gestación llega a término sin complicaciones obteniendo mediante cesárea segmentaria recién nacido vivo masculino en buenas condiciones sin repercusión materna, a la exploración de anexos se aprecia feto de 14 sem aprox momificado.

C114. SÍNDROME DE APLASIA CUTIS CON AMASTIA BILATERAL. Silvia Emilcy Zambrano Araque, Mayel Yépez Donado, Orlando José Arcia López, Mireya González Blanco.

Maternidad “Concepción Palacios”, Caracas.

Caso 1: paciente de 16 años, IG, quien ingresa a la Maternidad “Concepción Palacios”, con los diagnósticos de: embarazo de 33 semanas, preeclampsia severa, presentación podálica, oligoamnios y restricción de crecimiento Intrauterino (RCIU); al examen físico se observa alopecia localizada en región parieto-occipital derecho, en esa zona se palpa depresión delimitada, de aproximadamente 3 cm de diámetro. En tórax, ausencia de mamas y pezones, resto del examen físico, acorde a su condición obstétrica. Antecedentes personales: producto de parto pretérmino, tiene diagnóstico de síndrome de aplasia cutis con amastia bilateral, realizado en el servicio de Genética. Se desconocen antecedentes familiares maternos. Padre sano. Se practicó cesárea por oligoamnios y RCIU simétrico, cuello no apto para inducción. Evolución postoperatoria satisfactoria. Caso 2: recién nacido masculino pretérmino, peso: 1 950 g, Talla: 47 cm, primer producto de paciente de 16 años descrita previamente, embarazo deseado, controlado, al nacer se observó ausencia de botón mamario, así como alopecia localizada en región parieto-occipital derecha. La evaluación en el Servicio de Genética concluyó como diagnóstico probable el síndrome de Aplasia Cutis con amastia bilateral; sin embargo no puede descartarse una forma incompleta de síndrome de Adams Oliver en estos 2 pacientes.

C115. AMENORREA PRIMARIA POR AGENESIA GONADAL EN EL HOSPITAL CIUDAD DE CORIA-EXTREMADURA ESPAÑA. A PROPÓSITO DE UN CASO. Damarys Ramos, Blanca Guerrero Chacón, Leonardo De Abreu Rodríguez, Lorena Araujo Fagre, Ana Posso.

Maternidad “Concepción Palacios”, Caracas. Hospital Ciudad de Coria, Extremadura, España.

Se trata de paciente de 18 años de edad, quien acude a consulta por ausencia de menstruación y erupción cutánea y prurito. Antecedentes: producto de embarazo a término de madre primigesta de 16 años, quien presenta como único antecedente prueba de tránsito gastroduodenal en el primer mes de embarazo. Obtenido de parto eutócico con Apgar de 5 y 10 puntos. RN con rasgos dismórficos (microcefalia, retrognatía, nariz en porreta), comunicación interventricular y encefalopatía perinatal). A los días abandona la RN y es su abuela materna la que se encarga de todo, de hecho la abuela es quien la trae a consulta. Además, no hay relación con el padre. Cariotipo 46 XX. Quirúrgicos: Corrección

de CIV a los 10 meses de evolución satisfactoria. Exotropia alterna, usa lentes. Astigmatismo. Pie equino varo, corregido quirúrgicamente hace 4 años. Gastroenteritis por salmonella. Hipotiroidismo subclínico sin tratamiento. Prurito crónico. Examen físico: Peso 53 kg Talla 1,41 m, TA 127/76 mmHg. Consciente con retraso psicomotor. Cardiopulmonar estable. Abdomen dentro de límites normales. Vello axilar y pubiano presente. Desarrollo mamario: Tanner II genitales externos de aspecto normal. Vagina permeable al hisopo. Ecografía transrectal: no concluyente, por falta de colaboración del paciente. Paraclínicos: FSH 87,30 mUI/mL LH 32,88 Estradiol 6,77pg/mL, 17OHprogesterona: 2,48 ng/mL, PRL 19,94 ng/mL Cortisol 23,82 mcg/dl DHEA-S: 228, 4 ug/dl. TSH 6,2 mUI/mL T4L 1,21 ng/dL. Hepatología normal. Glicemia 102 mg/dL. Triglicéridos 205 mg/dL. HDL 29. Anti-TPO: 5. Anti tiroglobulina 10. Electrolitos normales. Factor reumatoide 9. ANA no se detecta. Testosterona Libre 1,30pg/mL. Prueba con progesterona y E2 + P4 negativa. RNM de pelvis: ausencia de ovarios. Útero de morfología normal. AVF. 51x20x30mm, línea endometrial de 2,6mm. No se logran identificar los ovarios. Dx: Amenorrea Primaria en estudio. Hipogonadismo HIPOgonadotropo.

C116. ÚTERO BICORNE, BICOLLIS, DICOLPOS A PROPÓSITO DE UN CASO. Nellymar Miró, Francymar Farías.

Hospital “Israel Ranuarez Balza”

Se trata de paciente de 26 años, IVG, IA, IIC, con 2 RN vivos a término, FUR incierta, quien consulta por presentar sangrado genital en moderada cantidad de 3 días de evolución y dolor pélvico de fuerte intensidad. Sin otros antecedentes patológicos de importancia, Al examen físico As Bs Cs Gs, afebril, TA 90/50 mmHg, FC 94 por min, abdomen plano, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en hipogastrio, genitales externos de aspecto y configuración normal. Tacto: se evidencia duplicidad vaginal con tabique vaginal completo en toda su longitud, ambas vaginas permeables y con sangrado genital a través de hemivagina derecha, especuloscopia cuello izquierdo de aspecto sano cerrado sin sangrado, cuello derecho blando, corto, permeable en todo el trayecto con sangrado moderado

no fétido, se solicitan paraclínicos y se realiza ecosonograma pélvico observando dos cavidades endometriales una de ellas ocupadas por saco gestacional deformado, descendido sin embrión visible se concluye huevo anembrionado, por lo cual se ingresa para legrado uterino.

C117. TUMOR DE YOLK SACK. A PROPÓSITO DE UN CASO. HOSPITAL UNIVERSTARIO “DR. LUIS RAZETTI”. BARCELONA EDO. ANZOATEGUI. Merlis Oraima Gómez Salazar. Hospital Universitario Dr. Luis Razetti. Barcelona Edo. Anzoátegui

Paciente de 17 años con FUR 02/07/09 refiere inicio de E/A hace 3 meses cuando comienza a presentar aumento de volumen abdominal, además dolor en fosa ilíaca izquierda de leve a moderada intensidad, intermitente de periodicidad cada 2 ó 3 días, por lo que acude a facultativo quien realiza ECO y refiere a este centro donde es ingresada el 18/08/2009. Se realiza ecosonograma transvaginal que describe masa sólida izquierda que parece hacer cuerpo con útero de 25 x 30 x 33 mm con flujos de baja resistencia y múltiples tabiques. Los marcadores tumorales reportan CA125: 128,93 u/mL CAE: 0,65 u/mL, alfafetoproteína: 5500.0 ng/mL, BHCG: 0. Se plantea el diagnóstico de Tu pélvico: neoplasia de ovario, ya que la TAC describe Tu pélvico neoproliferativo de probable naturaleza ovárica y lesión en lóbulo izquierdo hepático a considerar MT. Examen físico: debilidad general permaneciendo hemodinámicamente estable con TA: 100/60mmHg. Fc: 68 P: 90. Cp: torax simétrico normo expansible Rs Rs (+) S/A. Rs Cs Rs Rs S/G Abdomen: blando depresible se palpa masa que abarca hipogastrio, fosa ilíaca derecha e izquierda y región umbilical de 25 cm aproximadamente no móvil, no doloroso. Genitales: de aspecto normal. Tacto: vagina NT/NE cuello posterior corto permeable en OCE no doloroso. Útero en AVF tacto bimanual: se palpa masa tumoral izquierda. Neurológico: Consciente, orientada en 3 planos. Protocolo de ovario con biopsia extemporánea que reporta: Lesión maligna probable Tu embrionario con componente mixto. Anatomía Patologica: Tu senoendodérmico en un 80%. Carcinoma embrionario: 20% .

C118. HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA SERVICIOS DE GINECOLOGÍA Y MATERNIDAD. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUÍZ Y PÁEZ”. ENERO 2004-DICIEMBRE 2008. CIUDAD BOLÍVAR - ESTADO BOLÍVAR. Pablo Finali Forneris, Tatiana Figarella, Ramelys Silva, Héctor Mayorga.

Complejo Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez” Ciudad Bolívar. Estado Bolívar

OBJETIVO: evaluar la histerectomía obstétrica de emergencia Complejo Hospitalario “Ruiz y Páez” enero 2004 – diciembre 2008. Variables estudiadas: grupo etario materno, paridad, edad gestacional, vía de terminación, causas obstétricas asociadas, indicación de histerectomía, complicaciones postoperatorias, tiempo de estancia hospitalaria e ingreso a UCI. **MÉTODO:** estudio retrospectivo, longitudinal y descriptivo. Se estudiaron 41 historias correspondientes al total de pacientes con histerectomía obstétrica en el período descrito. **RESULTADOS:** incidencia de histerectomía obstétrica de emergencia 2,2/1000 partos. Causales de histerectomía: atonía uterina 39,20 % (16 casos), acretismo placentario 21,95 % (9 casos) y rotura uterina 19,51% (8 casos). Grupo etario más frecuente 25-29 años 31,70 % (13 casos), encontrándose multiparidad en el 68,27 % (36 casos). La vía cesárea predominó 65,85 % (27 casos), la edad gestacional se ubicó entre las 37 y 42 semanas 41,46% (17 casos). El antecedente de cesárea anterior fue la causa principal con 37,03 % (10 casos). La anemia severa 58,53 % (24 casos) fue la mayor complicación postoperatoria. Estadía hospitalaria < 7 días 46,34 % (19 casos). El 24,39 % (10 casos) ingresó a UCI. Total muertes maternas 7 (17,07 %). **CONCLUSIÓN:** la histerectomía obstétrica constituye una herramienta quirúrgica indispensable a la hora de enfrentar las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, siendo determinante para la vida de la mujer una vez que las medidas conservadoras han dejado de ser una alternativa.