



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

CARTELES

C1. GnRH DURANTE 9 AÑOS EN PUBERTAD PRECOZ. PRESENTACIÓN DE UN CASO. Roxana Delgado B, Verónica Rodríguez R, Noramaika Briñez M, Andreisa Velásquez, Maydeli M Flores M, José J Oberto L.

Universidad del Zulia. Hospital Nuestra Señora de Chiquinquirá. Maracaibo. Edo. Zulia.

Paciente 16 años de edad, núbil, quien presentó a los 3 años, crecimiento mamario unilateral izquierdo, vello púbico y axilar y sangrado genital espontáneo, con paraclínicos alterados para grupo etario, FSH: 1,91 mlu/ml LH: 0,10 mlu/mL Estradiol: 9,07 pg/mL, ecografía pélvica: útero normal, ovarios aumentados de tamaño (OD: 1,8 x 1,4 cm OI: 2 x 1,1 cm), con múltiples imágenes quísticas, ecograma mamario: tejido glandular retroareolar de mama derecha. Rx de edad ósea, según Greulich y Pyle, 20 meses por encima de la edad cronológica y por encima de las desviaciones standard, Rx de silla turca normal. Posterior a 1 año se repite perfil hormonal: aumento importante de estradiol (35,86 pg/mL) LH: 0,21 mlu/mL FSH: 0,89 mlu/mL. Recibió tratamiento con acetato de ciproterona por 3 meses y luego acetato de leuprolide durante 9 años consecutivos, con control ecográfico, radiológico y desintométrico, con remisión de caracteres secundarios sexuales, lográndose desarrollo pondo-estatural, social y sexual acorde a edad.



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

CARTELES

C2. AVANCES DIAGNÓSTICOS EN UROGINECOLOGÍA: BASES FISIOLÓGICAS Y PATOLÓGICAS DE LA FASCIA ENDOPÉLVICA: PROLAPSOMETRÍA. Gabriel Santos, Carlos Sardiñas, Francia Aquino, Jorge Gaviria, Carlos De Gouveia.

Varios Hospitales Caracas.

Objetivo: Nuevo método diagnóstico para prolapso uterino o de cúpula vaginal, utilizando el prolapsómetro. Permite la medición del descenso normal o patológico teniendo dos escalas: la lesión de ligamentos y en otros valores de normalidad. **Pacientes y métodos:** muestra selectiva de 110 pacientes, edades entre 18 y 49 años. 80 con úteros en AVF y 30 con úteros en RVF, se descartaron trabajos prolongados de parto, fórceps, dehiscencias de episiotomías y úteros mayores de 8 cm, por ultrasonido. La medición del descenso uterino con paciente en 45 grados, suspensión a nivel I de De Lancey y obtención del descenso mayor al esfuerzo. **Resultados:** El rango de descenso global fue de 0,2 cm a 2,0 cm; el grupo de AVF fue de 0,2 a 1,9 cm. El promedio de AVF fue 1,1 cm. El grupo de RVF fue de 1,2 a 2 cm. El promedio de RVF fue 1,6 la diferencia neta de RVF-AVF fue de 0,5 cm. El Test de ANOVA fue positivo $P = 0,000$ para la diferencia entre AVF y RVF por grupos de edades y entre AVF grupo I vs. II, III, IV. Aplicándose los estudios de Mengert para la patología ligamentaria. **Conclusiones:** Se establecen los parámetros toques de normalidad en AVF de 0,5 a 1,4 entre los 18 y 49 años. Por los valores obtenidos se considera a la posición RVF un histerocele per se ya sea en forma congénita (30 % de la población femenina con daño estructural genético del colágeno) o adquirida.



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

CARTELES

C3. HIDRADENITIS SUPURATIVA DE VULVA. Yaitza Benítez, Xireme Urbaneja, Marife Araujo, Kira Molina

Hospital Universitario de Caracas. Caracas.

Paciente de 39 años IIGIIC FUR: 15/11/11 quien refiere IEA hace 3 años caracterizada por nódulos dolorosos, algunos con drenaje de secreción purulenta fétida, de manera recurrente, en región vulvar y ambas regiones axilares. Presentando aumento de volumen importante en región vulvar desde hace 1 año. Concomitantemente, refiere dehiscencia de herida quirúrgica media infraumbilical (por antecedente de laparotomía por peritonitis apendicular) con salida de secreción purulenta desde hace 6 meses. Antecedentes contributivos: desde hace 3 años tratados con ATB que no precisa- Examen físico: piel: fenotipo IV, hidratada, múltiples nódulos de diversos tamaños, no dolorosos en fosas axilares. En abdomen se evidencia cicatriz media infraumbilical (por antecedente) con dehiscencia de tercio superior de 2 cm aprox. con salida de secreción purulenta y signos de flogosis. Genitales: vulva con importante aumento de volumen, con múltiples nódulos eritematosos, de 4 a 5 cm de diámetro en labios mayores y monte de venus, con salida de secreción purulenta y múltiples trayectos fistulosos en región inguinal. Se omite especuloscopia por las dimensiones de las lesiones vulvares. Cultivo de secreción purulenta reporta *Staphylococcus aureus*. Se concluye: 1- Hidradenitis supurativa de vulva. 2- Absceso de pared. Se trata con clindamicina y doxiciclina por 10 días con mejoría.



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

CARTELES

C4. LEIOMIOSARCOMA DE LA VULVA. A PROPÓSITO DE UN CASO. Yohana Pérez, Lina Figueira, Nicol Corredor, Marife Araujo, Lydia Palacios, Darlin Martínez, Jennifer D Pinho.

Hospital Universitario de Caracas. Caracas.

Paciente de 62 años, MNP desde hace 30 años, sin tratamiento de terapia hormonal, quien acude a nuestra consulta de vulva en diciembre 2010, por presentar tumoración en región vulvar, que aumentó progresivamente de tamaño, de dos meses de evolución. Al examen físico, se palpa masa abdominal, localizada en hipogastrio y flanco izquierdo, de 5 cm de diámetro, móvil, de superficie lisa, bordes regulares, no dolorosa. En región vulvar, se evidencia lesión de aspecto cerebroide, friable, pediculada, de 8 cm de diámetro, en labio mayor izquierdo. Se realiza TAC de abdomen que reporta adenopatías de ubicación inguinal, siendo la de mayor tamaño en región inguinal derecha. Se realiza excéresis de la lesión vulvar. Se envía muestra para estudio anatomopatológico, concluyendo como leiomiosarcoma de vulva, con atipias nucleares marcadas y bordes de resección positivos.

C5. CÁNCER DE VAGINA RECIDIVANTE COMO CARCINOSARCOMA: REPORTE DE UN CASO. Adriana Acha, Darlin Martínez, Yaitza Benítez, Lydia Palacios, Nicol Corredor, Pablo Dabed, Pablo López.

Servicio de Ginecología, Hospital Universitario de Caracas.

Paciente de 57 años, IIIG IIP IA, menopáusica desde los 39 años sin terapia de



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

CARTELES

reemplazo hormonal, hipertensa conocida y tratada, con antecedente de cáncer epitelial de vagina estadio III diagnosticado en 1996 tratado con radioterapia, permaneciendo en remisión durante 15 años; quien inicia enfermedad actual en diciembre 2010, cuando comienza a presentar sangrado genital tipo manchas intermitente, por lo que acude a control por radioterapia en marzo de 2011 donde observan una lesión de superficie pétreo en pared vaginal derecha, friable con salida de coágulos y tejido necrótico, es enviada a nuestro servicio donde se toma biopsia de la lesión bajo sedación que reporta carcinosarcoma (tumor mixto mulleriano maligno) con componente homólogo y diferenciación trofoblástica, a la inmunohistoquímica resultó: Vimentina y HCG positiva. Se estadía como IB y se realiza citorreducción tumoral, posteriormente la paciente recibe radioterapia y a los 3 meses se presenta asintomática y en aparente remisión.

C6. ZONADETRASFORMACIÓN CONGÉNITA. UNACAUSA INFRECUENTE DE COITORRAGIA. Franklin Arraiz.

Consulta de sensibilidad Cito Colposcópico, Programa de infecciones de Transmisión Sexual del Ministerio del Poder Popular para la Salud de Barquisimeto, Estado Lara.

Material y métodos. Se ilustra mediante dos casos clínicos con asociación familiar este hallazgo infrecuente, que fuera de una unidad de patología cervical, puede suponer una rareza para el ginecólogo general. Resultados. La evolución de estas pacientes es totalmente favorable. No obstante la metaplasia citológica reiterada, la leucorrea importante con cultivos normales y la coitorragia frecuente son la



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

CARTELES

norma en el pronóstico. Se explica la utilidad de tratamientos puntuales con cicatrizantes y la no conveniencia de técnicas invasivas como las crioterapias o la electrocoagulación.

C7. ENFERMEDAD VESICULOAMPULAR ACANTOLÍTICA DE CUELLO UTERINO. Yaitza Benítez, Adriana Acha, Lydia Palacios, Xireme Urbaneja.

Hospital Universitario de Caracas.

Paciente de 45 años IX, G V, P I, VA, FUR: no precisa, quien consulta por presentar hallazgo en citología de LIE de alto grado (julio 2002). Se realiza cono que reporta NIC II y NIC III con bordes y vértices libres de lesión (septiembre 2002). Se mantuvo en control por la consulta de cuello uterino y se realizó biopsia de cuello que reportó NIC I (2003).

Durante el control colposcópico de junio de 2011 se evidencia: cuello macroscópicamente sano, sin flujo, sin sangrado. Luz verde con vasos atípicos en hora 11 a hora 1. Al ácido acético sin atipias. Al test de Schiller zona yodonegativa de contornos netos en hora 11 a hora 1. Resto del examen físico sin alteraciones. Por lo cual se toma biopsia con asa diatérmica que reporta: Enfermedad vasiculoampular acantolítica de cuello uterino.

C8. MIOMATOSIS UTERINA GIGANTE Y SU REPERCUSIÓN EN LA FERTILIDAD, TRATAMIENTO QUIRÚRGICO. A PROPÓSITO DE UN CASO. Pedro Martínez. P, Carla Santiago F, Luis Espín A, Alibel Olivares G, Marmig Bracho B, Marbella Chapellín P.



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

CARTELES

Hospital de Clínicas Caracas, Caracas.

Paciente de 33 años IG IA (espontáneo a las 20 semanas de gestación) quien refiere EA de 2 años de evolución caracterizada por dismenorrea más hipermenorrea anemizante que no mejora con hemostáticos ni analgésicos, concomitantemente aumento de volumen abdominal, motivo por el cual consulta. Al examen físico ginecológico: útero aumentado de tamaño a nivel de cicatriz umbilical, tacto vaginal útero aumentado de tamaño y consistencia doloroso a la movilización, adherido a planos profundos. Ecosonograma transvaginal: útero aumentado de tamaño, contornos irregulares, cuerpo uterino 220 x 160 x 115, ovarios normales. IDx: Miomatosis uterina gigante + síndrome adherencial. Se realiza miomectomía sin complicaciones y se extraen 52 miomas. Actualmente la paciente se encuentra en buena condición general y asintomática.

C9. RELACIÓN DE CARACTERÍSTICAS ECOGRÁFICAS EN TUMOR DE OVARIO Y DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL “DR. RAFAEL GONZÁLEZ PLAZA”. VALENCIA, ESTADO CARABOBO. PERÍODO: 2007-2009. Ana K Spinos M, Laura M Guada R.

Hospital “Dr. Rafael González Plaza”. Valencia, Estado Carabobo.

Los tumores de ovario son una de las patologías ginecológicas más frecuentes y una de las principales amenazas oncológicas que existen en el aparato genital femenino y en la cual aún no existe un consenso sobre un manejo óptimo en situaciones específicas. La llegada del ultrasonido y su uso rutinario han hecho



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

CARTELES

del diagnóstico de tumor ovárico más frecuente, por lo que se cree que precisar las características ecográficas se podría mejorar el valor predictivo positivo.

C10. FIBROTECOMA DE OVARIO TORCIDO EN LA POSTMENOPAUSIA: CONSIDERACIONES DIAGNÓSTICAS Y MANEJO TERAPÉUTICO, A PROPÓSITO DE UN CASO. Dayarling Duarte Liendo, María Angélica Dolcet.

Instituto Médico la Floresta, Caracas.

Paciente de 62 años, menopáusica, quien presenta dolor abdominal de fuerte intensidad (27/12/2011), tipo cólico, a predominio de flanco derecho, no irradiado, asociado a náuseas y vómitos, por lo que acude a facultativo donde se indica ecosonograma pélvico transvaginal, evidenciando parauterino derecho: Tumor heterogéneo a predominio sólido (90 %), de bordes irregulares, dimensiones: 7,28 cm x 7,88 cm x 6,66 cm, con halo hiperecogénico peritumoral, sugestivo de componente hemorrágico asociado a escaso líquido libre en cavidad. Doppler color sin signos de neoangiogénesis. Conclusión: tumor parauterino derecho sólido con componente hemorrágico (probable anexo derecho). Se indica TAC abdominopélvica que reporta LOE pélvico parauterino derecho de 8 x 6 cm de probable etiología ovárica. Se realiza laparotomía exploradora (28-12-2011) evidenciando 20 cc de hemoperitoneo (el cual se envía para estudio citológico), tumor de ovario derecho violáceo, de superficie irregular, consistencia sólida, no adherido a planos superficiales ni profundos, asociado a hidrosálpinx ipsilateral, con doble torsión a nivel del hilio ovárico. Se realiza salpingooforectomía derecha con estudio transoperatorio que reporta lesión benigna (probable Fibrotecoma),



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

CARTELES

diagnóstico que se corrobora en informe anatomopatológico definitivo, el cual señala: 1.-Fibrotecoma de 8 x 5 x 4 cm y 2. Edema, congestión y hemorragia acentuada, asociado con torsión de la lesión. Citología de líquido ovárico sin evidencia de neoplasia.

C11. TUMOR DE BRENNER. A PROPÓSITO DE UN CASO. Caryna Rodríguez, Jennifer De Pinho, Andrés Lemmo, Pablo Dabed.

Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario de Caracas. Caracas.

Se trata de paciente de 62 años de edad, IVG IVP, MNP sin THR desde hace 12 años; quien acude a nuestro centro por hallazgo ecográfico de Tu parauterino bilateral: Tu quístico unilocular izquierdo y Tu sólido derecho, motivo por el cual se ingresa. Niega antecedentes personales y quirúrgicos de importancia. Al examen físico, se tacta anexo derecho, de aprox 3 cm de diámetro, consistencia blanda, bien delimitado, móvil, no doloroso. Porta marcadores tumorales, evidenciándose elevación del CA-125 (80,4 U/mL) y CEA (197 ng/mL); RMN abdominopélvica que reporta Tu de ovarios: tejido predominantemente adiposo, sin líquido libre en cavidad abdominal; y EDS, sin signos sugestivos de neoplasia. Durante su hospitalización, se procede a realizar laparotomía ginecológica exploradora, encontrándose: Tu de ovario izquierdo quístico, de aprox 5 cm de diámetro, de superficie lisa; y Tu ovario sólido derecho, de superficie abollonada, irregular, decidiéndose realizar histerectomía abdominal total + salpingooforectomía bilateral. El estudio histológico reportó tumor de Brenner benigno en anexo derecho y cistoadenoma seroso en anexo izquierdo. La paciente egresa a las 72



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

CARTELES

horas de postoperatorio, evolucionando satisfactoriamente.

C12. TUMOR DE BRENNER MALIGNO. PRESENTACIÓN DE UN CASO. N
Rosas, B Zambrano, R Delgado, A Velásquez, J Oberto.

Universidad del Zulia. Hospital Nuestra Señora de Chiquinquirá. Maracaibo, Estado Zulia.

Paciente de 46 años VIG IVP IIC FUR imprecisa quien acude por presentar sangrado genital, de moderada cantidad, rojo rutilante, no fétido acompañado de dolor abdominal localizado en hipogastro tipo cólico de leve intensidad sin irradiación. Antecedes: menometrorragia hace 2 años. Anemia severa que ameritó hospitalización en 2011. HTA hace 12 años tratada. NIC I mayo 2011. Examen físico: peso: 64 kg, talla 1,62 m TA: 130/80 mmHg FC: 78 x min. FR: 18 x min. Regulares condiciones generales, moderada palidez cutáneo mucosa, cardiopulmonar estable, abdomen dentro de límites normales, genitales externos normoconfigurados. Visión con espéculo: sangrado moderado a través de orificio cervical externo, cérvix sano, vagina normal. Tacto: útero en AVF de 12 cm aproximadamente, poco móvil, bordes irregulares, doloroso al tacto, anexos no palpables, tacto rectal esfínter normotónico, ampolla rectal vacía. Laboratorio: Ca 125 17,80 CA 19,9: 2,80 CEA: 0,20. Exámenes complementarios: Bx de endometrio: endometrio con maduración irregular endometritis crónica/ endocervicitis crónica polipoide. Por el diagnóstico de hemorragia uterina anormal y tumoración de ovario izquierdo, se realiza histerectomía abdominal total con salpingooforectomía derecha y



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

CARTELES

tumerectomía izquierda evidenciando tumoración de ovario izquierdo de 6 x 6 cm aproximadamente, de bordes irregulares, coloración rosada, consistencia predominantemente blanda. Útero de 12 cm, bordes regulares, superficie lisa. Se toma muestra de líquido peritoneal 3 cc color claro rojizo el cual resulta positivo para malignidad. El estudio anatomopatológico revela formación que pesa 280 g medidas 9 x 7,5 x 6 cm superficie lisa externa de color marrón grisáceo con finos trayectos vasculares visibles con diagnóstico definitivo de tumor de ovario tipo Brenner maligno.

C13. QUISTE MULLERIANO. A PROPÓSITO DE UN CASO. Mary N Viera M, David A Hernández M, Nilse J Araque R, Poger J Pazos.

Hospital General “Dr. Luis Razetti”, Servicio de Ginecología y Obstetricia. Barinas. Estado Barinas.

Se trata de paciente de 20 años de edad, quien consulto por presentar aumento de volumen en labio vulvar derecho de un año de evolución. Se realiza hemivulvectomía derecha con excéresis de tumor de aspecto quístico de 7 cm x 6 cm x 2,5 cm, de color pardo oscuro. Se realiza biopsia la cual reporta: lesión quística benigna, epitelio de revestimiento constituido por células cilíndricas a cúbicas con algunos cilios. Núcleos de disposición pseudoestratificada, pared quística de tejido fibroconectivo denso con vasos sanguíneos congestivos, contenido cetrino.



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

CARTELES

C14. POLIQUISTOSIS RENAL BILATERAL Y EMBARAZO. A PROPÓSITO DE UN CASO. Marife Araujo, Karen Vivas, Kira Molina, Carolina Espósito, María Cecilia Rojas, Luisana Alonso, Jennifer De Pinho.

Hospital Universitario de Caracas, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Caracas.

Se trata de paciente de 21 años de edad, IG, FUR: incierta, con embarazo de 13 sem + 2 días, con diagnóstico de enfermedad renal poliquística congénita desde el 2005 sin tratamiento, acude a nuestro centro cursando con amenaza de aborto, infección del tracto urinario, hipotiroidismo subclínico de reciente diagnóstico y deterioro de la función renal dada por elevación de azoados séricos y proteinuria, cursando con enfermedad renal crónica estadio V reagudizada, complicada con dilatación renal severa, ameritando en su hospitalización antibioticoterapia y hemodiálisis por descompensación de la función renal. Se mantiene hospitalizada hasta finales del segundo trimestre, donde al aumentar edad gestacional, aumenta la compresión renal y con ello el tamaño de los quistes. A las 30 semanas se evidencia RPM, por lo que se decide la resolución obstétrica vía alta por PEF, evidenciando útero desplazado por tamaño renal que ocupa 80 % de la cavidad abdominal. Se obtuvo RN que pesó 1088 g e ingresó a UTIN. Se planteó por el servicio de Urología y Nefrología, nefrectomía y trasplante renal posterior al puerperio.



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

CARTELES

C15. TUMOR GIGANTE DE OVARIO: A PROPÓSITO DE UN CASO. Antonio Rodríguez, Gabriela Maestre, Marco Rodríguez, Darcy Escalante.

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

Paciente de 20 años de edad, inicio de su enfermedad actual hace aproximadamente 7 meses presentando aumento súbito de volumen a nivel abdomino-pélvico, concomitantemente sensación de peso y dolor a predominio de fosa y flanco derecho. Al examen físico de ingreso, se observa mal conformada a expensas de crecimiento abdominal, abdomen globoso, se palpa tumor de bordes regulares, doloroso a la palpación a predominio de flanco y fosa iliaca derecha, movilidad limitada, con matidez a la percusión. Genitales de aspecto y configuración normal, tacto omitido. Resto del examen físico sin alteración. Paraclínicos: marcadores tumorales reporta Ca 125 elevado (79). Ecografía abdomino-pélvica: útero en AVF, diámetros AP: 2,7 cm., T: 4,1 cm, L: 5,6 cm de ecopatrón normal; ovario izquierdo medidas 1,2 x 1,11 x 0,86 cm; anexo derecho de 20 x 24,6 x 10 cm, aparentemente quístico. Se realiza laparotomía ginecológica exploradora, con resección total del tumor y cuña de ovario izquierdo. Biopsia intraoperatoria diferida no concluyente, por lo que se espera resultado anatomopatológico definitivo. Resultado anatomopatológico, macroscópicamente: estructura quística de medidas 26 x 26 x 10 cm con peso de 8 500 g. Superficie externa lisa con trayectos vasculares prominentes. Impresión diagnóstica: Cistoadenoma mucinoso, multiloculado, representado por estructura quística, tapizado por epitelio cilíndrico simple, de tipo mucoso, sin atipias. Sin indicios de malignidad.



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

CARTELES

La paciente evoluciona satisfactoriamente y es dada de alta.

C16. LEIMIOMA DE OVARIO A PROPÓSITO DE UN CASO. Jeismar Bello, Ana Vallenilla, Nicol Corredor, Darlin Martínez, Lydia Palacios.

Ginecología y Obstetricia; Hospital Universitario de Caracas. Caracas.

Paciente de 46 años, quien inició enfermedad actual de 1 año caracterizado por dolor pélvico crónico, no cíclico, intensidad moderada, no irradiado, sin concomitantes y trastorno menstrual tipo oligomenorrea, afectando su calidad de vida. Al examen físico: abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, ruidos hidroaéreos presentes, se palpa masa de consistencia firme, superficie lisa, bordes regulares, a 6 cm por encima de sínfisis púbica. Tacto: vagina NT-NT, cuello largo, posterior, cerrado, no doloroso a la movilización. Al tacto bimanual, masa a 6 cm por encima de sínfisis púbica que parece corresponder con fondo uterino. Anexos no palpables, resto de la evaluación sin alteraciones. Eco transvaginal: útero en Av. con longitudinal: 87 mm, anteroposterior: 54 mm, transverso: 66 mm contornos regulares ecopatrón miometrial homogéneo L.E: 4 mm homogénea. Hacia fondo se evidencia imagen redondeada, isoecoica al miometrio pediculado con imagen anecoica en su interior de 87 x 72 mm que impresiona mioma subseroso. OD: 22 x 15 x 14 vol: 2,44 OI: 29 x 20 x 23 vol: 7,1. Conclusión: Mioma uterino subseroso pediculado en degeneración. Se realiza laparotomía ginecológica evidenciando: Tumor parauterino izquierdo sólido pétreo, color pardo claro con escasa vascularización. Útero y anexo derecho sin alteraciones. Se realiza ooforetomía cuyo estudio histológico concluyó: Leimioma



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

CARTELES

ovárico.

C17. TUMOR DE CÉLULAS DE SERTOLI-LEIDIG DE GRADO INTERMEDIO/MEYER II. A PROPÓSITO DE UN CASO. Pedro Martínez Poyer, Luis César Amparan Espín, Carla Beatriz Santiago Figuera,.

Hospital de Clínicas Caracas (HCC), Caracas.

Se trata de paciente de 23 años de edad, nuligesta, quien refiere inicio enfermedad actual hace 6 meses cuando presenta signos de actividad hormonal androgénica caracterizados por: acné facial e hirsutismo, el 24/08/2011 acude a la emergencia del HCC refiriendo dolor opresivo y punzante en fosa iliaca izquierda (FII) de fuerte intensidad, al examen físico abdomen doloroso en FII, al tacto vaginal se palpa masa anexial izquierda de 10 cm de diámetro aprox. Se realiza ultrasonido transvaginal y abdomino pélvico donde se evidencia TU sólido de ovario izquierdo de 13x10 cm. Se realiza laparoscopia ginecológica: Ooforectomía Izq sin complicaciones. En el postoperatorio tardío (1 mes aprox) se evidencia clínicamente mejoría de acné facial, hirsutismo y dolor. Biopsia definitiva reporta: Tumor De Células De Sertoli-Leydig Intermedio/Meyer II.

C18. ENDOMETRIOSIS TUBÁRICA. A PROPÓSITO DE UN CASO. Nicol Corredor, Darlin Martínez, Lydia Palacios, Fabiola Hernández, Karen Rueda, Xireme Urbaneja.

Ginecología y Obstetricia; Hospital Universitario de Caracas. Caracas.



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

CARTELES

Paciente de 36 años, quien inició enfermedad actual hace 2 años caracterizado por dispareunia y dismenorrea que no afecta calidad de vida y hace 8 meses comienza a presentar hipermenorrea y menorragia, ameritando feroterapia y afectando su calidad de vida. Al examen físico presenta abdomen blando depresible ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación, se palpa fondo uterino a 4 traveses de dedo por encima de sínfisis púbica, Tacto: vagina NT-NT, cuello largo posterior cerrado no dolor a la movilización. Se palpa fondo uterino a 4 traveses de dedo por encima de sínfisis púbica, anexos no palpables, resto de la evaluación sin alteraciones. Se realiza evaluación ecográfica que reporta: Tumor parauterino quístico multilocular y mioma uterino submucoso, por lo cual se decide llevar a mesa operatoria el 26 de mayo de 2011 encontrando: -Útero aumentado de tamaño en todos sus diámetros, globoso, con múltiples miomas. -Anexos: trompas uterinas dilatadas con material de aspecto hemático en su interior que forma un complejo estrecho con ovario de forma bilateral. -Biopsia extemporánea que reporta endometriosis de trompas uterinas

C19. HIPERPLASIA ENDOMETRIAL ATÍPICA EN ADOLESCENTE. Feddry Ríos, Yolimar Osorio, Mary Sánchez, Carlos Hidalgo, Teresa Nava, Ana M Gutiérrez.

Departamento De Ginecología. Hospital Sor Juana Inés De La Cruz. Mérida,



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

CARTELES

Mérida 2012

Se presenta de paciente de 18 años con diagnóstico de hiperplasia endometrial atípica, quien en vista de ser nulípara y adolescente se implementó tratamiento con goserelina y desogestrel, evidenciándose mejoría a los 10 meses de tratamiento.

C20. HIPERPLASIA ENDOMETRIAL GLANDULAR ATÍPICA RESPUESTA MIRENA. PRESENTACION DE UN CASO. N Bríñez Mendoza, R Delgado Belzares, J Oberto Leal.

Universidad del Zulia. Hospital Nuestra Señora de Chiquinquirá. Maracaibo, Edo. Zulia.

Paciente de 29 años de edad, nuligesta, consulta, por sangrado genital precedido por episodios de oligomenorrea. Menarquía: 11 años, ciclos menstruales 5/28. Examen físico: peso: 160,8 kg, talla: 1,64 m, IMC: 61, CA: 131 cm; macromastia y útero difícil de delimitar. Exámenes: biopsia endometrial: hiperplasia endometrial glandular atípica. Tratamiento: DIU hormonal (levonogestrel). Citología vaginal: candidiasis + VPH. Colposcopia: normal. Biopsia control (al año) endometrio con marcada reacción pseudodecidual y arresto glandular en algunas zonas, atribuible a terapia hormonal; endometritis crónica. Peso: 180 kg. Biopsia control (posterior a 4 años): Epitelio atrófico. Se retira DIU.

C21. METAPLASIA ÓSEA ENDOMETRIAL. A PROPÓSITO DE UN CASO. Gabriel Zambrano, Nataly Navas, José León, María I Marczuk.



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

CARTELES

IVSS Maternidad Santa Ana. Servicio de Ginecología. Cirugía Mínimamente Invasiva. Área de Histeroscopia. Caracas.

Paciente de 21 años, II G IP IA, quien consultó por dolor y trastorno menstrual tipo hipermenorrea y menometrorragia, después de un aborto seguido de legrado uterino de 1 año de evolución. A través de una ecografía pélvica transvaginal se observaron, en el endometrio, imágenes hiperrefringentes irregulares, por lo cual se refirió a la unidad de cirugía mínimamente invasiva, donde allí se realizó histeroscopia. Encontraron formaciones óseas coraliformes, flotantes en cavidad uterina, sugestivas de metaplasia ósea endometrial, que fueron extraídos con pinza grasper y enviados al laboratorio de anatomía patológica. La visión microscópica confirmó la impresión diagnóstica clínica y quirúrgica de metaplasia ósea endometrial.

C22. PRESENCIA DE CÁNCER DE ENDOMETRIO. NIC 3 Y VIN III EN UNA MISMA PACIENTE, A PROPÓSITO DE UN CASO. María Alejandra Martínez, Jesusana Materán, Ana Hernández, Gisberto Calabrese.

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

Paciente de 69 años de edad, quien presentó sangrado genital postmenopásico, se toma biopsia de endometrio por histeroscopia que reporta adenocarcinoma de endometrio. Antecedentes familiares: Ca de mama, hepático y vesicular. Sexarquia 37 años, nuligesta; niega uso de métodos anticonceptivos. Antecedentes



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

CARTELES

quirúrgicos de exéresis de quiste en mama derecha y miomectomía. Se realiza histerectomía abdominal total, ooforosalingectomía bilateral, omentectomía, y toma de muestra de líquido peritoneal; evidenciando útero con múltiples miomas subserosos y en cavidad uterina lesión de aspecto cerebroide, negruzca que ocupa fondo uterino. Cuello y vagina macroscópicamente sanos. Anatomía patológica concluye: ADC de endometrio tipo endometriode bien diferenciado (G1), invasión mayor al 50 % del espesor miometrial (1B), invasión angiolímfática presente. Cuello uterino NIC 3. Magno vaginal VIN III. Anexos y parametrios sin evidencia de neoplasia. Paciente actualmente en tratamiento con radioterapia.

C23. EVALUACIÓN DE LA CORRECTA POSICIÓN DEL DISPOSITIVO ESSURE® CON ULTRASONIDO 2D Y 3D. S Herrera, RA Arias, M Cáceres, F González, Y Ng.

Centro Médico Docente La Trinidad, Caracas. Miranda.

Desde el año 2002 se describe el microinserto Essure como método de anticoncepción definitivo, cuya colocación en la trompa se realiza vía vaginohistoscópica, con la posibilidad de ser realizado en el consultorio sin especulo, ni Pozzi, ni dilatación cervical, y por lo tanto sin la necesidad de anestesia que requerirían los otros métodos. Su evaluación posterior a la colocación debe realizarse a los 3 meses mediante una histerosalpingografía (HSG), de acuerdo a las descripciones de escuelas americanas o mediante una radiografía (Rx) simple de abdomen en posición antero posterior (AP), según la tendencia de escuelas europeas. La efectividad de este método, depende de su adecuada colocación y posterior control



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

CARTELES

a los tres meses de su inserción. Es por tanto que se considera de gran importancia establecer un protocolo de evaluación alternativo a la Rx de abdomen y a la HSG para dar un mayor cumplimiento al seguimiento por parte la paciente con un estudio de menor complejidad o de menor exposición a radiaciones ionizantes. Se planteó en el presente trabajo la realización de un ultrasonido TV 2D y 3D para corroborar la colocación de los dispositivos con más de 3 meses de la postura y posteriormente evaluación de la Rx simple de abdomen para observar y comparar con uno de los métodos aprobados para tal fin. Los casos realizados hasta la fecha demuestran una concordancia adecuada entre los dos métodos apoyando la tesis de que el ultrasonido vaginal es un método confiable para determinar la postura adecuada del microinserto Essure®.

C24. SHOCK SÉPTICO REFRACTARIO SECUNDARIO A ESQUEMA DE QUIMIOTERAPIA POR CORIOCARCINOMA. Darlin Martínez, Rafael Cortes, Nicol Corredor, Lydia Palacios, Ana Katuska Maldonado.

Hospital Universitario de Caracas. Caracas.

Paciente de 36 años, IIIG IP IA (feto muerto polimalformado en marzo 2010 sin estudios anatomopatológicos), FUR incierta, quien acude referida de otro centro donde se realiza en marzo 2011, legrado uterino por Dx inicial de aborto hemorrágico, luego en abril de 2011 se realiza nuevamente legrado uterino por Dx de retención de restos ovulares, la paciente acude en mayo de 2011 por persistencia de sangrado genital se realiza ecosonograma que reporta imagen en



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

CARTELES

panal de abeja y BhCG de 5.000.000 mU/mL donde realizan un 3° legrado uterino del cual se toma biopsia la cual reporta células de trofoblasto donde se diagnostica neoplasia trofoblástica gestacional y se cumplen 4 esquemas de quimioterapia de forma irregular desde julio a septiembre 2011 presentando signos y síntomas de toxicidad y regresión inadecuada de BHCG motivo por lo cual se solicita revisión de la muestra tomada en mayo 2011 reportando coriocarcinoma, por lo cual se inicia primer esquema de poliquimioterapia presentando como complicación reacción tóxica a la medicaciones a nivel hematológico (bicitopenia) y gastrointestinal (enterocolitis) acompañado de picos febriles evidenciando deterioros tanto clínico como paraclínico ameritando ingreso a UCI donde presenta paro cardiorespiratorio con RCP avanzado sin respuesta exitosa.

C25. LIPOSARCOMA PLEOMÓRFICO PÉLVICO. REPORTE DE UN CASO.
Verónica Rodríguez R, Roxana J Delgado B, Maydeli M Flores M, José J Oberto L.

Universidad del Zulia. Hospital Nuestra Señora de Chiquinquirá. Maracaibo, Edo. Zulia.

Se trata de paciente de 58 años de edad, III gestas, III para, menopáusica, con antecedente de histerectomía abdominal total con ooforectomía bilateral por miomatosis uterina, cuya biopsia reporta leiomioma uterino, quien consulta por presentar dolor y tumoración pélvica de 3 meses aproximadamente de evolución, encontrándose al examen físico tumoración el línea media que llegaba



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

CARTELES

a una distancia intermedia entre el ombligo y el pubis, no móvil, de consistencia firme, que impresiona emerger de fosa pélvica, de 15 cm aproximadamente, dolorosa a la palpación. La tomografía reportó gran lesión de ocupación de espacio intrapélvica, de contornos irregulares, bien definidos, de aspecto heterogéneo, sólida, con áreas quísticas o de necrosis, de 12 x 11 x 10 cm. Se realiza laparotomía exploradora, encontrándose tumor retroperitoneal, de 20 cm aproximadamente, irregular, ovalada, con superficie externa multilobulada, de color blanco-amarillento, consistencia blanda con aspecto mixoideo, reportándose en la biopsia liposarcoma pleomórfico con áreas de liposarcoma mixoideo. Se le aplicó tratamiento de radioterapia externa conformada tridimensional con fotones de 10 Mev, con una dosis total aplicada de 5000 cGy. La paciente ha evolucionado satisfactoriamente a los 4 meses de la intervención quirúrgica.

C26. APENDAGITIS EPIPLÓICA COMO HALLAZGO DE CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA GINECOLÓGICA EN CASO DE DOLOR ABDÓMINO PÉLVICO AGUDO. REVISIÓN DE LITERATURA. Yelitza Gil, Luis Roche, Alejandro Roche, Rafael Colmenares, Luis Echeverría, Mery Padilla, Alejandro Roche Rodríguez.

Cooperativa de Servicios Perinatales y Ginecológicos Valera. Valera, Estado Trujillo.

Presentamos caso de paciente de 26 años de edad, I Gesta, I Para, con dolor abdomino-pélvico localizado de FII de 3 días de evolución, con leucorrea escasa y BhCG negativa, a quien se le realiza laparoscopia ginecológica de urgencia



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

CARTELES

por acalmia, evidenciando lesión a nivel de colon sigmoide compatible con foco de apendagitis el cual se trató de manera conservadora, con evolución clínica satisfactoria.

C27. DOLOR PÉLVICO CON TRAUMATISMO DE BAZO. REPORTE DE UN CASO. Sandra Mayora J, Ricardo Rejón A, Juan Fernando Mayora J, Cleotilde Jerez U.

Hospital Universitario “Miguel Oraá” de Guanare, Estado Portuguesa.

Paciente de 32 años de edad con enfermedad actual de 6 horas de evolución caracterizada por dolor pélvico de fuerte intensidad concomitantemente leucorrea, es evaluada en sala de parto del H.U.M.O. Guanare el 13 de enero de 2012, tratada ambulatoriamente con analgésicos y metronidazol óvulos. Persistiendo sintomatología y agregándose náuseas, mareo y sudoración es reevaluada en emergencia, dejándose en observación con diagnóstico: Anemia severa; se transfunde. Es valorada por ginecobstetra encontrando como antecedentes ginecoobstétricos menarquía: 13 años, reglas regulares ciclos 28/5. PRS: 17 años, parejas sexuales: 2, embarazos: VI, partos eutócicos simple: VI. último parto: 4 de abril 2011, FUM: 4 de abril 2011. Ultima citología: 2 años; no utiliza métodos de planificación; amamantando actualmente, al examen físico paciente en regulares condiciones generales, palidez cutaneomucosa acentuada, T/A: 100/50 mmHg. F.C: 95 lpm. F.R: 28 rpm. Ruidos cardíacos rítmicos hiperfonéticos. Abdomen: abolición de ruidos hidroaéreos, matidez



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

CARTELES

generalizada, doloroso a la palpación superficial. Genitales: fondos de saco abombados. Impresión diagnóstica 1) Embarazo ectópico roto 2) Hemorragia interna de etiología a precisar. Gonadotropina coriónica: negativa, hemoglobina posttransfusión: 9 g/dL. Ecosonograma abdominopélvico reporta líquido libre en cavidad abdominopélvica, con abundantes detritos hemáticos. Siendo mayor en fosa ilíaca izquierda y piso pélvico. Es evaluada por cirujano y decide conjuntamente con ginecobstetra laparotomizar con el diagnóstico de hemorragia interna. Hallazgos encontrados: 3000 cc de sangre, hematoma esplénico, bridas gastro/esplénicas y bridas hepato/esplénicas. Se realiza esplenectomía, la biopsia reporta bazo de 13 x 12 x 8 cm, cápsula desprendida y parénquima hemorrágico. Evoluciona y egresa satisfactoriamente.

C28. AGENESIA CERVICAL Y TABIQUE VAGINAL TRANSVERSO. Lydia Palacios, Nicol Corredor, Darlin Martínez, Ana Vallenilla, Pablo López.

Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario de Caracas. Caracas.

Paciente de 21 años OG FUR: 21/9/2011 con antecedente de ooforectomía derecha a los 17 años e “himen imperforado” resuelto quirúrgicamente en 4 oportunidades, quien refiere inicio de enfermedad actual hace tres meses cuando presenta dolor en hipogastrio y fosa iliaca izquierda, de fuerte intensidad, continuo, que se irradia a miembro inferior izquierdo y atenúa con antiespasmódicos, concomitante presenta fiebre 40 °C desde hace 2 semanas, al examen físico: abdomen blando depresible no doloroso a la palpación, se palpa tumor de bordes regulares de consistencia blanda a 4 traveses de dedo por encima de sínfisis púbica, genitales



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

CARTELES

externos normoconformados, especuloscopia: se evidencia tabique vaginal completo a aproximadamente 3 cm de introito vaginal con presencia de orificio de aproximadamente 0,5 mm de diámetro en hora 12 evidenciándose sangrado escaso a través de él, resto de evaluación sin alteraciones. Se realiza evaluación ecográfica transvaginal que reporta: Malformación mulleriana a descartar: 1. Útero doble interrogado 2. Hematometra, por lo cual se decide llevar a mesa operatoria el 14/12/2011 con hallazgos intraoperatorios de vagina con tabique transversal con extensa fibrosis en el 1/3 inferior, cuello uterino pequeño y aplanado, se disección roma digital de tabique transversal, laparotomía exploradora evidenciándose un parauterino de 8 cm de contenido purulento en su interior de aproximadamente 100 cc que corresponde a ovario izquierdo abscedado. Se le realiza incisión de 1 cm en fondo uterino y colocación de sonda de Foley por orificio cervical externo dejando molde vaginal estéril el cual se mantiene durante tres semanas permaneciendo permeabilidad vaginal. Paciente evoluciona satisfactoriamente.

C29. ISTMOCELE. Yuddysay Ng, Rodrigo Alfonso Arias, Sofía Herrera.

Centro Médico Docente La Trinidad.

Objetivo: determinar el número de pacientes con diagnóstico de istmocele a quienes se les realizó cura del mismo en el período comprendido entre enero 2008 y diciembre 2011 en la consulta privada del Dr. R. Alfonso Arias y evaluar mediante una escala subjetiva la evolución de los síntomas en el postoperatorio tardío y la mejoría en la fertilidad. **Método:** se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo para determinar el número de pacientes a quienes se les realizó la



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

CARTELES

cura de istmocele mediante resectoscopio y se evalúa la evolución postoperatoria mediante una encuesta, con un cuestionario diseñado destinado a tal fin. **Resultados:** un importante porcentaje de pacientes logran mejoría posterior a la corrección quirúrgica.

C30. MALFORMACIÓN ADENOQUÍSTICA PULMONAR: DIAGNÓSTICO PRENATAL POR IMÁGENES. Jasmín Morales, Iván Paravisini, Damarys Ramos, Claudia Sardan, J Suárez.

Servicio Prenatal. Servicio A.P Maternidad Concepción Palacios. Maternidad Sta. Ana. Caracas.

Objetivo: Diagnóstico por imágenes de feto con malformación adenoquística pulmonar (MAQP). **Materiales y métodos:** paciente 30 años, IVG, IP, IIA, FPP x eco: 26-03-2012. Hipotiroidismo. Cariotipo fetal femenino normal. A las 19 semanas ecografía morfológica feto normal; se repite a las 21 semanas y se aprecia en hemitórax izquierdo masa ecogénica de 4,5 x 3,5 x 4,0 cm, hiperrefringente, múltiples imágenes quísticas menores de 0,9 cm, sin tejido pulmonar sano, descenso de hemidiafragma izquierdo con desplazamiento ventral del estómago; escaso desarrollo pulmonar derecho, desplazamiento mediastinal hacia la derecha y dextroposición cardíaca, se sospecha MAQP tipo III de Stocker. Al Doppler no hay vascularización sistémica de la masa lo que descarta secuestro pulmonar. No hidrops. Ecocardiograma normal. El CVR/CC es 1,66 lo cual se relaciona con mal pronóstico y riesgo de hidrops. La RNM fetal reporta MAQP tipo I. Asesoramiento genético a las 26 semanas informa mal pronóstico fetal y sugiere interrupción. A



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

CARTELES

las 28 semanas se interrumpe, el resultado de anatomía patológica confirma el diagnóstico de MAQP.

C31. NEFRITIS LÚPICA VS. PREECLAMPSIA ATÍPICA, EN EMBARAZO DE 19 SEMANAS MANEJO PERINATAL. Luany Rivera, Carlos Cabrera, Carla Vallejo, Octavio Zamora, Ivette Montes de Oca, Carlos Franco.

Unidad de Medicina Materno Fetal. Maternidad “Concepción Palacios”. Caracas.

Paciente 34 años I G conocida con enfermedad inmunomediada tipo lupus eritematoso sistémico en tratamiento con meticortén, azatioprina y plaquinol el cual es omitido durante el primer trimestre, sin biopsia renal; inicia clínica de dolor en articulaciones acompañado edema en miembros inferiores a la semana 16 de gestación; a las 17 semanas inicia aumento de progresivo de presión arterial, que ameritó dosis crecientes de alfametildopa hasta 3 000 mg. Con 19 semanas presenta urgencia hipertensiva, es hospitalizada evidenciando anemia severa, compromiso renal y mal manejo de cifras de presión por lo que mediante manejo multidisciplinario deciden traslado para la Maternidad “Concepción Palacios”, ingresando con cifras tensionales elevadas que requieren dosis máxima de tres drogas antihipertensivas incluyendo nitroprusiato, depuración de proteína en 24 horas de 7 500 mg que revirtió parcialmente tras la aplicación de pulsos de esteroides. A la evaluación fetal presenta feto femenino con Doppler materno fetal normal. Tras 3 semanas de control estricto de líquidos y normalización de presión arterial se decide previo consentimiento informado de la paciente continuar con embarazo el cual es monitorizado con pruebas de bienestar materno y fetal, Doppler



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

CARTELES

de la arteria umbilical se eleva a la semana 24 con disminución del percentil de crecimiento (triple circular de cordón), es mantenida bajo estricta vigilancia con evaluación Doppler cada 72 horas, permanece en fase de centralización inicial hasta semana 33 donde se constata óbito fetal. Paciente entró en remisión durante el embarazo su patología de base a pesar del resultado fetal.

C32. HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPÁTICO. MANEJO CONSERVADOR, A PROPÓSITO DE UN CASO. Jean Guerra, Glensys García, Beatriz Tupaz, Giomary Marcano.

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

Paciente de 29 años de edad, IIIG IIP con FUR 17/01/2011, embarazo de 37 semanas por FUR, refiere EA el día 3/10/2011 presentando epigastralgia, irradiada a hipocondrio derecho, sin acalmias, se evidencian cifras de presión arterial elevadas. Examen físico: PA:180/128 mmHg, FC: 82/min, FR: 22/min. Regulares condiciones generales, hidratada, afebril, palidez cutáneo-mucosa, abdomen globoso, útero grávido, ruidos hidroaéreos presentes, dolor de fuerte intensidad en epigastrio e hipocondrio derecho, exacerbado con decúbito. AU: 32 cm, feto único longitudinal cefálico dorso izquierdo, movimientos fetales presentes, DU: negativa, FCF: 140/min, genitales externos normoconfigurados, tacto: vagina NT/NT, cuello central, corto, blando, permeable a 2 dedos, MsOsIs, cefálico móvil, pelvis suficiente. Extremidades: edema leve, ROT: IV/IV. ID: Embarazo de 37 semanas por FUR no en trabajo de parto. Preeclampsia severa. Se indica maduración-inducción de trabajo de parto. Evaluándose a la



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

CARTELES

hora evidenciando cuello borrado 3 cm de dilatación, se realiza amniotomía obteniendo LA claro con grumos, en vista de persistencia de epigastralgia se indica bloqueadores H2 y antiespasmódico, recibiendo resultados de laboratorio, diagnosticándose síndrome HELLP. Por persistencia de la clínica y distocia de dilatación se decide interrupción vía alta, acto quirúrgico sin complicaciones. En posoperatorio inmediato se traslada a UCI permaneciendo en esta área durante 48 horas, se realiza TAC abdominal que reporta: imagen compatible con colección subcapsular a nivel hepático de moderado tamaño, con pequeña colección a nivel del espacio parietocólico derecho y hepatorenal. Se traslada a hospitalización permaneciendo 11 días, con control de TAC: que reporta hallazgos normales.

C33. TUBERCULOSIS PULMONAR, CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y EMBARAZO. REPORTE DE UN CASO. Ricardo A Rejón, Sandra Mayora J, Juan Fernando Mayora J, Cleotilde Jerez U.

Hospital Universitario “Miguel Oraá”. Guanare. Edo. Portuguesa.

Paciente de 33 años de edad con enfermedad actual de 4 meses de evolución caracterizado por presentar tos hemoptoica, dolor torácico, fiebre y pérdida de peso, evaluada ambulatoriamente sin presentar mejoría y acude a neumonólogo quien realiza BK seriado diagnosticando TB CP, aunado a esta sintomatología presenta náuseas, vómito y atraso menstrual, se realiza ecosonograma pélvico diagnosticando embarazo de 6 semanas para el 29/12/2010. Se discute tratamiento: interrupción vs. evolución del embarazo + tratamiento antituberculoso. Se decide continuar con el embarazo e iniciar tratamiento antituberculoso. Se realiza



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

CARTELES

citología de cuello uterino que reporto: L.I.E alto grado y V.P.H. Colposcópicamente lesiones atípicas, se toma biopsia y reportan Ca in situ de cuello uterino. Se realiza conización con electrocirugía reportando los vértices libres. El 08/08/2011 con embarazo de 38 semanas, situación transversa e inicio de trabajo de parto; se realiza cesárea + esterilización quirúrgica, obteniendo R.N masculino en buenas condiciones.

C34. BRUCELOSIS EN EL EMBARAZO. A PROPÓSITO DE UN CASO. Faride Graciela Quintero Parra, Ludovia del Carmen Briceño Bastidas.

Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes. Mérida. Edo. Mérida.

Paciente de 27 años, primigesta, con embarazo de 38 semanas por FUR, procedente de Mérida quien acude para valoración obstétrica, con antecedente previo de brucelosis desde el 10-11-2010; tratamiento recibidos: Tetralisal y rifadin por 15 días, azitromicina por 3 días, cada 15 días. Recibió 4 meses. Amoxicilina/ac. clavulánico por 7 días cada 15 días. Al examen físico de ingreso TA 100/60 mmHg. FC: 72 FR: 15, en condiciones clínicas estables, afebril AU: 35 cm. Trae laboratorio de zoonosis (22-03-2010) anticuerpos de *Brucellas*. Rosa de Bengala (RB) positivo, microaglutinación en placa (MAP) 1/160, mercaptoetanol (2-ME) 1/160. Controles de valores de prueba de *Brucella*. Prueba de inmunocaptura-aglutinación para detección de anticuerpos totales frente a *Brucellas* con las siguientes fechas y sus respectivos valores; 10-11-2010: Positivo (1/5120), 18-02-2011 positivo (1/640), 25-04-2011 positivo (1/640), 01-06-2011 positivo 1/1260. Se



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

CARTELES

realiza laboratorio que reporta Hb 13. Plt: 210 LEU 6.3. Neu 65, glicemia 83, creatinina 0,7 Tp 13 c 10,7 Tpt 27,5 c 26,6, urea 15,6, ácido úrico 4,3 proteínas total 6,3 albumina 3, 7, Globulina 2.6 A/G 1,4 BT 0,39 BD 0.05 BID 0,34 TGO 19 TGP13 LDH 173 Na 139,5 K 4,1 Cl 108. Uroanálisis no patológico, proteínas negativas. Tipaje O Rh positivo, VDRL reactivo 1/2 diluciones. Anticore y VIH negativo TORCH (12-06-2011). La paciente fue llevada a mesa operatoria y bajo ACSA se obtuvo RN masculino, PAN 3 280 g. TAN 51cm. Capurro 40 semanas, Apgar 8/9, RNAT/AEG. El pediatra realizó prueba anti Brucella que reportó negativa.

C35. SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO DEL ADULTO DURANTE EL EMBARAZO, REPORTE DE DOS CASOS Y REVISIÓN DE LITERATURA. Yelitza Gil, Luis Roche, Alejandro Roche, Rafael Colmenares, Mery Padilla, Alejandro Roche Rodríguez.

Servicio de Medicina Materno Fetal, Departamento de Ginecología y Obstetricia-Hospital Universitario de Valera Dr. "Pedro E. Carrillo", Valera, Estado Trujillo.

En el siguiente trabajo se reportan dos casos vistos en nuestra institución y se hace una revisión actualizada del tema. En el caso de nuestras pacientes, estas desarrollaron SDRA secundario a un proceso séptico que llevó a un estado de disfunción orgánica múltiple, con la consiguiente descompensación. Afortunadamente, la reanimación guiada por metas y de forma temprana en ellas, en conjunto con un manejo multidisciplinario, permitió que se diera un



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

CARTELES

desenlace favorable tanto para la madre como para el feto.

C36. SECUESTROPULMONAR. INVOLUCIONES PONTÁNEAS PROGRESIVAS DE HALLAZGOS PRENATALES. Luis Miguel Andrade Fernández, Alexandra Rivero, Zuly Noguera, José G Luque, Corina Bermúdez, Olga Ramírez.

Unidad de Perinatología “Dr. Freddy Guevara Zuloaga”. Hospital Universitario de Caracas. Caracas.

Paciente de 36 años IIG IC con embarazo simple de 24 semanas + 6 días por FUR, HTA crónica, estilista, quien acude asintomática referida, observándose en lóbulo inferior de pulmón izquierdo imagen ecogénica, homogénea, de 26 x 30 mm, con dextroposición cardíaca, con presencia al Doppler color de vaso nutricio procedente de arteria aorta, con índice pulmón-cabeza de 1,97, ausencia de hidrops e ILA normal. En controles subsiguientes se constata persistencia de la lesión, ecocardiograma fetal normal y cariotipo 46, XY. Hacia el final del embarazo se observa resolución de la lesión. Se realiza cesárea extrayendo RN vivo masculino, con evolución satisfactoria hasta el presente. Se realiza Rx de tórax no concluyente, en espera de TAC de tórax, manteniéndose conducta expectante en vista de no requerirse resolución quirúrgica inmediata.

C37. SÍNDROME DE RENDU WEBER OSLER Y EMBARAZO. M Rangel, C Cabrera, L Rivera, E Cathalá, C Sarmiento, C Vallejo.



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

CARTELES

Medicina Materno Fetal. Maternidad “Concepción Palacios”. Caracas.

Paciente de 31 años de edad IG con FUR: 16/08/11, con antecedente de diagnóstico de síndrome de Rendu Weber Osler a los 25 años, por presentar dolor en hipocondrio izquierdo, epistaxis recurrente y hepatoesplenomegalia, embarazo de 23 semanas quien presenta contracciones uterinas dolorosas, que aumentaron en intensidad y frecuencia, es evaluada en área de emergencia. Al momento de su ingreso, examen físico, fascie álgica se evidencia telangiectasia en labio inferior, disneica, taquicárdica, se ausculta soplo holosistólico, feto único. FCF 155 DU 3/10 minutos, genitales externos sin sangrado evidente, cuello central corto permeable a dos dedos justos, membranas ovulares íntegras, neurológico conservado, inicia dinámica uterina de fuerte intensidad, se evidencia epistaxis, gingivorragia, hemoptisis y sangrado genital moderado, se realizan laboratorios con trombocitopenia 50000 y prolongación de los tiempos de coagulación, se decide el uso de hemoderivados. A las 6 h cérvix en reloj de arena motivo por el cual y por patología de base materna se decide llevar a mesa operatoria para realizar cesárea segmentaria con anestesia raquídea, obteniéndose RN vivo femenino, peso de 550 g quien no lloró al nacer ameritó reanimación por neonatólogo pasando a unidad de cuidados intermedios con marcada dificultad respiratoria.

C38. EMBARAZO ECTÓPICO CORNUAL DE 12 SEMANAS CON FETO VIVO. INFRECUENTE EVOLUCIÓN DE LA GESTACIÓN EXTRAUTERINA. Vanessa Patiño, Luis Andrade, Riyana Riera, Ingrid Contreras, Corina Bermúdez,



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

CARTELES

Danie Márquez Cl.

Hospital Universitario de Caracas. Unidad de Perinatología.

Paciente de 26 años, quien acude a la unidad de perinatología del HUC por dolor abdominal, con sospecha de apendicitis aguda y FUR incierta. Se realiza ecosonograma evidenciando útero de ecopatrón normal, endometrio engrosado. Anexos de aspecto normal. Se aprecia, proyectado hacia fondo de saco posterior, la presencia de saco gestacional redondeado con feto en su interior, LCR para 12 semanas y actividad cardíaca presente. Impresiona limitado periféricamente por miometrio, con aumento de volumen significativo a nivel de cuerno uterino izquierdo. Se realiza laparotomía ginecológica con evidencia de hemoperitoneo. Superficie uterina con evidente aumento de volumen en cuerno izquierdo, con laceración periférica supracornual. Se realizó excéresis de la tumoración descrita, con posterior ligadura, lográndose hemostasia del útero. Se decide tratamiento conservador y vigilancia posoperatoria.

C39. EMBARAZO ÍTSMICO COMPLICADO CON PLACENTA INCRETA REPORTE DE UN CASO. Rafael Francisco Marcano Vivas, María Alejandra Serrano Dajhana Sánchez, Julio César Lacruz.

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

Paciente de 37 años de edad natural y procedente de Mérida; quien ingresa el día 14 de noviembre de 2011 por presentar sangrado genital moderado y astenia. Antecedentes ginecobstétricos: II G IP IC. Ingresa con los Dx: 1) Embarazo



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

CARTELES

de cronología imprecisa por FUR. 2) Embarazo ectópico ístmico. 3) Anemia moderada. El día 14-11-11 se le realiza ultrasonido pélvico evidenciándose a nivel del istmo imagen ecomixta con bordes irregulares, mal definidos y vascularizada de 3,8 cm x 4,2 cm x 4,8 cm compatible con embarazo ectópico ístmico. BHCG cuantificada (14-11-11) 241 U/mL (3 semanas). Valorada el día 16-11-11 por el servicio de oncología quienes indican esquema de metotrexate 170 mg semanal por 4 semanas, el cual se lleva a cabo sin eventualidades, realizándose BHCG control que reporta para el día 4-12-11 7,3 U/mL (negativa), presentando el día siguiente sangrado genital en abundante cantidad con descompensación hemodinámica, se realiza por tal motivo ultrasonido control con persistencia de la imagen con similares dimensiones a la del ingreso. Se solicita USG Doppler el 15-12-11 y TAC pélvico con contraste que reportan Tu en segmento inferior del útero vascularizado, decidiéndose realizar laparotomía exploradora el día 21-12-11 con hallazgos: tumoración en cara anterior de istmo uterino de aproximadamente 2 cm x 3 cm de diámetro, ovario derecho e izquierdo quístico donde se realiza histerectomía total abdominal + salpingooforectomía derecha + salpingectomía izquierda sin complicaciones. Egresada el día 23-12-2011 satisfactoriamente. Reporte histopatológico (6-01-12), endometrio secretor, adenomiosis, embarazo ístmico y placenta increta.

C40. MIOMATOSIS UTERINA Y EMBARAZO. A PROPÓSITO DE UN CASO.
Yamil Dayana Sandia Vidal, Zamanta Josefina Rosales Porrás, Alicia Daniela Guerrero Perico, Claudia Yolimar Ramírez Salas, Adriana Carolina Acevedo



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

CARTELES

Chacón, Ángela Marcela Valbuena Hernández.

Hospital Central “Dr. José María Vargas.” San Cristóbal. Edo. Táchira.

Paciente de 37 años II Gestas I para, con seguimiento de la gestación hasta el término de la misma, vigilando desarrollo adecuado del embarazo y crecimiento del mioma. Al final del mismo se obtuvo recién nacido vivo masculino peso: 4 300 g, talla 50 cm. Se extrae pieza uterina con mioma en pared anterior de 20 x 20 cm, peso: 1,5 kg. Sin complicaciones del binomio madre-feto.

C41. CARCINOMA EPIDERMOIDE INFILTRANTE BIEN DIFERENCIADO DIAGNOSTICADO EN EL TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO. A PROPÓSITO DE UN CASO. Diraylis Linares, Indira Altuve, Hildeli Castro, Víctor Rada.

Hospital “Dr. Miguel Pérez Carreño”. Caracas.

Paciente de 37 años de edad VG IIIP IC FUR:17/02/2011 quien ingresa a esta institución con embarazo de 39 semanas por FUR. Antecedentes ginecoobstétricos: cesárea segmentaria 2010 por PBF 4/8 sin complicaciones, antecedente de NIC I asociado a VPH en julio de 2010, con metaplasia escamosa, embarazo actual controlado, se realiza citología a las 24 semanas, que reportó LIE de alto grado asociado a VPH inflamatorio moderado, se realizó biopsia de cuello uterino a las 32 semanas que reportó carcinoma epidermoide infiltrante bien diferenciado. Se decide llevar a término la gestación. Al examen físico: AU: 30 cm, feto único longitudinal cefálico dorso izquierdo, FCF: 136 LX´ MF(+) DU(-



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

CARTELES

). Se decide resolución quirúrgica con hallazgo de útero grávido, líquido libre 20 cc aproximadamente se obtiene RN femenino PAN: 2 300. TAN: 46 cm sin alteraciones. Actualmente paciente en tratamiento y seguimiento por oncología.

C42. DECIDUOSIS PERITONEAL DIFUSA POSTERIOR A CIRUGÍA Y CONTROL DE DAÑOS. Karen Rueda, Karen Vivas, Ana Vallenilla, Nicol Corredor, Lydia Palacios, Darlin Martínez, Pablo Dabeth.

Hospital Universitario de Caracas. Caracas.

Paciente de 39 años IIIIG con embarazo de 40 semanas, sin antecedentes médicos ni quirúrgicos relevantes, se decide la inducción del trabajo de parto, atendiendo parto eutócico simple a las 7 horas, complicándose con hemorragia postparto, realizan revisión uterina bajo anestesia, presentando aumento del sangrado y signos de shock hipovolemico, se decide una histerectomía obstétrica, durante el procedimiento se agudiza el cuadro observando un sangrado incoercible en capas, se realiza 1° fase control de daños y se traslada a terapia intensiva e inician 2° fase de control de daños, es reintervenida a las 24 y 48 horas encontrando en la segunda intervención implantes en peritoneo, epiplón y asas intestinales que semejaban implantes tumorales de aspecto maligno difusos en la pelvis, se toma muestra y anatomía patológica reporta: Deciduosis peritoneal difusa. La paciente evoluciona satisfactoriamente.

C43. QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE EN CÁNCER DE MAMA Y EMBARAZO. A PROPÓSITO DE UN CASO. Elías Kasr, Neibys García, Isabel García Fleury, Adriana Pesci-Feltri, Rafael Cortes, Gino Bianchi.



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

CARTELES

Hospital Universitario de Caracas. Caracas.

Paciente de 35 años de edad IVG IIP IA, quien cursa con un embarazo de 30 semanas por FUR, con diagnóstico de carcinoma ductal infiltrante de mama derecha estadio IIIB cT4B cN3 cMx, a quien se le indicó terapia neoadyuvante. Dos días posteriores a la colocación del primer ciclo, presentó desprendimiento prematuro de placenta, por lo que fue intervenida de emergencia, obteniendo recién nacido vivo pretérmino.

C44. A PROPÓSITO DE UN CASO: CÁNCER DE MAMA EN TRATAMIENTO ADYUVANTE CON TRASTUZUMAB Y EMBARAZO. Caryna Rodríguez, Vincent Guida, Onelda Brencio, Isabel García Fleury, Nelson Guédez, Ricardo Blanch, Adriana Pesci Feltri.

Hospital Universitario de Caracas. Caracas.

Paciente de 35 años, múltipara, con antecedente de carcinoma ductal infiltrante de mama derecha T3 NIMx estadio III A a quien se le realizó en nuestro servicio mastectomía parcial oncológica derecha posterior a 10 cual recibió quimioterapia adyuvante con trastuzumab por 6 ciclos. Previa a la colocación de su último ciclo refiere movimientos fetales; corroborándose embarazo mediante prueba sanguínea, se solicita valoración perinatólógica donde se evidencia embarazo de 38 semanas por ecosonografía + anhidramnios. Se indicó resolución obstétrica obteniéndose recién nacido vivo masculino en buenas condiciones con peso al nacer de 3 080 g y talla al nacer de 48 cm.



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

CARTELES

C45. EMPOZOÑAMIENTO BOTHRÓPICO EN EL EMBARAZO. Nieves C Rosas, Beatriz Zambrano C, César De Pool, José J Oberto L.

Hospital Nuestra Señora de Chiquinquirá. Maracaibo. Edo Zulia.

Paciente de 17 años IIIIG IIP etnia yucpa procedente de la Sierra de Perijá quien presenta mordedura de serpiente (Bothrops) en miembro superior derecho seguido de dolor, aumento de volumen, e impotencia funcional del mismo. Asimismo, presenta sangrado abundante rojo rutilante con coágulos y expulsa producto de la concepción obteniendo recién nacido masculino sin signos vitales peso 1 650 g talla 43 cm. Al examen físico malas condiciones generales, consciente, orientada, acentuada palidez cutáneo mucosa. TA: 93/64 mmHg FR: 19 por min. Murmullo vesicular audible en campo pulmonar izquierdo, disminuido en campo pulmonar derecho sin agregados. Abdomen blando depresible no doloroso útero infraumbilical tónico AU: 15 cm, CA: 65 cm genitales externos normoconfigurados. Bajo visión con espéculo se observan loquios hemáticos escasos. Tacto útero aumentado de tamaño 15 cm aproximadamente. Se evidencia edema en miembro superior derecho que abarca 5 segmentos con hematoma que llega a hemitórax derecho con equimosis, signos de flogosis, buen llenado capilar, no se palpa pulso radial en dicho miembro, limitación funcional. Medidas de miembro superior derecho 16 cm (muñeca)/ 21 cm (antebrazo) 26 cm (codo)/ 27 cm (bíceps)/ 38 cm hombro. Miembro superior izquierdo 12 cm/ 17 cm/ 19 cm/ 26 cm respectivamente. Normorrefléxica. A la paciente se le administra suero antiofídico 5 ampollas endovenosas diluidas en 250 mL de solución dextrosa al



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

CARTELES

5 % a pasar en 1 h, antibioticoterapia (ceftriaxona 1g ev c/12 h por 7 días), esteroides (dexametasona 16 mg EV STAT), vit. K (1 amp IM OD por 3 días) y AINES. Fue egresada a los 13 días de evolución intrahospitalaria por notable mejoría clínica.

C46. SÍNDROME NEFRÓTICO POR MIGRACIÓN DE BIOPOLÍMEROS DURANTE LA GESTACIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO. Carla M Vallejo, Luanys Rivera, Carlos Cabrera, Carmen Sarmiento, Mariela Rangel.

Maternidad “Concepción Palacios”. Caracas.

Se presenta caso paciente IIG IA de 26 años con gestación de 27 semanas, conocida hipertensa desde las 11 s, antecedente de inyección de biopolímeros en región glútea 1 año previo al embarazo, quien refiere inicio de cuadro clínico a las 20 s cuando presenta edema generalizado a predominio de miembros inferiores, que aumenta de manera progresiva limitando la deambulacion y la bipedestacion, motivo por el cual se decide hospitalización; al examen físico presencia de edema de miembros inferiores III/IV además de edema duro de pared anterior de abdomen y genitales, durante la evolución se constata proteinuria de 9 432 mg/24 h que en 15 días llega a 37 834 mg/24 h, feto femenino en percentil 50, líquido con tendencia al oligohidramnios, Doppler materno fetal normal; se inicia protocolo de estudio y tratamiento de sintomatología, las pruebas inmunohematológicas son negativas, durante reunión multidisciplinaria se acuerda solicitar RMN de abdomen y pelvis, constatando hallazgo de migración de biopolímeros hacia pared anterior y genitales, se logra estabilidad de sintomatología y peso, egresando



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

CARTELES

con control estricto, a las 37 semanas de gestación debido a aumento de cifras de presión arterial se decide cesárea segmentaria obteniendo RN femenino de 2 700 y 49 cm, actualmente en espera de biopsia renal para concluir diagnóstico y pronóstico materno.

C47. MIOTONÍA CONGÉNITA DE THOMSEN Y EMBARAZO. A PROPÓSITO DE UN CASO. Yohana C Pérez F, Jennifer De Pinho M, Darlin A Martínez C, Marifé del V Araujo.

Hospital Universitario de Caracas. Caracas.

Paciente de 20 años de edad, IIG IC, FUR: 8/11/10, conocida de la consulta de alto riesgo obstétrico médico de nuestro centro desde la semana 20 de gestación, por diagnóstico de miotonía congénita de Thomsen desde los 9 meses de edad, sin tratamiento. Se ingresa en nuestro centro a las 37 sem + 2 días por FUR, para resolución obstétrica. Durante resolución obstétrica, se sugiere garantizar presencia de dantrolene y retirar de quirófano vaporizadores de halogenados. Se realizan pruebas de función pulmonar, sin alteraciones. A las 38 semanas de edad gestacional, bajo anestesia combinada, se procede a realizar cesárea segmentaria, obteniéndose recién nacido vivo, con PAN 2 600 g en buenas condiciones generales, sin complicaciones. Paciente egresa a las 72 horas de postoperatorio, evolucionando satisfactoriamente.

C48. DIABETES Y MEROMELIA. A PROPÓSITO DE UN CASO. Luisa de los Ángeles Mago Cabello, Rosa Virginia Planchart Orea, Karliceth Irene Meneses Guerra, José Gregorio Pompa, Orlando Guilarte.



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

CARTELES

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

Gestante de 22 años, IIG, IP, IC con FUR: 11-01-11; quien presenta valores elevados de glicemia en ayunas en dos oportunidades en control prenatal (170 y 168 mg/dL), motivo por el cual es referida a sala de parto donde se ingresa; con los diagnósticos de: 1.- Embarazo de 28 semanas + 1 día por FUR, 2.- A.R.O: a) Diabetes mellitus tipo II, c) Cesárea anterior. Es evaluada por el servicio de perinatología y durante realización de ecografía no se visualizan radio, cúbito, tibia, peroné, ni segmento lumbar de columna vertebral, se observan ambos fémures micromélicos e hipertelorismo, además de tórax en forma de campana. Se concluye displasia esquelética, síndrome de regresión caudal, oligohidramnios y RCIU severo. En vista de lograr control metabólico es egresada con seguimiento por consulta prenatal. Se reingresa a las 38 semanas + 5 días por FUR en vista de embarazo a término para su resolución obstétrica. Se realiza cesárea segmentaria obteniéndose RN femenino vivo PAN 1870. TAN 30 cm, CC 32 cm, CT 24 cm, CA 26 cm. Apgar 3 y 1 puntos con cianosis y bradicardia, falleciendo a los 10 minutos posterior al nacimiento.

C49. CELOSOMÍA MEDIA E INFERIOR (ONFALOCELE Y EXTROFIA VESICAL) EN EMBARAZO DE TÉRMINO. REVISIÓN DE LITERATURA.
Alejandro Roche Rodríguez, Alejandro Roche, Yelitza Gil, Luis Roche, María Alejandra Roche, Mery Padilla.

Hospital Universitario Dr. “Pedro E. Carrillo”. Valera, Edo, Trujillo.

Paciente 32 años de edad, IIG, IP, de la localidad, quien acude al servicio de



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

CARTELES

medicina materno fetal con embarazo de 36 semanas por FUR, diagnosticándosele defecto del cierre abdominal, con diferenciación de dos masas ecomixtas bien definidas, una superior con cobertura peritoneal de las asas intestinales, en correspondencia a onfalocele, y una inferior a nivel genital, con imposibilidad de identificación de genitales externos. Se realizó cesárea segmentaria con feto a término, el cual fallece a las 24 horas.

C50. POLIHIDRAMNIOS Y SÍNDROME DE MOEBIUS-POLAND. ENFOQUE PERINATAL. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO. ENERO 2012. Francibel Figueroa, René Mujica, Eduardo Mansour, José Guevara.

IVSS Hospital Central “Dr. Luis Ortega” Porlamar. Edo. Nueva Esparta.

Paciente 27 a IIG IC con 37 semanas + 2 días por FUR, con diagnóstico en consulta prenatal de polihidramnios, acude a la admisión obstétrica refiriendo hipomotilidad fetal se realiza perfil biofísico el cual se encontraba alterado. Se procede a la realización de cesárea, líquido claro abundante con grumos, obteniéndose RNAT/AEG vivo masculino PAN 2 400 g, talla 50 cm con Apgar 4 y 6 ptos, el cual nace deprimido, llanto débil e inexpresivo con diagnóstico de asfisia perinatal; el cual fue evaluada por neonatología. Pasa a unidad de terapia neonatal con intubación orotraqueal. Al examen físico hipoactivo, diplejía facial, ptosis palpebral derecha, retracción subcostal, criptorquidia y displasia de cadera. Se realiza Rx tórax evidenciándose disparidad de hemidiafragmas con aumento del izquierdo. Se realiza eco abdominal se evalúa hemidiafragma derecho por 5 min no observándose movimientos durante el ciclo respiratorio permaneciendo



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

CARTELES

bajo cuidados intensivos neonatales.

C51. PENTALOGÍA DE CANTRELL. A PROPÓSITO DE UN CASO. IVSS HOSPITAL CENTRAL “DR. LUIS ORTEGA” PORLAMAR. René Mujica, Filgia Quintero, Francelys Vásquez, María Alejandra Guzmán.

Paciente de 21 años, IG, embarazo de 22 semanas + 2 días por FUR, acude para evaluación ecográfica en control prenatal, donde se visualiza múltiples alteraciones anatómicas, por lo cual se refiere a la unidad materno fetal de este centro. La ecografía prenatal IV nivel informa gestación simple de 22 semanas por eco, feto no se aprecia pared abdominal, exposición de contenido abdominal, además exposición de corazón, exencefalia, síndrome fetal compatible con síndrome de Cantrell. Caso llevado a discusión en reunión de servicio y comisión técnica, se decide interrupción del embarazo previo consentimiento firmado por la paciente. Se obtuvo feto femenino, PAN: 485 g. Anatomía patológica: Feto femenino de 22 cm de longitud occipitotalo, presenta defecto del cierre del tubo neural anencefalia, apreciándose bolsa angiomatosa sustituyendo el cráneo (boveda) y raquisquisis con mielomenigocele en su tercio superior. A nivel de cara muestra disrafia palatina (labio leporino). Disrupción del esternón en su tercio medio e inferior. Onfalocele, hernia diafragmática y ectopia cordis.

C52. COMPLEJO PARED CUERPO EXTREMIDAD (SÍNDROME DE BRIDAS AMNIÓTICAS). REPORTE DE UN CASO CON DIAGNÓSTICO PRENATAL Y CONFIRMACIÓN ANATOMOPATOLÓGICA. Esmeralda Estrada, Herle García, Jesús Vásquez, Francisco Cammarata, María Montilla.



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

CARTELES

Hospital “Dr. Luis Razetti”, Barinas, Edo. Barinas.

Presentamos óbito fetal de 28 semanas de gestación, producto de madre de 17 años, I G, con hallazgo prenatal del perinatólogo por ecografía de detalle anatómico: polimorfismo fetal severo (ectopia cardis, pie equino varo izquierdo, mielomeningocele, gastroquisis). Se indicó evacuación cesárea, y se obtiene óbito fetal femenino con polimorfismo fetal severo, anatomía patológica: isquemia aguda severa (infarto agudo de órganos toraco-abdominales por eventración de vísceras por hernia umbilical congénita grave, rotación anormal de asas intestinales, signos indirectos de hipoxia aguda, congestión vascular aguda severa. Malformación congénita músculo esquelética: sindáctila, fibrosis digital congénita, luxación congénita de rotula. Genu-varo, rotación interna de tibia, Pie equino-varo supinado. Edad gestacional por longitud vértice-nalga y peso, según Langman: 21-22 semanas.

C53. CARDIOPATÍA FETAL COMPLEJA: CANAL A-V COMPLETO CON DOBLE TRACTO DE SALIDA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO Y SITUS INVERSUS. A PROPÓSITO DE UN CASO. C Sarmiento, Ruth Méndez, W Moreira, C Cabrera, L Rivera, C Vallejo.

Medicina Materno Fetal. Maternidad “Concepción Palacios”. Caracas.

Paciente de 21 años de edad IG, IP, sin antecedentes médicos patológicos de importancia, la cual es referida a UMMF de la MCP con embarazo de 37 semanas por F.U.R, para evaluación perinatal y genética por hallazgo ecográfico de



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

CARTELES

ciemopatía cardíaca: cardiopatía ductus dependiente: Estenosis crítica de la aorta, CIV amplia corazón univentricular funcional con situs inverso gástrico. Durante su evaluación perinatal se evidencia: situs inversus abdominal, cardiopatía fetal compleja: canal A-V completo con componente tricuspídeo atrésico, doble tracto de salida del ventrículo izquierdo, hipoplasia del arco aórtico y riñón en herradura, por lo que se programa manejo multidisciplinario. A las 38 semanas inicia trabajo de parto espontáneo el cual transcurre sin complicaciones; obteniéndose RN vivo femenino PAN: 3850 g, TAN: 47 cm, quien lloró y respiró al nacer se tomó muestra de cordón umbilical para estudio genético, 5 min posterior al nacimiento presenta cianosis peribucal y distress respiratorio falleciendo a las 4 horas.

C54. DIAGNÓSTICO PRENATAL ECOGRÁFICO DE HIGROMA QUÍSTICO. PRESENTACIÓN DE UN CASO. HOSPITAL CENTRAL “DR. ANTONIO MARÍA PINEDA” BARQUISIMETO. ESTADO LARA. Jesusana Materán, María Martínez, María Colmenarez, Samir Saba.

Hospital Central “Dr. Antonio María Pineda” Barquisimeto. Edo. Lara.

Paciente de 32 años, II gesta, I para, sin antecedentes relevantes, con embarazo actual de 30 semanas, controlado, con hallazgo fetal ecográfico de tumoración quística temporomaxilar izquierda, sin flujo intratumoral de 92 x 89 mm, con estudio cromosómico normal. Refiere contracciones uterinas dolorosas, por lo cual es valorada e ingresada con trabajo de parto pretérmino, bradicardia fetal y tumoración en temporomaxilar fetal: higroma quístico, se realiza cesárea segmentaria, obteniéndose RN vivo masculino de 1320 kg, Apgar 3 ptos al primer



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

CARTELES

minuto, con tumoración quística en región maxilar y cervical izquierda de 9 x 10 cm de diámetro, de paredes lisas y delgadas, blandas con contenido líquido, sin evidencia de otras malformaciones, es atendido por pediatra falleciendo a los 6 minutos. El estudio histopatológico reveló neoplasia benigna de origen mesenquimático, constituida por proliferación de canales vasculares linfáticos, de paredes delgadas y cavidades muy dilatadas.

C55. AGENESIA RENAL BILATERAL. EXPRESIÓN LETAL DE LAS CIEMOPATÍAS GENITOURINARIAS FETALES. Zuly Noguera, Vanessa Patiño, Luis Andrade, Alexandra Rivero, Corina Bermúdez, Daniel Márquez C.

Servicio de Perinatología. Hospital Universitario de Caracas. Caracas.

Paciente de 33 años de edad, IIG IP, referida a nuestra institución con embarazo de 26 semanas y oligohidramnios. La evaluación ecográfica inicial fue técnicamente dificultosa por anhidramnios, por lo que se realizó amniocentesis diagnóstica. Con lo que evidenciamos embarazo de 27 semanas, agenesia renal bilateral, secuencia de Potter, tórax hipoplásico, asociados a placenta previa centro-oclusiva. Se plantea resolución quirúrgica por indicación obstétrica, con obtención de recién nacido masculino de 1310 g, que permanece con signos vitales durante 4 días, anuria y retención de azoados. La ecografía y tomografía abdominopélvica posnatal evidencian agenesia renal bilateral. Anatomía patológica confirma la ausencia renoureteral bilateral y agenesia de venas, arterias renales y vejiga urinaria.

C56. PENTALOGÍA DE CANTRELL. DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

CARTELES

PRECOZ DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DE LA GESTACIÓN. Zuly Noguera, Vanessa Patiño, Alexandra Rivero, Luis Andrade, Riyana Riera, Juan Pérez W.

Servicio de Perinatología. Hospital Universitario de Caracas. Caracas.

Se presenta el caso de paciente de 31 años de edad IVG, IP, IEE, IA, referida a la Unidad de Perinatología por presentar patología fetal (onfalocele), se realiza evaluación ecográfica morfoestructural evidenciando embarazo de 12 semanas más 4 días con defecto de pared torácica inferior, ectopia cordis secundaria, agenesia hemiesternal inferior y defecto de pared anterior del abdomen (onfalocele), se concluye como pentalogía de Cantrel y se programa para discusión institucional. La paciente consulta una semana después por sangrado genital y expulsión fetal espontánea. Anatomía patológica reporta: feto masculino de 14 semanas de gestación por medidas antropométricas con implantación baja de pabellones auriculares, disrrinia, ectopia cordis, hepatoonfalocele, defecto de tercio inferior de esternón, agenesia de pericardio diafragmático, agenesia de diafragma y trasposición de grandes vasos. Hallazgos morfológicos compatibles con pentalogía de Cantrell.

C57. DIAGNÓSTICO PRENATAL DE TRISOMÍA 18 LIBRE. A PROPÓSITO DE UN CASO HOSPITAL CENTRAL UNIVERSITARIO “ANTONIO MARÍA PINEDAD” BARQUISIMETO ESTADO LARA. María Alejandra Martínez, Melisa Fuentes, Ender Cumare, Samir Saba.



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

CARTELES

Paciente de 29 años de edad, II gesta, con embarazo de 37 semanas, quien desde las 18 semanas de gestación presentó hallazgos ecográficos fetales de anormalidad cromosómica quiste del plexo coroides, CIV membranosa, ductos venoso de aranzio con reserva y hepatoonfalocele, se le realizó amniocentesis la cual reveló presencia de 47, XY+18 en todas las metafases observadas, tratándose de una trisomía 18 libre o síndrome de Edwards. Consulta por contracciones uterinas dolorosas, es valorada evidenciado ausencia de frecuencia fetal y es ingresada para evacuación uterina obteniéndose RN muerto masculino de 2 600 k, con signos de maceración, occipucio prominente, hendiduras palpebrales oblicuas hacia abajo, pabellones auriculares de inserción baja y rudimentarios, cabalgamiento de II y III dedos de las manos, Onfalocele y pie equino varo bilateral

C58. FIBROCONDROGENESIS. DIAGNÓSTICO PRENATAL EN FETO DE 22 SEMANAS. Andreina Hernández, Dania Guerra, Carlos Rodríguez, Víctor Pimentel, Jesús Colina.

Complejo Hospitalario Universitario “Ruíz y Páez”. Estado Bolívar

Se realizó diagnóstico prenatal ecosonográfico en la segunda gestación de madre de 21 años y padre de 33 años, no consanguíneos, procedentes de Ciudad Bolívar, Estado Bolívar. En el ecosonograma a las 18 semanas se observó: cráneo normal, tórax corto y estrecho, costillas cortas, abdomen prominente y huesos tubulares cortos y anchos. A las 22 semanas se obtiene feto muerto sexo femenino, peso de 450 g, talla 27 cm, circunferencia cefálica de 20 cm, cara redonda y plana, proptosis ocular ligera, telecanto, nariz corta, anteversión de fosas nasales, columela



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

CARTELES

muy corta, boca pequeña, microretrognatia, cuello corto, tórax acampanado y estrecho, abdomen prominente, acortamiento rizo-mesomérico de extremidades superiores e inferiores. El estudio radiológico mostro: tórax estrecho, costillas cortas, clavícula fina, platispondilia, huesos iliacos pequeños con escotadura sacro-ciática muy pequeña, huesos tubulares cortos y anchos con metáfisis anchas y convexas. Las manifestaciones fenotípicas, radiológicas e histológicas en el análisis microscópico de la biopsia de fémur mostraron la presencia de condrocitos con aspecto fibroblástico, además de fibroblastos laxos siendo estas unas de las características típicas que permiten realizar el diagnóstico de esta osteocondrodisplasia letal hereditaria tan infrecuente.

C59. SÍNDROME DE MONDOR. A PROPÓSITO DE UN CASO. Arturo Saunero, María Teresa Palacios, Angélica Madail, Gherty León.

Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño. Caracas.

Paciente 18 años II G I P, FUR incierta refiere IEA de 1 semana de evolución caracterizada por sangrado genital fétido, dolor en hipogastrio y fiebre 39-40°C, acude a Hospital Seguro de Guarenas donde diagnostican aborto séptico grado III realizan laparotomía evidenciando múltiples perforaciones en fondo uterino y 1500 cc de secreción purulenta en cavidad, se practica histerectomía abdominal total más ooforosalingectomía bilateral. Es referida a nuestro centro e ingresa a UCI con los diagnósticos: 1.- Shock séptico de p/p ginecológico. 2.-CID. 3.-Embolismo séptico en miembros inferiores y superiores 4- IRA. Evoluciona



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

CARTELES

satisfactoriamente. Ingres a obstetricia, donde se realiza Doppler que reporta: compromiso vascular pedio, tibial anterior y posterior, de arteria radial izquierda en porción distal. Presenta SDR, se evidencia derrame pleural masivo izquierdo; se coloca tubo de tórax con gasto de 500 cc en 24 horas. Cultivos de secreción de úlceras de mano y pie izquierdo reportan Pseudomona Aeruginosa. Se traslada al servicio de medicina interna con los diagnósticos: Gangrena húmeda en miembros inferiores y superiores, neumonía asociada a VM bilateral C/C derrame pleural izquierdo. Se le practicó amputación supracondílea de ambos miembros inferiores y transradial de los superiores.

C60. SÍNDROME DE POTTER II REPORTE DE CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA. Juan Pereira, María Haendel, María Curiel, Armando Marengo, Jhormari Arreaza, María Crespo.

Maternidad Santa Ana - Caracas. Año 2011.

Se presenta el caso clínico de una paciente de 20 años de edad, natural de Anzoátegui, procedente de la localidad, I gesta, quien acude con embarazo de 20 semanas por FUR y se le diagnosticó por ultrasonografía obstétrica feto con características de Potter: Pulmones de tamaño disminuido, estómago y vejiga no vistos, riñones aumentados de tamaño, multiquístico; relación cardiororácica y abdominal alterada; placenta anterior grado I/III. ILA 0, PFE 340 gr. Es ingresada para interrupción del embarazo vía vaginal obteniendo feto femenino de 420 g, 25 cm. Al examen externo se describe epicanto bilateral, miembros inferiores en hiperextensión, ambas manos en abducción, dedo medio de la mana



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

CARTELES

derecha dirigido hacia la palma, orejas de implantación baja. Al eviscerar: Pulmones hipoplásicos bilaterales, riñones quísticos bilaterales, uréteres de 2 mm de diámetro y vejiga ausente. La detección precoz de malformaciones renales letales así como la demostración de riñones no funcionantes modifican el manejo obstétrico pudiendo advertir a los padres y neonatólogos el mal pronóstico de estos embarazos.

C61. ECTOPIA CORDIS PRIMARIA: CORRELACIÓN ECOGRÁFICA Y CLÍNICA. Omleda Brencio, Zuly Noguera, Marife Araujo, Dalila Ibáñez, Kira A Molina, Yaiza Benítez.

Hospital Universitario de Caracas. Unidad de Perinatología “Dr. Freddy Guevara Z” Caracas.

Se presenta el caso de paciente de 20 años, primigesta, FUR: 18/2/11, con embarazo de 27 semanas, sin antecedentes patológicos, quien es referida a la Unidad de Perinatología del HUC donde se realiza evaluación ecográfica y se evidencia feto único, vivo, con defecto de pared torácica anterior con evidencia de imagen cardíaca en su totalidad libre en cavidad amniótica; sin defectos estructurales intracardiacos, se concluye estudio como Patología Cardíaca Fetal: ectopia cordis. Se ingresa a las 36 semanas para resolución obstétrica al termino; se realiza cesárea segmentaria al as 37 semanas, obteniéndose recién nacido vivo, femenino que respiró y lloró espontáneamente al nacer, que pesó 2 892 gr y talló 47cm, en cuya pared torácica anterior se evidenció exposición de musculo cardiaco en su totalidad. El neonato fue trasladado al hospital cardiológico infantil, se



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

CARTELES

colocó bolsa pericardiaca de silastic, en espera de ganancia ponderal suficiente para intento de corrección quirúrgica, con probable colocación de prótesis aortopulmonar por acortamiento en el trayecto de ambas estructuras vasculares.

C62. POLIQUISTOSIS RENAL FETAL. A PROPÓSITO DE UN CASO. José Luis Carmona García, Yamil Dayana Sandia Vidal, Zamanta Josefina Rosales Porras, Alicia Daniela Guerrero Perico, Claudia Yolimar Ramírez Salas, Adriana Carolina Acevedo Chacón.

Servicio de Obstetricia de Hospital Central. “Dr. José María Vargas”. San Cristóbal. Edo. Táchira.

Paciente primigesta de 19 años de edad, niega antecedentes personales y familiares de importancia, inicia su control prenatal a las 17 semanas de embarazo, evidenciándose por ecografía riñones poliquísticos, continuando su embarazo, a la semana 20 de embarazo se evidencia oligoamnios, se mantiene bajo vigilancia estricta, a las 25 semanas presenta anhidramnios, feto atrapado, por lo cual se interrumpe, obteniéndose feto sin signos vitales, peso 365 gramos talla 25 cm, fenotipo femenino sin alteraciones evidentes, Al realizar estudio de anatomía patológica: riñones aumentados de tamaño, de configuración reniforme, con múltiples quistes que comprometen casi en su totalidad el parénquima renal, hallazgos histomorfologicos compatibles con enfermedad poliquística renal.

C63. HIDROPS FETAL NO INMUNE. A PROPÓSITO DE UN CASO. Mary Alejandra Vera Peinado, Karliceth Irene Meneses Guerra, José Gregorio Pompa.



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

CARTELES

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

Se presenta caso de II gesta, quien es referida a la Unidad de Perinatología del Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona con diagnóstico ecográfico de derrame pericardico fetal, se evalúa confirmando el hallazgo así como también ascitis e hipoplasia pulmonar, se solicita serología para TORCH, reportando IgM positiva para herpes virus, se inicia tratamiento con Valaciccloir® 1g/día, durante 4 semanas, se realizan controles ecográficos cada 2 semanas, evidenciando remisión del Hidrops, actualmente la paciente cursa con embarazo de 32 semanas, manteniendo control por la unidad de perinatología hasta el término del embarazo.

C64. HALLAZGOS ECOGRÁFICOS TEMPRANOS DE LA TRISOMÍA 13 Y CONFIRMACIÓN HISTOPATOLÓGICA. Riyana Riera, Vanessa Patiño, José Luque, Corina Bermúdez, Ingrid Contreras, Juan Pérez Wulff.

Unidad de Perinatología “Dr. Freddy Guevara Zuloaga”. Hospital Universitario de Caracas, Caracas.

Paciente de 27 años, IIG, IA, referida al Servicio de Perinatología para evaluación morfoestructural. Se realiza ecografía y se concluye: Embarazo de 15 semanas, holoprosencefalia, RCIU simétrico severo, marcadores ecográficos de cromosopatías positivos: Ductus venoso reverso. Se incluye en el protocolo perinatal que abarca: historia clínica, ecografía detallada con grabación de imágenes, ecografía Doppler y estudio citogenético. La paciente acude



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

CARTELES

posteriormente a nuestro centro por pérdida de líquido a través de genitales y se obtiene el producto de la concepción, realizándose cardiocentesis para estudio de cariotipo. Se confirman los diagnósticos en anatomía patológica y se establece la correlación entre estos hallazgos macroscópicos y el ecosonograma.

C65. VENTRICULOMEGALIA OBSTRUCTIVA NO COMUNICANTE SECUNDARIA A ESTENOSIS DEL ACUEDUCTO DE SILVIO. DIAGNÓSTICO Y MANEJO PERINATAL. Corina Bermúdez, Riyana Riera, Ingrid Contreras, José Luque, Alexandra Rivero, Daniel Márquez C.

Unidad de Perinatología “Dr. Freddy Guevara Zuloaga”. Hospital Universitario de Caracas. Caracas.

Paciente de 18 años; II G IA; FUR: 25-04-2011. Es referida a nuestra unidad cursando con embarazo de 37 semanas y 4 días por hallazgo ecográfico de “aumento de líquido en los ventrículos laterales”. El ecosonograma realizado en la unidad evidencia: ciemopatía del SNC: ventriculomegalia simétrica bilateral obstructiva no comunicante; con dilatación del III ventrículo. Se realiza cesárea segmentaria a las 39 semanas y 3 días, obteniéndose RNAT/AEG vivo masculino. Se corroboran hallazgos en vida postnatal mediante ecografía transfontanelar. Se plantea diagnóstico de estenosis acueductal primaria y se propone protocolo de derivación ventrículo-peritoneal.

C66. MASTITIS GRANULOMATOSA IDIOPÁTICA. PRESENTACIÓN DE UN CASO. HOSPITAL CENTRAL UNIVERSITARIO “ANTONIO MARÍA



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

CARTELES

PINEDAD” BARQUISIMETO ESTADO LARA. Jesusana Materán, María Martínez, Roger González, Leopoldo Francisco.

Caso clínico. Paciente de 22 años, (hace 2 años), sin antecedentes; quien consultó por aumento de volumen, eritema y endurecimiento en mama izquierda de i mes de evolución. Ingresa con antibioticoterapia y en vista de evolución tórpida es estudiada. Paraclínicos gran y cultivo, no hubo desarrollo bacteriano, micológico: Negativo, BK: Ziehl Neelsen: no se observaron BAAR. Biopsia de mama izquierda: mastitis lobular granulomatosa abscedada. Al eco se evidenciaba desde el radial 11 hasta el radial V imagen heterogénea de bordes poco precisos y contornos irregulares la cual media 40 x 35 x 30 mm, resto normal. VIH negativo. Se decidió tratamiento conservador con esteroides y vigilancia, presentando mejoría clínica por lo que egresa.

C67. CARCINOMA NEUROENDOCRINO DE CÉLULAS PEQUEÑAS SECUNDARIO EN VAGINA. A PROPÓSITO DE UN CASO. Marife Araujo, Carolina Espósito, Kira Molina, Jennifer De Pinho, Yohana Pérez, Lina Figueira, Pablo Dabed.

Hospital Universitario de Caracas, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Caracas.

Se trata de paciente de 49 años, quien acude asintomática a control ginecológico, sin antecedentes patológicos. Al examen físico, se evidencia en cuello lesión redondeada, móvil, no adherida a planos profundos, de 2 x 2 cm, unilateral



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

CARTELES

izquierda. Se realiza especuloscopia donde se observa tumor en 1/3 superior y lateral derecho de vagina de 2 x 1 cm, de color rojo pardo, friable; cuello macroscópicamente sano, colposcopia y citología de cérvix dentro de límites normales. Tacto: vagina con TU con características ya descritas, no doloroso, ligeramente indurado en la región perilesional; cuello central, firme, cerrado, útero en RV intrapélvico. Tacto recto-vaginal se palpan masas en fondo de saco Douglas. Se toma biopsia de lesión en vagina, ganglio cervical y se realizan estudios de extensión. Se reciben resultados de biopsia e inmunohistoquímica que reporta carcinoma neuroendocrino de células pequeñas secundario en vagina, positivo para enolasa neuroespecífica y cromogranina. Los estudios de extensión reportan metástasis ósea, ganglionar y de órganos pélvicos. Durante su hospitalización se evidencia deterioro franco del estado general, metástasis en cuero cabelludo e imposibilidad para la marcha.

C68. COMPRESOMA COMO SIMULADOR DE TUMOR DE OVARIO. Karen Rueda, Luis Algara, Kira Molina, Marife Araujo, Lydia Palacios, Nicol Corredor, Pablo Dabed. Hospital Universitario de Caracas, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Caracas.

Paciente de 57 años, menopáusica, refiere inició su enfermedad en febrero/2011, caracterizada por dolor abdominal, pirosis, disnea y aumento de volumen abdominal, como antecedente relevante presenta una colecistectomía hace 9 años, se realiza ultrasonido transvaginal complementado con transabdominal evidenciando LOE pélvico que se extiende desde antro gástrico hasta espacio



XXVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología

Caracas, 6 al 9 de marzo de 2012

CARTELES

retrouterino, multitabicado, con papilas, de contenido denso Doppler patrón color tipo III y una TAC con hallazgos similares. Es sometida a laparotomía encontrando tumor de 30cm de diámetro adherido a epiplón y pared anterior del abdomen, realizan biopsia extemporánea que reporta compresoma y cápsula tumoral benigna