

Casos Clínicos de Ginecología y Obstetricia de México

Volumen I • Enero 2024 • ISSN: 3061-8037



Editada por la Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología, AC.



CASOS CLÍNICOS DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

Volumen 1, número 1, enero 2024

CONTENIDO/CONTENT

EDITORIAL/EDITORIAL

Paulo Meade Treviño

CASOS CLÍNICOS/CLINICAL CASES

- 1 Carcinoma basocelular de la vulva. Reporte de un caso**
Basal cell carcinoma of the vulva. A case report
Lorenza María Luengo Fernández, Thania Castro Belio, Luis Miguel Moreno López, Sergio B Muñoz Cortés, Azcary Vázquez Tinajero, María Ivonne Arellano Mendoza
- 7 Diagnóstico de hígado graso agudo del embarazo. Revisión bibliográfica y reporte de caso**
Diagnosis of acute fatty liver in pregnancy. Literature review and case report
Diana Ojeda Morales, Fernando Alberto García Parroquin, Jorge Iván Zurutuza Lorméndez
- 15 Metástasis ovárica de melanoma uveal: reporte de un caso y revisión bibliográfica**
Ovarian metastasis of uveal melanoma: a case report and a literature review
Pablo Luque González, Manuel Pantoja Garrido, Alejandro Álvarez Muñoz, Valle Aguilar Martín, Francisco Márquez Maraver, Inmaculada Rodríguez Jiménez, Alfredo Polo Velasco
- 22 Neumorraquis posparto tras analgesia epidural**
Postpartum pneumorrhachis after epidural analgesia
Pablo Luque González, Manuel Lozano Vidal, Valle Aguilar Martín, Celia Barroso Tudela, Ángela Morales Bueno
- 26 Uroperitoneo posoperatorio en una paciente con una lesión vesical producida durante la cistectomía de ovario**
Postoperative uroperitoneum in a patient with bladder injury during ovarian cystectomy
Cristhian Alexander Useche Beltrán, Andrés Felipe García Zambrano, Johana Andrea Candela Herrán



CASOS CLÍNICOS DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

La correspondencia debe dirigirse al Coordinador editorial: Enrique Nieto Ramírez
enieto@enieto.mx

Ginecología y Obstetricia de México. Nueva York 38, colonia Nápoles, Ciudad de México
03810. Teléfono: 555523-1664.

Edición y Farmacia SA de CV (Nieto Editores®). Av. Chamizal 97, Colonia La Trinidad, Texcoco
56130, Estado de México.

Publicidad

Alejandra Nieto Sánchez
Ejecutiva de ventas

Celular: 5559664509
anieto@nietoeditores.mx

Coordinación editorial: Dr. Enrique Nieto Ramírez

Registro de suscriptores: 9,800

Coordinación revisión por pares: Dr. Eduardo Aguirre Alanis

Diagramación: DG. Elidé Morales del Río



Editada por la Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología
Fundada por la Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia en 1945

EDITOR

JOSÉ NIZ RAMOS

COEDITOR

JUAN CARLOS BARROS DELGADILLO

COEDITORES ASOCIADOS

Obstetricia: Francisco Javier Robles Elías

Ginecología: Carlos Quesnel García-Benítez

Biología de la Reproducción: Juan Carlos Barros Delgadillo

Medicina Materno Fetal: Sandra Acevedo Gallegos

Uroginecología: Silvia Rodríguez Colorado

Coordinador editorial: Enrique Nieto Ramírez

CONSEJO EDITORIAL

Samuel Karchmer K
Roberto Ahued Ahued
René Bailón Uriza
Alberto Kably Ambe

José de Jesús Montoya Romero
Ernesto Castelazo Morales
Sergio Fajardo Dueñas

Juan de Dios Maldonado Alvarado
Cuauhtémoc Celis González
Javier Gómezpedroso Rea

COMITÉ DE REVISORES

OBSTETRICIA

Armando Alberto Moreno Santillán
Francisco José Bernárdez Zapata
Miguel Ambás Argüelles
Leidy Marcela Martínez Adame
Sergio Fajardo Dueñas
Ernesto Barrios Prieto
Sergio Rosales Ortiz
Francisco Javier Ruiloba Portilla

GINECOLOGÍA

Carlos Aranda Flores
Emigdio Torres Farías
Luis C Uribe Ramírez
Denys Elizabeth Delgado Amador
Ana Cristina Arteaga Gómez
Arturo Novoa Vargas
Karla Cecilia Font López

BIOLOGÍA DE LA REPRODUCCIÓN

Emilio Valerio Castro
Armando Miguel Roque Sánchez
Roberto Santos Haliscak
José María Mojarra Estrada
Carlos Salazar López Ortiz
Víctor Saúl Vital Reyes

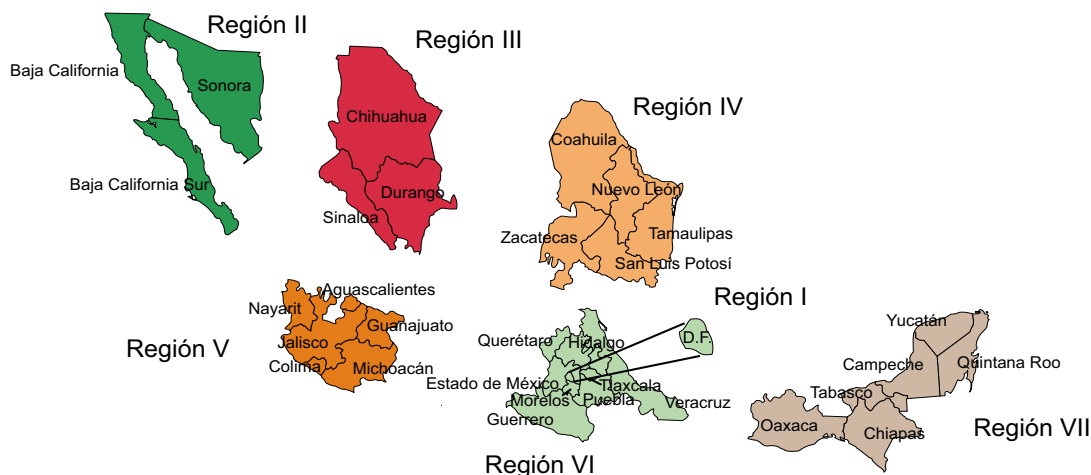
MEDICINA MATERNO FETAL

Dora Gilda Mayén Molina
Salvador Espino y Sosa
Antonio Jesús Briseño Sainz
Juan Manuel Gallardo Gaona
Mónica Cruz Lemini
Jana López Felix
Yazmín Copado Mendoza
Leticia Flores Gallegos
Mayela Berenice Gómez Jaime
Yuridia Guadalupe Ruiz Silva

UROGINECOLOGÍA

Patricia Velázquez Castellanos
Pilar Velázquez Sánchez
Viridiana Gorbea Chávez
Atziri Ramírez Negrín
Andrea Alicia Olguín Ortega

Casos Clínicos de Ginecología y Obstetricia de México, año 1, número 1, enero 2024. Es una publicación mensual editada por la Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología A. C., fundada por la Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia A. C. Nueva York #38, colonia Nápoles, Ciudad de México, Delegación Benito Juárez, CP 03810. Teléfono: 5689-4320, <https://ginecologiyobstetricia.org.mx>, enieto@enieto.mx. Editor responsable: Enrique Nieto Ramírez. Reserva de derecho al uso exclusivo: 04-2017-080418390200-203, ambos otorgados por el Instituto Nacional de Derechos de Autor. Encargado de la última actualización: Edición y Farmacia S.A. de C.V. (Nieto Editores), fecha: enero, 2024.



Agrupaciones federadas

Región	Región
Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, A.C.I	Colegio Irapuatense de Ginecología y Obstetricia, A.C. V
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Tijuana, A.C. II	Colegio Colimense de Ginecología y Obstetricia, A.C. V
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Mexicali, A.C. II	Colegio de Especialistas en Ginecología y Obstetricia de la costa de Jalisco, A.C. V
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Ensenada, A.C. II	Colegio de Ginecología y Obstetricia de Nayarit, A.C. V
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Ciudad Obregón, A.C. II	Colegio de Ginecología y Obstetricia de Zamora, A.C. V
Colegio de Ginecología y Obstetricia de San Luis R.C. Sonora, A.C.II	Colegio de Obstetricia y Ginecología de Salamanca, A.C. V
Colegio Sudcaliforniano de Ginecología y Obstetricia, A.C. II	Colegio de Ginecología y Obstetricia del Sur de Jalisco, A.C. V
Colegio de Ginecobstetras de Guaymas, A.C. II	Colegio de Gineco-Obstetras de Uruapan, A.C. V
Colegio de Ginecólogos y Obstetras de Hermosillo, A.C. II	Colegio de Ginecología y Obstetricia de los Altos de Jalisco, A.C. V
Colegio de Ginecología y Obstetricia del Norte de Sonora, A.C. II	Colegio de Ginecología y Obstetricia de Acámbaro, A.C. V
Colegio Sinaloense de Ginecología y Obstetricia, A.C. III	Asociación de Ginecología y Obstetricia de la Piedad, A.C. V
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Chihuahua, A.C. III	Colegio de Ginecólogos y Obstetras del Estado de Puebla, A.C. VI
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Cd. Juárez, A.C. III	Colegio Veracruzano de Ginecología y Obstetricia, A.C. VI
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Durango, A.C. III	Colegio Xalapeño de Ginecología y Obstetricia, A.C. VI
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Mazatlán, A.C. III	Asociación de Ginecología y Obstetricia de Córdoba y Orizaba, A.C.M
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Los Mochis, A.C. III	Colegio Guerrerense de Gineco-Obstetras, A.C. VI
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Parral, Chihuahua, A.C. III	Colegio Mexiquense de Ginecología y Obstetricia, A.C. VI
Sociedad Cuauhtemense de Ginecología, A.C. III	Colegio Hidalguense de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, A.C. VI
Colegio de Gineco-Obstetras Guasave-Guamuchil, A.C. III	Colegio de Médicos Especialistas en Ginecología y Obstetricia de Querétaro, A.C. VI
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Delicias, A. C. III	Colegio de Ginecólogos de la Región Minatitlán Veracruz, A.C. VI
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Monterrey, A.C. IV	Colegio de Ginecólogos y Obstetras de Tuxpam, Ver., A.C. VI
Colegio de Ginecología y Obstetricia de la Laguna, A.C. IV	Colegio de Ginecología y Obstetricia de Morelos, A.C. VI
Colegio de Ginecología y Obstetricia de San Luis Potosí, S.C. IV	Colegio de Ginecología y Obstetricia del Estado de Tlaxcala, A.C. VI
Colegio de Ginecobstetras de la Zona Sur de Tamaulipas, A.C. IV	Colegio de Ginecología y Obstetricia de Chilpancingo, Gro., A.C. VI
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Monclova, A.C. IV	Colegio Gineco-Obstétrico de Tehuacán, A.C. VI
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Nuevo Laredo, A.C. IV	Colegio Pozarricense de Ginecología y Obstetricia, A.C. VI
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Reynosa, A.C. IV	Colegio de Ginecología y Obstetricia de Yucatán, A.C. VII
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Saltillo, A.C. IV	Colegio de Ginecología y Obstetricia del Estado de Tabasco, A.C. VII
Colegio Victorens de Ginecología y Obstetricia, A.C. IV	Colegio Oaxaqueño de Ginecología y Obstetricia, A.C. VII
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Matamoros, Tamaulipas, A.C. IV	Colegio de Ginecólogas, Ginecólogos y Obstetras en Chiapas, A.C.VII
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Zacatecas, A.C. IV	Colegio de Obstetricia y Ginecología de Quintana Roo, A.C. VII
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Río Verde, S.L.P., A.C. IV	Colegio de Ginecología y Obstetricia de Campeche, A.C. VII
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Cd. Valles, S.L.P. y Zona Huasteca, A.C. IV	Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Coatzacoalcos, A.C. VII
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Matehuala, A.C. IV	Colegio de Ginecología y Obstetricia de la Cuenca del Papaloapan, A.C. VII
Colegio de Médicos Gineco-Obstetras del Estado de Jalisco, A.C. V	Colegio de Ginecólogos y Obstetras de Ciudad del Carmen, Campeche, A.C. VII
Colegio de Ginecología y Obstetricia de León, A.C. V	Colegio de Ginecólogos y Obstetras de Ciudad del Carmen, Campeche, A.C. VII
Colegio de Ginecólogos y Obstetras de Michoacán, A.C. V	Colegio de Ginecólogos de los Altos de Chiapas, A.C.
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Aguascalientes, A.C. V	
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Celaya, Gto., A.C. V	



CASOS CLÍNICOS DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología, A.C.

Fundada en 1960

Consejo Directivo 2023-2025

Paulo Felipe Meade Treviño
Presidente

Jorge Carlos Méndez Trujeque
Vicepresidente

Carlos Gerardo Salazar López Ortiz
Primer Secretario propietario

Emilio Valerio Castro
Segundo Secretario propietario

Irma Maricela Quintero Estrella
Primera Secretaria suplente

Verónica Gámez Santiago
Segunda Secretaria suplente

Leonel Alfonso Pedraza González
Tesorero

Francisco Javier Borrajo Carbajal
Subtesorero

Directores regionales 2022-2024

Gilberto Tena Alavez
Región I
Julieta Márquez Villegas
Región II
Paúl Alberto Sandoval Quiñones
Región III

Leticia Maldonado Gómez
Región IV
Sinuhé Torres Medina
Región V
José Ramón Rivera Ruiz
Región VI

Gumersindo Gaspar Vázquez Castillo
Región VII

Afiliada a:



FLASOG
Federación Latino
Americana de Sociedades
de Obstetricia y Ginecología
Fundada en 1952



FIGO
International Federation of
Gynecology and Obstetrics
Fundada en 1954

Indizada en:

SCIELO, PUBMED, ÍNDICE MÉDICO LATINOAMERICANO, LILACS, MEDLINE,
SCIENCE CITATION INDEX, ULRICH, EBSCO.



Casos clínicos de Ginecología y Obstetricia de México es la respuesta a los ginecoobstetras federados y a todos los colegas latinoamericanos y españoles que, permanentemente, y de una manera creciente buscan, porque requieren, publicar sus experiencias, por cotidianas o por excepcionales, que desean compartir con el resto de la comunidad médica de nuestra especialidad.

En años recientes, la cantidad de casos clínicos recibidos se ha venido duplicando y triplicando en el último ejercicio. Esto generó rezago en la aceptación de gran parte de ellos o postergación para publicar los aceptados, por la limitante de no sobrepasar la cantidad admisible para no ser mayor que la de artículos originales.

Uno de los proyectos del nuevo Consejo Directivo de la FEMECOG es facilitar a nuestros residentes un foro para la publicación de sus casos, tarea encomendada a la mayoría de ellos como parte de su formación curricular. La respuesta está en esta nueva publicación alterna a nuestra ya tradicional y acreditada GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO que este año cumple 79 años de aparición ininterrumpida.

Con esta edición se inicia la publicación mensual de ***Casos clínicos de Ginecología y Obstetricia de México***, que habrá de constituirse en la primera experiencia de publicación de gran parte de los residentes de nuestra especialidad. La revisión por pares, ya dispuesta con ginecoobstetras experimentados, habrá de convertirse en una guía y aliciente para avanzar en el camino de la investigación clínica, que se inicia en la integración de las historias clínicas que, poco a poco, van perfeccionándose hasta convertirse en verdaderos documentos de salud de nuestros pacientes y de los quebrantos que los afligen y que a todos corresponde aliviar, prevenir y no complicar.

El editor, el coeditor y el cuerpo de revisores serán el sustento fundamental para que ***Casos clínicos de Ginecología y Obstetricia de México*** alcance, con el tiempo, igual reconocimiento que nuestra prestigiada revista que fundó, en 1945, la Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, donde fue su órgano oficial y, después lo fue, conjuntamente, con varias sociedades afiliadas y, a partir de 1960, lo es de la FEMECOG. Su primer editor fue el doctor Carlos D Guerrero y hoy quedan en este cargo los doctores José Niz Ramos como editor y Juan Carlos Barros Delgadillo como coeditor.

PARA DESCARGA:

www.ginecologiayobstetricia.org.mx

En horabuena
Paulo Meade Treviño
Presidente de la FEMECOG



Carcinoma basocelular de la vulva. Reporte de un caso

Basal cell carcinoma of the vulva. A case report.

Lorenza María Luengo Fernández,¹ Thania Castro Belio,² Luis Miguel Moreno López,³ Sergio B Muñoz Cortés,⁴ Azcary Vázquez Tinajero,⁵ María Ivonne Arellano Mendoza⁶

¹ Residente de tercer año de Dermatología.

² Residente de segundo año de Oncología.

³ Dermatólogo, jefe del servicio de Dermatopatología.

⁴ Ginecoobstetra, jefe de la Unidad de Colposcopia.

⁵ Oncólogo, adscrito al servicio de Oncología.

⁶ Dermatólogo, adscrito al servicio de Dermatología.

Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, Ciudad de México.

Correspondencia

Lorenza María Luengo Fernández
lore_3490@hotmail.com

Recibido: agosto 2022

Aceptado: octubre 2023

Este artículo debe citarse como: Luengo-Fernández LM, Castro-Belio T, Moreno-López LM, Muñoz-Cortés SB, Vázquez-Tinajero A, Arellano-Mendoza MI. Carcinoma basocelular de la vulva. Reporte de un caso. Casos Clínicos de GOM 2024; 1 (1): 1-6.

Resumen

ANTECEDENTES: El carcinoma basocelular de la vulva representa menos del 5% de todos los tumores vulvares. Debido a su baja sospecha y su similitud clínica con otros tumores de la misma zona, lo más habitual es el diagnóstico y tratamiento tardíos.

CASO CLÍNICO: Paciente de 73 años con una lesión nodular en la vulva, de un año de evolución. La biopsia escisional dio pie a sospechar un tumor benigno; sin embargo, el reporte histopatológico fue de carcinoma basocelular nodular. En un segundo tiempo quirúrgico se efectuó la ampliación de los márgenes, con desenlace favorable.

CONCLUSIÓN: La sospecha clínica siempre es importante, de la mano de una biopsia de confirmación de las tumoraciones nodulares de la vulva; con ello se asegura un mejor tratamiento y pronóstico de las pacientes.

PALABRAS CLAVE: Vulva; carcinoma basocelular; cirugía; estudio histopatológico.

Abstract

BACKGROUND: Basal cell carcinoma of the vulva represents less than 5% of all vulvar tumors. Due to its rarity and clinical similarity to other tumors in the same area, a delay in diagnosis and treatment is common.

OBJECTIVE: We present a case of basal cell carcinoma of the vulva, an entity that requires high clinical suspicion and histopathological study to make the diagnosis.

PARA DESCARGA:

<https://doi.org/10.24245/gom.v1i1.9093>

www.ginecologiayobstetricia.org.mx

CLINICAL CASE: We report the case of a 73-year-old patient who consulted for a nodular lesion in the vulva that had been present for one year. An excisional biopsy was performed with suspicion of a benign tumor, however the results of the histopathological study confirmed a nodular basal cell carcinoma. In a second surgical intervention margins were widened with favorable results.

CONCLUSION: When addressing vulvar tumors, clinical suspicion is important and a confirmatory biopsy of nodular tumors should always be performed to ensure the best treatment and prognosis for patients.

KEYWORDS: Vulva; Basal cell carcinoma; Surgery; Histology.

INTRODUCCIÓN

La localización en la vulva de un carcinoma basocelular es realmente excepcional, representa apenas el 1% de todos los carcinomas de este tipo diagnosticados y menos del 5% de la totalidad de las neoplasias vulvares.^{1,2} Es fácil confundirlo con otras neoplasias más frecuentes de la región vulvar,³ lo que retrasa el diagnóstico, incluso hasta en cinco años.⁴ Aparece en pacientes con una media de edad de 66 años, y su mayor localización es en el labio mayor. Los factores de riesgo son similares a los del carcinoma basocelular de otras localizaciones.⁴ El diagnóstico es histológico y el tratamiento de elección es quirúrgico. Su recurrencia varía desde 10 hasta 25%, quizá debido al tamaño de las lesiones (más de 20 mm), a escisiones incompletas con márgenes quirúrgicos inadecuados (menores de 3 mm) y a la baja incidencia, en general, del carcinoma basocelular de la vulva.^{5,6}

CASO CLÍNICO

Paciente de 73 años, originaria y residente de la Ciudad de México, dedicada al hogar, sin antecedentes de importancia. Acudió a la consulta externa debido a la aparición de una dermatosis localizada en la vulva, en el tercio superior del labio menor derecho. Estaba constituida por una tumoración de aspecto nódulo-quístico del color de la piel, de 8 x 8 mm de diámetro con una zona central de pigmento negruzco, ligeramente indurada a la palpación, de bordes regulares debidamente definidos (**Figura 1**). El resto de la exploración física transcurrió sin alteraciones. Al interrogatorio refirió haber advertido la lesión un año antes, sin síntomas acompañantes ni tratamiento previo. Solicitó la consulta por notar el aumento de tamaño. Por la sospecha de un tumor benigno de anexos, como el hidradenoma papilífero, se decidió la toma de una biopsia escisional. El reporte histopatológico fue de: proliferación de estirpe epitelial, asimétrica, debidamente delimitada, constituida por masas de células basaloideas de núcleo ovalado, basofílico e hiper cromático, con escaso citoplasma que en la periferia se disponían en empalizada, con retracción del estroma. Al centro se observó una estructura quística prominente (**Figura 2**). Por lo anterior, se estableció el diagnóstico de carcinoma basocelular nodular, con patrón sólido y quístico. A pesar de que no estaban tomados ni el lecho ni los márgenes, por las elevadas tasas de recurrencia, se decidió volver a reintervenir a la paciente para ampliación de márgenes de 7 mm (**Figura 3**), con evolución favorable, sin recurrencia de alguna lesión, hasta la fecha del envío del manuscrito a publicación.

DISCUSIÓN

El carcinoma basocelular de la vulva representa menos del 1% de todos los carcinomas basocelulares diagnosticados.¹ Sin embargo, por los cambios en el estilo de vida en los últimos años se ha observado un incremento en su incidencia. Se inicia como una tumoración papular, del color de la piel o rosada, con localización más frecuente en los labios mayores. En mujeres caucásicas solo el 3% son pigmentados, mientras que en la población asiática alcanza, incluso, el 81%.⁶



Figura 1

En el tercio superior del labio menor derecho se observa una tumoración de aspecto nódulo-quístico del color de la piel, con una zona central de pigmento negruzco y bordes regulares debidamente definidos.

El cuadro clínico puede acompañarse de prurito, dolor y en lesiones de larga evolución suele haber ulceración y sangrado, lo que incrementa la sospecha clínica. El diagnóstico es histológico y los hallazgos son similares al carcinoma basocelular de otras localizaciones. El subtipo más frecuente es el nodular. El diagnóstico diferencial es con otros tumores vulvares malignos, como el carcinoma epidermoide, los tumores benignos anexiales, como el hidroadenoma papilífero vulvar y el adenoma tubular apocrino.⁷ Cuando aparece con lesiones ulcerosas crónicas puede confundirse con herpes genital recurrente.³

El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica, con márgenes amplios de al menos 3 mm o, de ser posible, la cirugía de Mohs, con la que la tasa de recurrencia locorregional es muy baja o nula y el riesgo de complicaciones es mínimo.^{1,5,6,8,9}

A pesar de que la cirugía de Mohs es la mejor opción de tratamiento, con múltiples reportes de éxito con y sin recurrencia a los tres años de seguimiento,^{2,9} pero no disponible en nuestra institución, se decidió la cirugía con márgenes amplios, como está descrito en múltiples reportes de caso;^{5,10} sin embargo, se dispone de poca información acerca de los márgenes

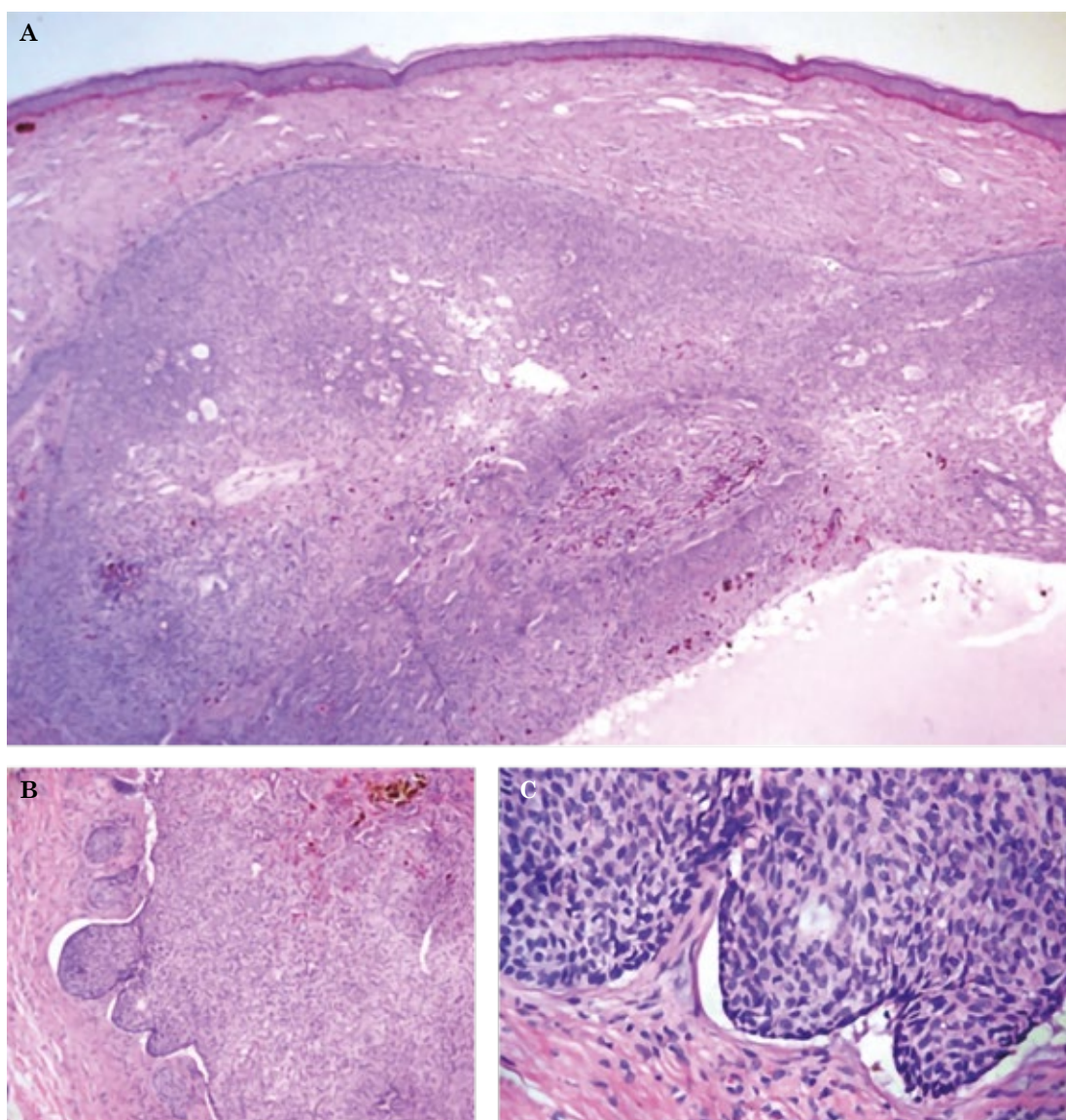


Figura 2

Estudio histopatológico, tinción HE. **A.** Proliferación debidamente delimitada de masas de células basaloides.

En la región inferior derecha se observa una estructura quística prominente. **B y C.** A mayor aumento se aprecian las zonas con empalizada en la periferia y retracción del estroma.

recomendados. Flipo y su grupo,⁵ en un estudio retrospectivo de 19 pacientes con carcinoma basocelular de la vulva tratadas quirúrgicamente, encontraron que hay mayor índice de recurrencia cuando los márgenes quirúrgicos son menores a 3 mm. Por este motivo se optó por la ampliación de los márgenes a 7 mm.

Otros posibles tratamientos incluyen a la radioterapia, inmunoterapia tópica y, recientemente, la criocirugía.¹¹ La recurrencia local es frecuente, con diseminación visceral en un caso.⁴ La combinación del tamaño del tumor con su grosor y el margen quirúrgico dejado son factores pronósticos más significativos que el subtipo histológico de tumor.⁵



Figura 3

Marcaje realizado antes de la segunda intervención quirúrgica para ampliación de márgenes.

La recomendación para la atención de pacientes con una tumoración en la región vulvar, a pesar de que la sospecha clínica sea de un tumor benigno, es tomar una biopsia diagnóstica de confirmación pues al tratarse de una neoplasia maligna, por la región anatómica, la morbilidad es elevada y el tratamiento complejo, con altos índices de recurrencia.^{5,6} Siempre convendrá, como primera elección, la cirugía de Mohs porque es la que menor tasa de recurrencia ha demostrado.^{1,2,9} Cuando no es posible queda la escisión quirúrgica con márgenes amplios, de por lo menos 3 mm.⁵

CONCLUSIÓN

La sospecha clínica nunca saldrá sobrando y para confirmarla, o descartarla, está la biopsia que habrá de confirmar o no que se trata de tumoraciones nodulares de la vulva. Esta conducta permite asegurar el mejor tratamiento y pronóstico de las pacientes.

REFERENCIAS

1. Michalski BM, Pfeifer JD, Mutch D, Council ML. Cancer of the Vulva: A Review. *Dermatol Surg.* 2021 1;47(2):174-183. <https://doi.org/10.1097/DSS.0000000000002584>

2. Renati S, Henderson C, Aluko A, Burgin S. Basal cell carcinoma of the vulva: a case report and systematic review of the literature. *Int J Dermatol*. 2019;58(8):892-902. <https://doi.org/10.1111/ijd.14307>
3. Rudd JC, Li C, Hajiannasab R, Sharma P. Diagnosing Basal Cell Carcinoma of the Vulva: A Case Report and Review of the Literature. *Cureus*. 2021;29:13(12). <https://doi.org/10.7759/cureus.20791>
4. Mateus C, Fortier-Beaulieu M, Lhomme C, Rochard F, Castaigne D, Duvillard P, Avril MF. Carcinome basocellulaire de la vulve: 21 cas [Basal cell carcinoma of the vulva: 21 cases]. *Ann Dermatol Venereol*. 2001;128(1):11-5.
5. Flipo R, Bani MA, Rejaibi S, Talhi N, Sastre-Garau X. Vulvar Basal Cell Carcinoma: Clinical and Histopathologic Features. *Int J Gynecol Pathol*. 2022;1;41(1):86-92. <https://doi.org/10.1097/PGP.0000000000000771>
6. Tan A, Bieber AK, Stein JA, Pomeranz MK. Diagnosis and management of vulvar cancer: A review. *J Am Acad Dermatol*. 2019;81(6):1387-1396. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2019.07.055>
7. Jain S, Valiulla K, Dongre AM, Malkar BV. Tubular Apocrine Adenoma on Vulva: An Unusual Location. *Indian Dermatol Online J* 2018;9(5):346-348. https://doi.org/10.4103/idoj.IDOJ_343_17
8. Wohlmuth C, Vulvar malignancies: an interdisciplinary perspective. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2019;17(12):1257-1276. <https://doi.org/10.1111/ddg.13995>
9. Sinha K, Abdul-Wahab A, Calonje E, Craythorne E, Lewis FM. Basal cell carcinoma of the vulva: treatment with Mohs micrographic surgery. *Clin Exp Dermatol*. 2019;44(6):651-653. <https://doi.org/10.1111/ced.13881>
10. Santos BCM, Guilherme MR, Cruz MT, Machado MS, Imazu LE. Basal cell carcinoma of the vulva: a case report of cutaneous neoplasia in a special area. *Surg Cosmet Dermatol*. 2021;13:1-4. <http://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.2021130033>
11. Rodríguez VG, De la Fuente García A, Torres MA, Flores MG, Moreno GJ, Candiani JO. Could cryosurgery be an alternative treatment for basal cell carcinoma of the vulva *Indian Dermatol Online J*. 2014;5(2):160-3. <https://doi.org/10.4103/2229-5178.131089>



Diagnóstico de hígado graso agudo del embarazo. Revisión bibliográfica y reporte de caso

Diagnosis of acute fatty liver in pregnancy. Literature review and case report.

Diana Ojeda Morales,¹ Fernando Alberto García Parroquin,² Jorge Iván Zurutuza Lorméndez³

¹ Residente de primer año de Ginecología y Obstetricia.

² Ginecoobstetra.

Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional de Xalapa Dr. Luis F. Nachón, Veracruz.

³ Epidemiólogo, Centro de Salud José Maraboto, Secretaría de Salud de Veracruz, Veracruz.

Correspondencia

Diana Ojeda Morales
ojeda_moralesd@hotmail.com

Recibido: febrero 2023

Aceptado: octubre 2023

Este artículo debe citarse como: Ojeda-Morales D, García-Parroquin FA, Zurutuza-Lorméndez JI. Diagnóstico de hígado graso agudo del embarazo. Revisión bibliográfica y reporte de caso. Casos Clínicos de GOM 2024; 1 (1): 7-14.

Resumen

ANTECEDENTES: El hígado graso agudo del embarazo es una enfermedad poco frecuente, potencialmente fatal, que suele aparecer durante el tercer trimestre de la gestación; se considera una urgencia obstétrica. Para el diagnóstico de esta enfermedad, los criterios de Swansea se han validado de manera prospectiva.

CASO CLÍNICO: Paciente de 27 años, con 33.2 semanas de embarazo, con tensión arterial a su ingreso de: 136-87 mmHg, frecuencia cardíaca de 101 lpm, frecuencia respiratoria de 20 rpm, peso de 59 kg, talla de 1.45 m e IMC 28.06 kg/m². Inició con datos clínicos de amenaza de parto pretérmino, síndrome icterico y bradicardia fetal. Ante la gravedad del cuadro se decidió finalizar el embarazo mediante cesárea, con posterior traslado a la unidad de cuidados intensivos. La paciente reunió ocho criterios de Swansea con los que se estableció el diagnóstico de hígado graso agudo del embarazo.

CONCLUSIONES: El hígado graso agudo debe reconocerse y diagnosticarse tempranamente a fin de lograr los beneficios para el feto y la madre. Puesto que es una complicación poco frecuente es fundamental conocer los criterios de Swansea para aumentar la sospecha diagnóstica.

PALABRAS CLAVE: Hígado graso agudo del embarazo; cesárea; presión arterial; índice de masa corporal; bradicardia; frecuencia respiratoria; hígado graso; parto prematuro.

PARA DESCARGA:

<https://doi.org/10.24245/gom.v1i1.8652>

www.ginecologiyobstetricia.org.mx

Abstract

BACKGROUND: Acute fatty hepatopathy of pregnancy is a rare, life-threatening disease that usually occurs during the third trimester of gestation; it is considered an obstetric emergency. The Swansea criteria have been prospectively validated for the diagnosis of this disease.

CLINICAL CASE: 27-year-old patient, 33.2 weeks pregnant, with blood pressure at admission: 136-87 mmHg, heart rate 101 bpm, respiratory rate 20 rpm, weight 59 kg, height 1.45 m and BMI 28.06 kg/m². She started with clinical data of threatened preterm labor, icteric syndrome and fetal bradycardia. Given the severity of the condition, it was decided to terminate the pregnancy by cesarean section, with subsequent transfer to the intensive care unit. The patient met eight Swansea criteria with which the diagnosis of acute fatty liver of pregnancy was established.

CONCLUSIONS: Acute fatty liver should be recognized and diagnosed early to achieve fetal and maternal benefits. Since it is a rare complication, it is essential to know the Swansea criteria to increase diagnostic suspicion.

KEYWORDS: Acute fatty liver of pregnancy; Cesarean section; Blood pressure; Body Mass Index; Bradycardia; Respiratory rate; Fatty liver; Obstetric labor, premature.

ANTECEDENTES

El hígado graso agudo del embarazo es una enfermedad infrecuente, potencialmente fatal, que por lo general aparece durante el tercer trimestre; se considera una urgencia obstétrica para la madre y para el feto.^{1,2,3} Su evolución puede ser o no aguda y se caracteriza por ser inespecífica y de síntomas variables, circunstancia que genera un reto diagnóstico.⁴⁻⁷

En estudios epidemiológicos recientes la incidencia del hígado graso agudo del embarazo varía de 1:7000 a 1:15000 embarazos.² Estudios de cohorte efectuados en Estados Unidos concluyeron que es una enfermedad menos frecuente que la preeclampsia y el síndrome de HELLP. Su incidencia es de 134 casos por cada 15,000 embarazos.^{8,9} Afecta a mujeres de todas las edades, sin haberse encontrado una característica sociodemográfica distintiva.¹⁰ Estimaciones recientes reportan una mortalidad aproximada al 60%.^{2-6,11,12}

Si bien la fisiopatología del hígado graso agudo del embarazo se desconoce, los estudios moleculares sugieren que se trata de una disfunción mitocondrial. Existe una estrecha relación entre el hígado graso agudo del embarazo y los defectos en la oxidación de ácidos grasos en la placenta y en el feto.^{2,3} Se ha observado una deficiencia de la enzima 3 hidroxiaxil-CoA deshidrogenasa de cadena larga (LCHAD) originada por una mutación autosómica recesiva del gen ACADM que causa un exceso de ácidos grasos de cadena larga en el feto, mismos que llegan a la circulación materna y sobrepasan la competencia de la función hepática de la madre, lo que da lugar a insuficiencia hepática.¹³ En algunos casos, el hígado graso agudo del embarazo se ha reportado en pacientes sin defectos genéticos en la síntesis de ácidos grasos, lo que sugiere la deficiencia de la oxidación de ácidos grasos en el feto.¹⁴ Los procesos que controlan la producción y almacenamiento de energía se encuentran alterados, lo que genera un estado de estrés oxidativo, aumento de la cantidad de receptores de inflamación y de sus vías, incluidas NF-κB y JNK que, a su vez, incrementan la producción de citocinas proinflamatorias, principalmente TNF-α y TNF-β.¹⁵

Bajo la perspectiva de lo complejo que puede llegar a ser el procedimiento diagnóstico y tratamiento de esta afección, el objetivo del reporte fue describir un caso de hígado graso agudo del embarazo, puntualizando los criterios diagnósticos, la manifestación clínica y el procedimiento terapéutico de acuerdo con la revisión de la bibliografía.

CASO CLÍNICO

Paciente de 27 años, con antecedente de dos embarazos, el actual con 33.2 semanas de gestación; acudió a valoración debido a algias obstétricas sin náuseas o emesis. Se encontró afebril, sin datos de vasoespasmo y sin pérdidas transvaginales. A la exploración física se encontró con peso de 59 kg, talla de 1.45 m e índice de masa corporal de 28.06 kg/m², consciente, orientada, tegumentos con tinte icterico, subhidratada, con 36.3 °C de temperatura. La función cardiopulmonar sin afectación aparente, con tensión arterial de 136-87 mmHg, con feto único vivo, con frecuencia cardiaca fetal de 130 latidos por minuto, en situación longitudinal, presentación cefálica, dorso a la izquierda, con actividad uterina durante la exploración, sin dolor a la inspección de los genitales, sin evidencia de pérdidas transvaginales. Al tacto vaginal con cuello del útero posterior, de consistencia blanda, con borramiento del 30%, dilatación de 2 cm, descenso fetal -3, Tarnier y Valsalva negativas, las extremidades se advirtieron sin alteraciones. Se practicó un rastreo ultrasonográfico y se encontró un feto único vivo de 30.5 semanas de gestación determinadas por fetometría, con adecuados movimientos respiratorios y fetales, placenta corporal anterior grado II en la escala de Granum, índice de líquido amniótico de 8 cc, peso fetal estimado de 1290 g. Al rastreo ultrasonográfico endovaginal se encontró una longitud cervical con 16 mm. Por lo anterior, se decidió su ingreso al área de tococirugía con los siguientes antecedentes: dos embarazos previos y el actual de 33.2 semanas de gestación establecidas por ultrasonido de un estudio previo del primer trimestre, y amenaza de parto pretérmino. La tocolisis se inició con un calcioantagonista de acción rápida, antagonista de prostaglandinas y antagonista del receptor de oxitocina, además de corticosteroides antenatales para maduración pulmonar con 12 mg de betametasona administrados por vía intramuscular cada 24 horas en dos dosis. A su ingreso se le practicaron estudios de laboratorio: los reportes se encuentran en el **Cuadro 1**.

En el transcurso de las primeras horas de hospitalización experimentó un deterioro del estado fetal, con bradicardia fetal, misma que no reaccionó favorablemente a las maniobras de reanimación intrauterina. La frecuencia cardiaca fetal alcanzó, incluso 80 lpm. Ante ese cuadro clínico se decidió la interrupción del embarazo, con diagnóstico presuntivo de síndrome de HELLP. Durante el procedimiento quirúrgico se observaron membranas, placenta y líquido amniótico con tinte icterico +++, abundante ascitis, sangrado de 150 cc. Se obtuvo una recién nacida de 1640 g, talla de 42 cm, Apgar 3/7 y Capurro de 34 semanas de gestación que ameritó ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales. Durante su estancia en la sala de recuperación, la paciente tuvo sangrado cuantificado en 500 cc, secundario a subinvolución uterina, que se trató con 100 mcg de carbetocina, con adecuada respuesta, hipotensión arterial que respondió a la reanimación con líquidos intravenosos. La gasometría se reportó con pH 7.32, pCO₂ de 32 mmHg, pO₂ 81 mmHg, lactato 2.3 mmol/L, BEecf -9.6 mmol/L, HCO₃ 16.3 mmol/L. Por lo anterior, se le indicó oxígeno suplementario con mascarilla, reservorio a 8 litros por minuto.

De acuerdo con los exámenes de laboratorio practicados enseguida del procedimiento quirúrgico (**Cuadro 1**) la paciente cumplió con 7 de 14 criterios de Swansea para el diagnóstico de hígado graso agudo del embarazo. Además, un día posterior a la finalización del embarazo tuvo cifras de tensión arterial mayores a 140-90 mmHg en más de dos ocasiones, con una separación de cuatro horas, por lo que también cumplió con datos de preeclampsia con criterios de severidad, así como lesión renal aguda estadio II por superar al doble el valor basal las concentraciones de creatinina sérica, según la clasificación Acute Kidney Injury Network (AKN).

Cuadro 1. Reportes de laboratorio

Estudios de laboratorio	Al ingreso	Posquirúrgico inmediato	Egreso de cuidados intensivos	Dos semanas posteriores al egreso hospitalario
Hemoglobina	15.5 g/dL	14g/dL	9.3 g/dL	12.2 g/dL
Hematocrito	45.1%	40.1%	26.9%	37.2%
Plaquetas	129,000	180,000	133 000	493 000
Leucocitos	12.27	19.11	17.42	6.54
Grupo sanguíneo	(A) RH +			
Tiempo de protrombina	17.9s	22.1 s	11.7s	11s
Tiempo parcial de protrombina	38.4s	34.6 s	29.1s	29.2s
INR	1.54	1.88	1.02	1.01
Glucosa	81 mg/dL	123 mg/dL	74 mg/dL	88 mg/dL
Ácido úrico	12.8 mg/dL	13.7 mg/dL	6.4 mg/dL	4 mg/dL
Urea	34 mg/dL	56 mg/dL	21 mg/dL	13 mg/dL
Creatinina sérica	1.55 mg/dL	1.96 mg/dL	0.60 mg/dL	0.66 mg/dL
Lactato deshidrogenasa	598 UI/L	502 U/L	544 U/L	350 U/L
Bilirrubina total	10.12 mg/dL	11.21 mg/dL	3.13 mg/dL	1.17 mg/dL
Bilirrubina directa	9.19 mg/dL	9.9 mg/dL	2.73 mg/dL	0.78 mg/dL
Bilirrubina indirecta	0.93 mg/dL	1.2 mg/dL	0.41 mg/dL	0.39 mg/dL
Aspartato aminotransferasa	47 UI/L	61 UI/L	64 U/L	33 U/L
Alanina aminotransferasa	29 UI/L	35 UI/L	33 U/L	40 U/L
Gamma-glutamil transferasa		537.10 UI/L		
Amilasa		97.72 UI/L		
Lipasa		201.1 UI/L		
Hepatitis B		No reactivo		
Hepatitis C		No reactivo		
Sodio		132 mmol/L		142.5
Potasio		5.69 mmol/L		3.71
Cloro		106 mmol/L		104
Calcio		8.64 mg/dL		10.51
Virus de inmunodeficiencia humana	No reactivo			
VDRL	Negativo			
Examen general de orina	Bilirrubina 1 mg/dL, proteínas en orina 25 mg/dL, pH 6, sangre 10 Ery/mcl, esterasa leucocitaria negativo, nitritos negativos, densidad 1.015, en sedimento bacterias moderadas, eritrocitos 3/cpa, leucocitos 5/cpa.			

Datos tomados del expediente clínico.

Ante la gravedad del cuadro se decidió su traslado a la unidad de cuidados intensivos de un centro de tercer nivel, en donde se le transfundió un paquete globular y otro de plasma fresco congelado. Además, en la paracentesis se obtuvieron 400 cc de líquido de ascitis, de características: transparente, amarillo, coagulación negativa, celularidad de 70, polimorfonucleares de 81 y mononucleares de 19. Ameritó estancia en la unidad de cuidados intensivos durante cinco días. Se le advirtió desorientación intermitente, quizá debida a la encefalopatía y a los datos de derrame pleural derecho. A su alta de la unidad de cuidados intensivos se encontró con mejoría en el estado de consciencia, con tensión arterial normal sin tratamiento antihipertensivo, aún con un derrame pleural derecho, sin datos de dificultad respiratoria, volumen urinario promedio de 1.6 mL/kg/h, con los estudios de laboratorio reportados en el **Cuadro 1**.

Con franca mejoría se dio de alta y dos semanas posteriores se obtuvieron los siguientes reportes de laboratorio: proteínas totales en orina de 24 horas 216 mg, con tensión arterial normal sin tratamiento antihipertensivo y sin datos de dificultad respiratoria, por lo que finalizó el seguimiento en el segundo nivel de atención. El recién nacido permaneció en vigilancia en el servicio de Pediatría, área de crecimiento y desarrollo hasta su adecuada estabilización y ganancia de peso, donde estuvo hospitalizado durante 10 días y alta sin complicaciones.

METODOLOGÍA

En la base de datos de Pubmed y Google académico se efectuó una búsqueda con los términos MeSH en español e inglés de: hígado graso agudo del embarazo, diagnóstico y tratamiento. La búsqueda de artículos se limitó a los últimos 20 años y se incluyeron reportes de casos y revisiones bibliográficas. Los artículos identificados mediante la búsqueda bibliográfica fueron 561; después de la eliminación por duplicación y otras causas se seleccionaron 20 artículos, más otros utilizados como complemento del tema necesarios para sustentar algunos conceptos generales.

DISCUSIÓN

El hígado graso agudo del embarazo es una enfermedad grave y una urgencia obstétrica. Su diagnóstico sigue siendo un reto debido a su semejanza con otras afecciones de urgencia durante el embarazo. Algunos estudios han demostrado su aparición, entre 20 a 40% en casos de preeclampsia, en concomitancia con otros padecimientos e, incluso, un 20% de las pacientes con hígado graso agudo del embarazo se han diagnosticado, también, con síndrome de HELLP.² En la paciente del caso se sospechó el síndrome de HELLP que, posteriormente, se descartó, con una rápida evolución hacia insuficiencia hepática aguda con: coagulopatía, hipoglucemia e insuficiencia renal.^{2,16} El caso identificado se inició en el periodo establecido en la bibliografía de semanas de gestación (33 semanas) y, aunque tenía tinte icterico, éste no fue el motivo de consulta. Su aparición durante el posparto es infrecuente, aunque sí se han reportado casos.¹⁷ Por esto siempre debe considerarse el diagnóstico, incluso posterior al parto.

Las manifestaciones clínicas varían en relación con el grado de severidad, por lo que su diagnóstico temprano siempre es complejo.¹⁶ Esto se comprobó a lo largo de la evolución de la paciente. La maniobra inicial fue la tocolisis con lo que enseguida se inició el deterioro clínico hasta requerir una intervención quirúrgica urgente y atención en la unidad de cuidados intensivos. En la exploración física, las pacientes suelen encontrarse febriles y con ictericia, signos encontrados en más del 70% de los casos conforme la enfermedad avanza,¹⁶

con tinte icterico. Es importante recalcar que la paciente no acudió por este motivo de consulta, que incluso no lo había notado. En estudios de series de casos los síntomas más comunes son: náuseas y vómitos, hipertensión, dolor abdominal, ictericia y encefalopatía. El 90% experimentaron, al menos, un síntoma o una combinación de estos.⁴ En la paciente del caso la ictericia fue el síntoma de interés, acompañado de algias obstétricas que pudieran enmascarar el dolor abdominal referido en la bibliografía.

El diagnóstico es complejo, a pesar del adecuado interrogatorio, exploración física y pruebas diagnósticas. La sospecha clínica se inicia con la alteración de las pruebas de funcionamiento hepático. Los criterios de Swansea (alta probabilidad con 6 criterios o más) se establecieron debido a que la sensibilidad del ultrasonido para identificar ascitis o hiperluminiscencia hepática es menor al 50%.^{6,17} **(Cuadro 2)** Esos criterios se validaron de manera prospectiva para el diagnóstico de esta enfermedad. A lo largo del tiempo se ha demostrado su accesibilidad, menores complicaciones y riesgos que el patrón de referencia del diagnóstico: la biopsia hepática. Esta solo debe practicarse cuando el diagnóstico no sea claro, la manifestación sea severa o atípica y cuando el reporte histopatológico pueda influir en el tratamiento o la decisión de la interrupción del embarazo.^{2,6,18-22} En el momento crítico de la enfermedad la paciente llegó a reunir siete criterios de Swansea (coagulopatía, hiperbilirrubinemia, hiperuricemia, leucocitosis, ascitis, elevación de la creatinina y encefalopatía) lo que dio pie a una alta probabilidad de tener la enfermedad. En relación con estos criterios, Goel y colaboradores reportaron una sensibilidad del 100%, especificidad del 57%, con valor predictivo positivo del 85% y valor predictivo negativo del 100%.¹⁹ Por su parte, Tan y su grupo los identificaron como predictores de complicaciones mayores: insuficiencia hepática, encefalopatía hepática, coma, lesión renal aguda, edema pulmonar y hemorragia gastrointestinal.²⁰

El tratamiento de pacientes con hígado graso agudo del embarazo implica una combinación de estabilización de la madre (tratamiento de la vía aérea, hipertensión, corrección de la

Cuadro 2. Criterios diagnósticos para hígado graso agudo del embarazo

Criterios de Swansea
Vómitos
Dolor abdominal
Polidipsia/poliuria
Encefalopatía
Hiperbilirrubinemia >0.8 mg/dL
Hipoglucemia <72 mg/dL
Hiperuricemia
Leucocitosis >11x10 ⁹ /l
Ascitis o hiperluminiscencia hepática en el ultrasonido
Elevación de transaminasas >42 U/L
Elevación de amonio >66 mcmol
Creatinina sérica >1.7 mg/dL
Coagulopatía TP >14 s
Esteatosis microvesicular en la biopsia hepática

Modificado de 11. Knight M, Nelson-Piercy C, Kurinczuk JJ, Spark P, Brocklehurst P. A prospective national study of acute fatty liver of pregnancy in the UK. Gut 2008; 57 (7): 951-6. doi: 10.1136/gut.2008.148676

hipoglucemia, electrolitos y anormalidades de la coagulación) y la inmediata finalización del embarazo, sin importar las semanas que hayan transcurrido. La finalización del embarazo mediante cesárea está indicada si la probabilidad de parto durante las primeras 24 horas de la inducción es baja o si existe preocupación de una rápida descompensación de la madre o el feto.¹⁸⁻²² En la paciente del caso fue necesaria la finalización por vía abdominal para mejorar la probabilidad de supervivencia de ella y de su hijo.

El hígado graso agudo del embarazo suele ser reversible por lo que se espera que las pacientes recuperen la función normal en los siguientes siete días de posparto.² La paciente del caso tuvo la resolución completa del cuadro en las siguientes tres semanas de la finalización del embarazo, hecho que concuerda con lo reportado en la bibliografía.

CONCLUSIONES

El hígado graso agudo del embarazo es poco común y potencialmente fatal. En la paciente del caso la evolución fue rápida y tórpida. En muchas ocasiones, al inicio el padecimiento es por demás inespecífico, lo que ocasiona que el diagnóstico se retrase, sobre todo porque las pacientes pueden ignorar síntomas muy relevantes (como el tinte icterico en el caso expuesto) y enfocarse en los relacionados con el embarazo. La atención oportuna y especializada puede mejorar la evolución y el desenlace de la madre y el feto. Si bien los criterios de Swansea son decisivos para el diagnóstico de presunción, aun cuando se logre concretar la sospecha diagnóstica, la paciente puede ya encontrarse en un estado grave. Por esto la atención debe iniciarse de forma previa, con una evaluación y monitoreo continuo del estado clínico de la madre y el feto. Con esto se puede, incluso, interrumpir el embarazo antes de la sospecha diagnóstica. El seguimiento y atención estrechas en la unidad de terapia intensiva son importantes para lograr mejorar el pronóstico de la madre, posterior a la interrupción del embarazo, sobre todo porque durante el puerperio pueden sobrevenir la insuficiencia hepática y renal.

REFERENCIAS

1. Villegas N. Hígado graso agudo en el embarazo. *Rev Méd Sinerg* 2019; 4 (4): 26-31. doi: 10.31434/rms.v4i4.206
2. Liu J, Ghaziani TT, Wolf JL. Acute fatty liver disease of pregnancy: updates in pathogenesis, diagnosis, and management. *Am J Gastroenterol* 2017; 112 (6): 838-46. doi: 10.1038/ajg.2017.54
3. Vasconcelos A, Ascensão TC, Santos I. Acute fatty liver of pregnancy: rare, but potentially fatal. *Am J Case Rep* 2020; 21: e921122. doi: 10.12659/AJCR.921122
4. Nelson DB, Yost NP, Cunningham FG. Acute fatty liver of pregnancy: clinical outcomes and expected duration of recovery. *Am J Obstet Gynecol* 2013;209(5):1-7. doi: 10.1016/j.ajog.2013.07.006.
5. Westbrook RH, Dusheiko G, Williamson C. Pregnancy and liver disease. *J Hepatol* 2016; 64 (4): 933-45. doi: 10.1016/j.jhep.2015.11.030
6. Naoum EE, Leffert LR, Chitilian HV, Gray KJ, Bateman BT. Acute fatty liver of pregnancy: pathophysiology, anesthetic implications, and obstetrical management. *Anesthesiology* 2019; 130 (3): 446-61. doi: 10.1097/ALN.0000000000002597
7. Han XD, Cao X, Gu GF, Qin G. Analysis of seven consecutive cases of acute fatty liver of pregnancy: single center experience in China. *Int J Clin Exp Med* 2017; 10 (9): 13938-43. https://e-century.us/web/journal_toc.php?journal=ijcem&volume=10&number=9
8. Sheehan H. The pathology of acute yellow atrophy and delayed chloroform poisoning. *An Int J Obstetrics and Gynecology* 1940; 47 (1): 46-62. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1940.tb14731.x>
9. Allen AM, Kim WR, Larson JJ, Rosdahl JK, Yawn BP, McKeon K, et al. The epidemiology of liver diseases unique to pregnancy in a US community: a population-based study. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2016; 14 (2): 287-94. doi: 10.1016/j.cgh.2015.08.022
10. Ibdah JA. Acute fatty liver of pregnancy: An update on pathogenesis and clinical implications. *World J Gastroenterol* 2006; 12 (46): 7397-404. doi: 10.3748/wjg.v12.i46.7397

11. Knight M, Nelson-Piercy C, Kurinczuk JJ, Spark P, Brocklehurst P. A prospective national study of acute fatty liver of pregnancy in the UK. *Gut* 2008; 57 (7): 951-6. doi: 10.1136/gut.2008.148676
12. Fesenmeier MF, Coppage KH, Lambers DS, Barton JR, Sibai BM. Acute fatty liver of pregnancy in 3 tertiary care centers. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192 (5): 1416-19. doi: 10.1016/j.ajog.2004.12.035
13. Gorginzadeh M, Safari S, Alavian SM. Acute fatty liver of pregnancy: a life-threatening condition requiring a life-saving approach. *Hepat Mon* 2016;16 (6): e35256. doi: 10.5812/hepatmon.35256
14. Lindner M, Hoffmann G, Matern D. Newborn screening for disorders of fatty-acid oxidation: experience and recommendations from an expert meeting. *J Inherit Metab Dis* 2010; 33 (5): 521-26. doi: 10.1007/s10545-010-9076-8
15. Feldstein AE. Novel insights into the pathophysiology of nonalcoholic fatty liver disease. *Semin Liver Dis* 2010; 30 (4): 391-401. doi: 10.1055/s-0030-1267539
16. Ko H, Yoshida EM. Acute fatty liver of pregnancy. *Can J Gastroenterol* 2006; 20 (1): 25-30. doi: 10.1155/2006/638131
17. Cebolla-Gil P, Villalobos-Salguero. FJ, Díaz-Rabasa MB, Herrero-Serrano R, Ortega-Marcilla S, Rodríguez-Solanilla B. Hígado graso agudo del embarazo: caso clínico con inicio en el posparto. *Ginecol Obstet Mex* 2021; 89 (5): 415-19. <https://doi.org/10.24245/gom.v89i5.4791>
18. Tran TT, Ahn J, Reau NS. ACG Clinical Guideline: liver disease and pregnancy. *Am J Gastroenterol* 2016; 111 (2): 176-94. doi: 10.1038/ajg.2015.430
19. Goel A, Ramakrishna B, Zachariah U, Ramachandran J, Eapen CE, Kurian G, et al. How accurate are the Swansea criteria to diagnose acute fatty liver of pregnancy in predicting hepatic microvesicular steatosis? *Gut* 2011; 60 (1): 138-9. doi: 10.1136/gut.2009.198465
20. Tan J, Hou F, Xiong H, Pu L, Xiang P, Li C. Swansea criteria score in acute fatty liver of pregnancy. *Chin Med J (Engl)* 2022; 135 (7): 860-62. doi: 10.1097/CM9.0000000000001821
21. Shi Y, Wu H, Zhou X, Xu Q, Zheng L, Li D, et al. Analysis of clinical characteristics and genetic testing in patients with acute fatty liver of pregnancy: a retrospective study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2021; 21 (1): 617. doi: 10.1186/s12884-021-04095-8
22. Ronen J, Shaheen S, Steinberg D, Justus KR. Acute fatty liver of pregnancy: a thorough examination of a harmful obstetrical syndrome and its counterparts. *Cureus* 2018; 10 (2): e2164. doi: 10.7759/cureus.2164



Metástasis ovárica de melanoma uveal: reporte de un caso y revisión bibliográfica

Ovarian metastasis of uveal melanoma: a case report and a literature review.

Pablo Luque González,¹ Manuel Pantoja Garrido,¹ Alejandro Álvarez Muñoz,² Valle Aguilar Martín,¹ Francisco Márquez Maraver,¹ Inmaculada Rodríguez Jiménez,¹ Alfredo Polo Velasco¹

¹ Especialista en Obstetricia y Ginecología.

² Especialista en Anatomía Patológica.

Unidad de Gestión Clínica de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.

Correspondencia

Pablo Luque González
pabluqgon@gmail.com

Recibido: abril 2023

Aceptado: octubre 2023

Este artículo debe citarse como: Luque-González P, Pantoja-Garrido M, Álvarez-Muñoz A, Aguilar-Martín V, Márquez-Maraver F, Rodríguez-Jiménez I, Polo-Velasco A. Metástasis ovárica de melanoma uveal: reporte de un caso y revisión bibliográfica. Casos Clínicos de GOM 2024; 1 (1): 15-21.

Resumen

ANTECEDENTES: El melanoma uveal es de muy baja prevalencia. Su tasa de supervivencia a 5 años es del 81% y puede metastatizar a órganos como el hígado o, de manera excepcional, el ovario. Las lesiones metastásicas suelen reaccionar poco a la quimioterapia, con un pronóstico incierto.

CASO CLÍNICO: Paciente de 46 años, con diagnóstico de melanoma uveal establecido nueve años antes, con metástasis hepáticas y óseas resistentes a distintas líneas de tratamiento. Después de consultar debido a una distensión abdominal y disnea se le diagnosticó una masa anexial sugerente de malignidad, con efecto de compresión a los órganos vecinos. Con base en la consulta a un grupo de expertos se decidió practicarle una laparotomía exploradora, con exéresis junto con histerectomía y doble anexectomía. El reporte anatomopatológico informó el origen metastásico de la masa. Enseguida del posoperatorio, la paciente tuvo franca disminución de los síntomas e inició un nuevo tratamiento con ipilimumab; en la actualidad continúa en seguimiento.

CONCLUSIONES: Si bien el diagnóstico radiológico y anatomopatológico es complejo es fundamental sospechar la afectación metastásica en el contexto de encontrar una tumoración anexial sospechosa de malignidad en una paciente con antecedente de melanoma, incluso si el periodo de remisión es largo.

PALABRAS CLAVE: Melanoma uveal; melanoma; ipilimumab; laparotomía; ovario; tasa de supervivencia; pronóstico; disnea.

PARA DESCARGA:

<https://doi.org/10.24245/gom.v1i1.8801>

www.ginecologiyobstetricia.org.mx

Abstract

BACKGROUND: Uveal melanoma has a very low prevalence. Its 5-year survival rate is 81% and it can metastasize to organs such as the liver or, exceptionally, the ovary. Metastatic lesions usually respond poorly to chemotherapy and the prognosis is uncertain.

CLINICAL CASE: 46-year-old male patient with a diagnosis of uveal melanoma established nine years earlier, with liver and bone metastases resistant to various lines of treatment. Following consultation for abdominal distension and dyspnea, she was diagnosed with an adnexal mass suggestive of malignancy with compression of adjacent organs. After consultation with a group of experts, it was decided to perform an exploratory laparotomy with exeresis along with hysterectomy and double adnexectomy. The anatomopathologic report showed a metastatic origin of the mass. Postoperatively, the patient had a significant decrease in symptoms and started a new treatment with ipilimumab; she is still being followed up.

CONCLUSIONS: Although the radiologic and anatomopathologic diagnosis is complex, it is essential to suspect metastatic involvement in the context of finding an adnexal tumor suspicious for malignancy in a patient with a history of melanoma, even if the period of remission is long.

KEYWORDS: Uveal melanoma; Melanoma; Ipilimumab; Laparotomy; Ovary; Survival Rate; Prognosis; Dyspnea.

INTRODUCCIÓN

El melanoma en la región uveal ocular es infrecuente;¹ supone la neoplasia maligna intraocular primaria más común en adultos.² Es la segunda localización más repetida de melanoma maligno después de la piel,³ con características etiológicas distintas a las de la manifestación cutánea.¹ Suele diagnosticarse durante la sexta década de la vida⁴ y su incidencia media en uno y otro sexo es de entre 6 y 7.6 por millón de habitantes por año, aproximadamente. Es menor en mujeres (6.9 según algunos reportes).^{2,4} Los factores de riesgo incluyen: fototipo de piel clara, ojos de color claro, melanocitosis ocular congénita, melanocitoma ocular y el síndrome de predisposición tumoral BAP1.² Su tratamiento tiene como objetivo preservar el ojo y su función además de prevenir las metástasis, con mejores resultados en quienes tienen tumores pequeños alejados de la fovea.² La supervivencia a los cinco años permanece estable, a pesar del avance de los tratamientos actuales, con una tasa de 81%, aproximadamente.⁴

Si bien con el tratamiento con radioterapia o enucleación ocular se consiguen tasas de éxito local en más del 90% de los pacientes, entre un 40 a 50% de ellos resultan con enfermedad metastásica a distancia. Suele ocurrir en el transcurso de los primeros cinco años del diagnóstico inicial, aunque puede aparecer varias décadas después. Su diseminación afecta, sobre todo, al hígado con un pronóstico oscuro al año siguiente de su diagnóstico. Puede haber afectación en otras regiones de manera más excepcional, como el ovario.^{1,2,5,6} Recientemente se desarrollaron otras terapias sistémicas para estos pacientes con enfermedad avanzada, como el tebentafusp o, incluso, hepatectomía parcial o perfusión hepática con melfalán.^{1,2} Sin embargo, las metástasis de melanoma uveal suelen reaccionar menos a la quimioterapia y otros tratamientos desarrollados que en quienes tienen melanoma cutáneo.²

Enseguida se reporta el caso de una paciente con diagnóstico de metástasis ovárica de melanoma uveal resistente a múltiples líneas de tratamiento a los nueve años del diagnóstico inicial. Ante lo infrecuente de esta neoplasia y los pocos casos reportados en la bibliografía es importante reportar este caso para ampliar su conocimiento. Se emprendió una revisión bibliográfica de la escasa bibliografía disponible de 2000 a 2023 en la base de datos de PubMed y Scopus hasta marzo de 2023 con el propósito de evaluar la información relacionada, clínica, tratamiento y pronóstico. Se incluyeron referencias más antiguas, por su relación con la enfermedad y porque algunos artículos contienen reseñas de publicaciones anteriores a esta fecha.

CASO CLÍNICO

Paciente de 46 años, con antecedentes médicos de hipotiroidismo y diabetes tipo 1; antecedentes ginecológicos: tres partos y menopausia en el último año. En seguimiento por el servicio de Oncología, luego del diagnóstico, nueve años antes, de melanoma uveal del ojo izquierdo, estadio IV y metástasis hepáticas. Desde entonces ha recibido tratamiento mediante braquiterapia oftálmica y múltiples esquemas de quimioterapia y biológicos, con ipilimumab-nivolumab, carboplatino-paclitaxel, nivolumab en monoterapia y dacarbazina. Además, se le practicaron tres sesiones de quimioembolización hepática a los cuatro años del diagnóstico, con una respuesta parcial. A pesar de estos tratamientos, la enfermedad siguió evolucionando al hígado y huesos. Luego de la aparición de los síntomas, con distensión abdominal intensa y disnea, la paciente acudió al servicio de Urgencias, donde le diagnosticaron, mediante ecografía transvaginal, una tumoración anexial gigante, unilocular, con un gran componente hemorrágico en su interior y líquido libre en el fondo de saco de Douglas. Después de la estabilización clínica se derivó a consultas de Ginecología oncológica y se solicitó una tomografía axial computada abdominopélvica y un algoritmo ROMA que resultó de alto riesgo de malignidad ovárica. En la prueba radiológica se objetivó una gran masa quística de 20 x 12 x 18 cm, con paredes engrosadas, mamelonadas sugerentes de lesión neoplásica que comprimía la vejiga, con una hidronefrosis bilateral consecuente (**Figura 1**). Además, se encontró un derrame pleural derecho de moderada-importante cuantía, lesiones líticas en la región lumbar y hueso iliaco derecho y la hepatomegalia, ya conocida, a expensas de lesiones metastásicas en el lóbulo hepático izquierdo de 10.4 cm y en el lóbulo hepático derecho de 13 cm. Enseguida de una reunión con el Comité de Tumores Ginecológicos se programó para histerectomía total, con doble anexectomía, con intención paliativa. En esa intervención se encontró una gran masa dependiente del anejo derecho, con abundante vascularización superficial, que consiguió extraerse sin rotura capsular intraquirúrgica; se evacuaron 500 mL de ascitis (**Figura 2**). El estudio anatomopatológico, en diferido, informó que la histología del melanoma era metastásica, sin afectación al útero y anejo izquierdo (**Figura 3**). Al mes de la intervención la paciente refirió una franca disminución de los síntomas e inició un nuevo ciclo de tratamiento con ipilimumab, en monoterapia, a 3 mg/kg. En la actualidad, la paciente continúa en seguimiento por parte de los oncólogos.

DISCUSIÓN

Las metástasis de melanoma maligno suelen afectar al estómago, pulmón e hígado; en el aparato genital femenino son poco frecuentes.^{7,8} En esta región tienen una incidencia aproximada de 2.5%⁸ y pueden llegar a aparecer hasta 25 años después del tratamiento de la lesión primaria,⁵ con un pronóstico desfavorable.⁷ Al parecer, existe mayor propensión a afectar a mujeres en edad reproductiva por el mayor flujo sanguíneo del ovario en la etapa premenopáusia.⁹ Las lesiones metastásicas suelen ser más frecuentes que el melanoma maligno de ovario primario,¹⁰ que casi siempre se relaciona con un teratoma ovárico.⁵

Gran parte de los melanomas de ovario son afectaciones metastásicas de la piel; solo se han descrito casos excepcionales de melanoma uveal metastásico, sobre todo después de muchos años a partir del diagnóstico inicial, como sucedió en la paciente del caso.^{6,7,11,12} Ambos subtipos tienen etiopatogenia diferente. El melanoma uveal se relaciona con una mutación en los genes GNAQ o GNA11, a diferencia de las neoplasias cutáneas que se relacionan con una mutación BRAF o NRAS.²

La clínica de este tipo de lesión ovárica es amplia, como cualquier masa anexial. Puede ser asintomática o producir dolor, síntomas compresivos o distensión abdominal, como en la

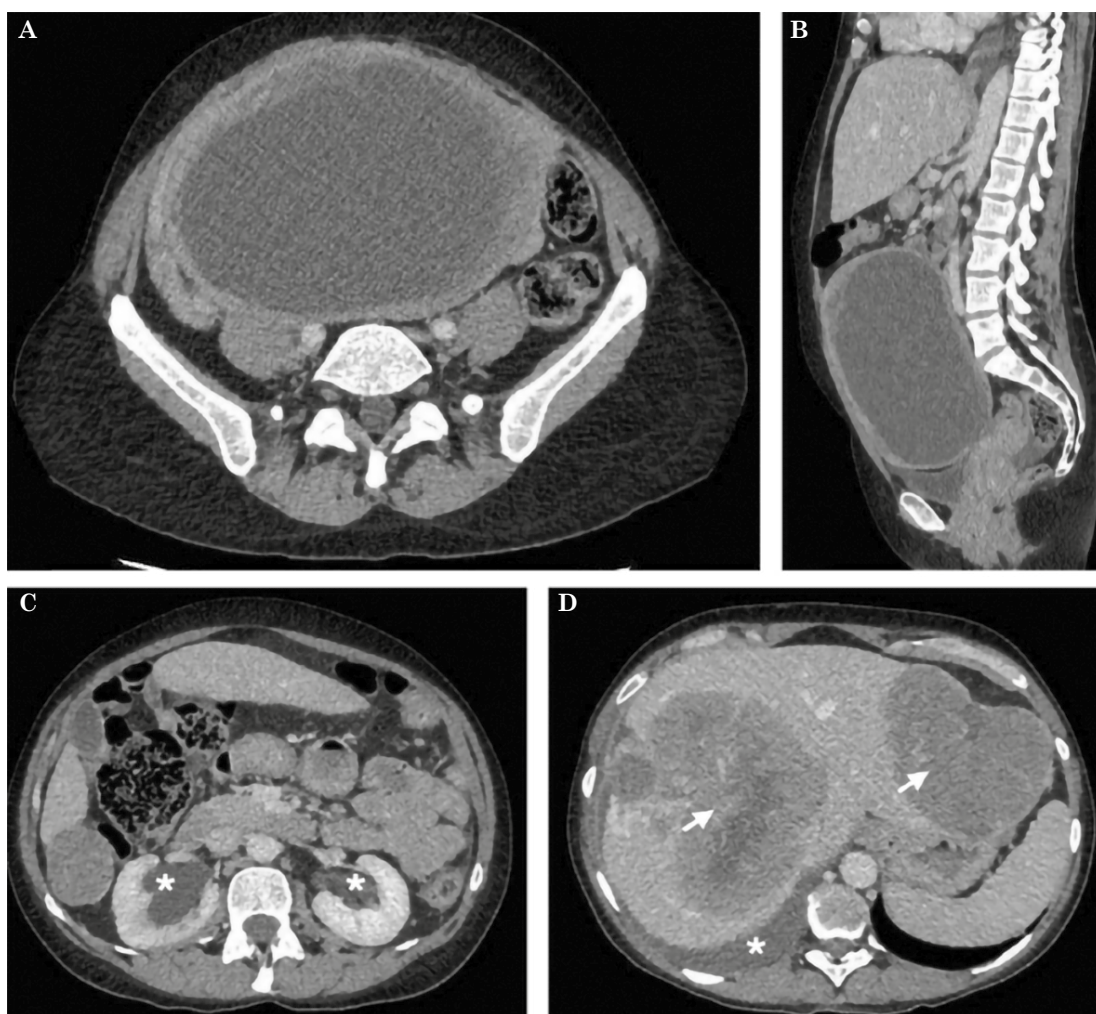


Figura 1

Estudio radiológico mediante tomografía axial computada con contraste. Se objetiva una gran masa quística que se extiende desde la pelvis hasta la región supraumbilical de 20 x 12 x 18 cm, con paredes engrosadas mamelonadas (cortes axial **(A)** y sagital **(B)**). Hidronefrosis bilateral (*), principalmente derecha motivada por el efecto compresivo de la tumoración descrita **(C)**. Hepatomegalia a expensas de lesiones metastásicas de 10.4 cm en el lóbulo hepático izquierdo y de 13 cm en el derecho (flechas). Derrame pleural derecho en moderada-importante cuantía en el plano declive que se extiende desde la parte superior del hemitórax hasta el hemidiafragma (*).

paciente del caso.⁷ El diagnóstico preoperatorio suele ser difícil debido a lo inespecífico de los síntomas e imitación de otros tumores ováricos en pruebas de laboratorio y radiológicas.⁸ Los estudios de marcadores tumorales, como la ecografía y la TAC, no son capaces de discriminar y caracterizar estas lesiones.⁹ La resonancia magnética nuclear es la prueba de imagen preferida para ello debido a la coexistencia, incluso, hasta de un tercio de los casos de una señal de hiperintensidad en los cortes potenciados en T1 debido a la cantidad de melanina de la lesión.^{9,13} A pesar de que la bilateralidad de las lesiones sugiere una etiología metastásica; se han descrito como unilaterales cerca del 50 a 60%, como sucedió en el caso aquí reportado.^{5,8}

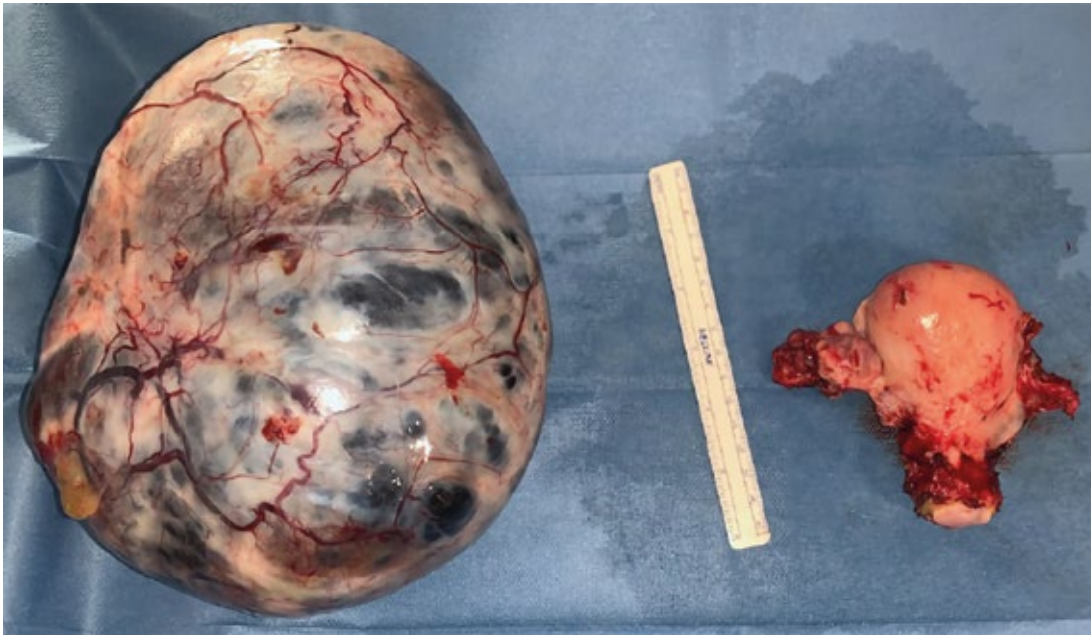


Figura 2

Piezas quirúrgicas. Ovario de dimensiones máximas de 18 x 16 x 4 cm. Se encuentra totalmente sustituido por una formación quística con superficie interna de la pared y crecimiento de una neoformación de coloración negruzca que produce su engrosamiento de hasta 1 cm. Útero y anejo izquierdo sin anomalías.

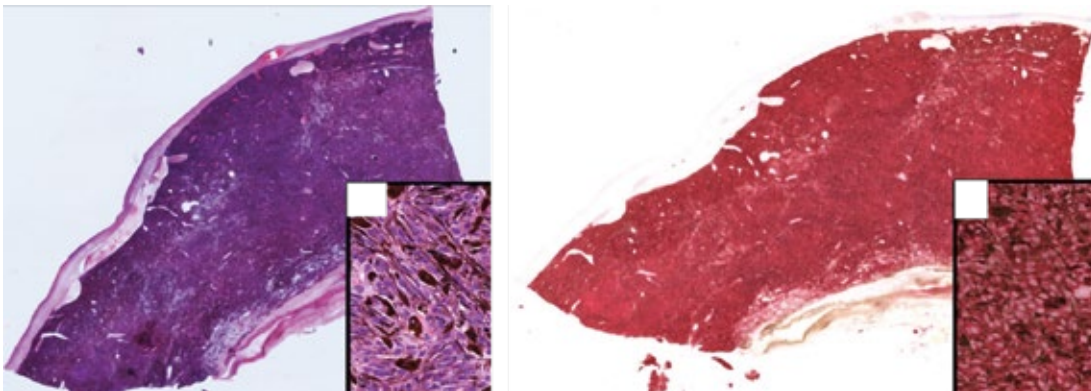


Figura 3

Metástasis de melanoma uveal en ovario. Se observa una proliferación de células fusiformes con marcada atipia y melanina intracitoplasmática (H&E 10x imagen A, H&E 400X imagen B). La HMB45 en rojo es un marcador de membrana celular melanocítica. No marca ni al citoplasma ni al núcleo (HMB45 10x imagen C, 400x imagen D). La tinción convencional es en color marrón pero en este caso se pidió en rojo para diferenciar la melanina intracitoplasmática de los melanocitos tumorales. Los círculos claros son los núcleos y el citoplasma que no ha marcado.

El diagnóstico anatomopatológico es complejo, por su inespecificidad.¹⁰ El patrón nodular o difuso y el tipo de células epiteloideas se observan con mayor frecuencia, lo que puede hacer más difícil el diagnóstico de casos con lesiones acróicas o poco pigmentadas.^{10,14} El melanoma metastásico de ovario puede aparecer como una gran variedad de histotipos e, incluso, confundirse con neoplasias primarias, como el carcinoma seroso o indiferenciado, el tumor de células de la granulosa o el tumor de células germinales y del estroma de los cordones sexuales.^{6,10} El diagnóstico definitivo se basa en el estudio inohistoquímico. El marcador más sensible y frecuente es el S-100, que se expresa en el núcleo y citoplasma celular hasta en un 95% de los casos,¹⁰ aunque pueden encontrarse otros, como HMB-45 identificado en el estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica, MART-1 e inhibina. Este último se asocia con un peor pronóstico.^{13,14}

La tasa de supervivencia a cinco años es del 5%, aproximadamente, aunque algunos autores reportan incluso hasta un 11%.^{7,15} Todo parece indicar que el tratamiento quirúrgico mediante resección de estas lesiones metastásicas prolonga, significativamente, la supervivencia, disminuye los síntomas y mejora la calidad de vida.¹⁶ Aunque la salpingooforectomía unilateral del lateral afectado es la intervención preferida,¹⁰ en la paciente del caso se optó por la histerectomía total, con doble anexectomía luego de la exéresis de la lesión, por el deseo expreso de la paciente.

El tratamiento en pacientes con metástasis ovárica por melanoma consiste en la resección de la tumoración para confirmación diagnóstica y tratamiento sistémico posterior para el melanoma uveal. En relación con el tratamiento sistémico en comparación con el de primera línea (platino o taxanos), han surgido nuevos agentes terapéuticos, como el sorafenib (inhibidor de las cinasas), ipilimumab (anticuerpo monoclonal anti-CTLA-4) o el nivolumab (anticuerpo anti-PD1). A pesar de los avances y nuevos tratamientos desarrollados, la quimioterapia única o combinada suelen dar origen a una tasa de respuesta que puede alcanzar el 25%.^{10,17}

CONCLUSIONES

La afectación metastásica del ovario por un melanoma uveal es infrecuente y se asocia con un mal pronóstico. El diagnóstico anatomopatológico y radiológico es complejo. Es decisivo establecer la sospecha diagnóstica en una paciente con antecedente de melanoma y lesión anexial, incluso si el periodo de remisión es largo. Si bien el tratamiento es quirúrgico es necesario continuar desarrollando la investigación en cuanto a la quimioterapia, para intentar garantizar una mayor tasa de supervivencia a estas pacientes.

REFERENCIAS

1. Carvajal RD, Sacco JJ, Jager MJ, Eschelman DJ, Olofsson Bagge R, Harbour W, et al. Advances in the clinical management of uveal melanoma. *Nat Rev Clin Oncol* 2023; 20 (2): 99-115. doi:10.1038/s41571-022-00714-1
2. Jager MJ, Shields CL, Cebulla CM, Abdel-Rahman MH, Grossniklaus HE, Stern MH, et al. Uveal melanoma. *Nat Rev Dis Primers* 2020; 6 (1): 24. doi:10.1038/s41572-020-0158-0
3. Schoenfield L. Uveal melanoma: A pathologist's perspective and review of translational developments. *Adv Anat Pathol* 2014; 21 (2): 138-43. doi:10.1097/PAP.000000000000010
4. Beasley AB, Preen DB, McLenachan S, Gray ES, Chen FK. Incidence and mortality of uveal melanoma in Australia (1982-2014). *Br J Ophthalmol* 2023; 107 (3): 406-11. doi:10.1136/bjophthalmol-2021-319700
5. Guarch R, García Bragado F, Lainez N, Lara A, Pesce C. Metástasis ovárica de melanoma maligno de tumor primario de origen desconocido. *Oncología (Barc)* 2004; 27(3): 45-48. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352004000300006&lng=es
6. Lobo J, Pinto C, Freitas M, Pinheiro M, Vizcaino R, Oliva E, et al. Ovarian metastasis from uveal melanoma with MLH1/PMS2 protein loss in a patient with germline MLH1 mutated Lynch syndrome: consequence or coincidence? *Virchows Arch* 2017; 470 (3): 347-52. doi:10.1007/s00428-016-2052-4

7. Mendel A, Terzibachian JJ, Aubin F, Malicenco L, Ramanah R, Riethmuller D. Ovarian metastasis of a malignant melanoma: A case report. *J Gynecol Obstet Hum Reprod* 2017; 46 (5): 461-62. doi:10.1016/j.jogoh.2017.02.016
8. Mandato VD, Kobal B, Di Stefano A, Sinkovec J, Levicnik A, La Sala GB, et al. Choroidal melanoma metastasized to the ovary: case report and review of the literature. *Eur J Gynaecol Oncol* 2010; 31 (1): 109-13.
9. Oliver R, Dasgupta C, Coker A, Al-Okati D, Weekes ARL. Ovarian malignant melanoma: Unusual presentation of a solitary metastasis. *Gynecol Oncol* 2005; 99: 412-14. doi:10.1016/j.ygyno.2005.06.066
10. Sbitti Y, Fadoukhair Z, Kadiri H, Oukabli M, Essaidi I, Kharmoum S, et al. Diagnostic challenge for ovarian malignant melanoma in premenopausal women: primary or metastatic? *World J Surg Oncol* 2011; 9: 65. doi:10.1186/1477-7819-9-65
11. Rey-Caballero VE, Lopez-Gonzalez B, Garcia-Benitez JL, Boix-Fos A, Diaz-Lagama AM. Solitary ovarian metastasis from ocular melanoma. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191 (1): 368-9. doi:10.1016/j.ajog.2003.10.713
12. Bloch-Marcotte C, Ambrosetti D, Novellas S, Caramella T, Dahman M, Thyss A, et al. Ovarian metastasis from choroidal melanoma. *Clin Imaging* 2008; 32 (4): 318-20. doi:10.1016/j.clinimag.2008.04.001
13. Sabban F, Boukerrou M, Mubiayi N, Houpeau JL, Robert Y, Vinatier D. Malignant melanoma metastatic to the ovary. A case report. *Gynecol Obstet Fertil* 2005; 33 (6): 409-11. doi:10.1016/j.gyobfe.2005.04.017
14. Gupta D, Deavers MT, Silva EG, Malpica A. Malignant melanoma involving the ovary: a clinicopathologic and immunohistochemical study of 23 cases. *Am J Surg Pathol* 2004; 28 (6): 771-80. doi:10.1097/01.pas.0000126786.69232.55
15. Thompson JF, Scolyer RA, Kefford RF. Cutaneous melanoma. *Lancet* 2005; 365 (9460): 687-701. doi:10.1016/S0140-6736(05)17951-3
16. Gutman H, Hess KR, Kokotsakis JA, Ross MI, Guinee VF, Balch CM. Surgery for abdominal metastases of cutaneous melanoma. *World J Surg* 2001; 25 (6): 750-58. doi:10.1007/s00268-001-0027-2
17. Larkin J, Chiarion-Sileni V, Gonzalez R, Grob JJ, Rutkowski P, Lao CD, et al. Five-year survival with combined nivolumab and ipilimumab in advanced melanoma. *N Engl J Med* 2019; 381 (16): 1535-46. doi:10.1056/NEJMoa1910836



Neumorraquis posparto tras analgesia epidural

Postpartum pneumorrhachis after epidural analgesia.

Pablo Luque González, Manuel Lozano Vidal, Valle Aguilar Martín, Celia Barroso Tudela, Ángela Morales Bueno

Especialistas en Obstetricia y Ginecología, Unidad de Gestión Clínica de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.

Correspondencia

Pablo Luque González
pabluqgon@gmail.com

Recibido: mayo 2022

Aceptado: octubre 2023

Este artículo debe citarse como: Luque-González P, Lozano-Vidal M, Aguilar-Martín V, Barroso-Tudela C, Morales-Bueno A. Neumorraquis posparto tras analgesia epidural. Casos Clínicos de GOM 2024; 1 (1): 22-25.

Resumen

ANTECEDENTES: El neumorraquis es una complicación infrecuente de la analgesia epidural consistente en la existencia de aire a lo largo del conducto espinal. Aunque casi siempre es asintomático se han reportado casos con síntomas graves: neumoencéfalo o paro cardiorrespiratorio. Su tratamiento suele ser sintomático, con alivio espontáneo en un plazo de 2 a 3 semanas, sin complicaciones asociadas.

CASO CLÍNICO: Paciente de 38 años, con antecedente de dos embarazos. La gestación actual finalizó mediante parto instrumentado a las 40 semanas, con analgesia epidural sin contratiempos relacionados con la técnica. A las cinco horas del posparto refirió un dolor intenso abdominal y genital. En la angiotomografía axial computada se describió un neumorraquis a lo largo de todo el conducto epidural y un neumomediastino leve. La paciente permaneció hemodinámicamente estable y el dolor desapareció, por sí solo, a las 8 a 10 horas.

CONCLUSIONES: El neumorraquis es una complicación de diagnóstico difícil que puede manifestarse con síntomas graves. El diagnóstico rápido asegura el tratamiento óptimo.

PALABRAS CLAVE: Neumorraquis; embarazo; mujer; enfisema mediastínico; analgesia epidural; dolor; conducto raquídeo; diagnóstico temprano.

Abstract

BACKGROUND: Pneumorrhachis is a rare complication of epidural analgesia consisting of air along the spinal canal. Although almost always asymptomatic, cases have been reported with severe symptoms: pneumocephalus or cardiorespiratory arrest. Treatment is usually symptomatic, with spontaneous resolution within 2 to 3 weeks without associated complications.

CLINICAL CASE: 38-year-old female patient with a history of two pregnancies. The current pregnancy was terminated at 40 weeks by instrumental delivery with epidural analgesia without technical complications. Five hours after delivery, she reported severe abdominal and genital pain. Computed axial tomography showed pneumorrhachis along the entire epidural canal and mild pneumomediastinum. The patient remained hemodynamically stable and the pain resolved spontaneously after 8 to 10 hours.

PARA DESCARGA:

<https://doi.org/10.24245/gom.v1i1.7721>

www.ginecologiayobstetricia.org.mx

CONCLUSIONS: This is a difficult diagnostic complication that can present with severe symptoms. Early diagnosis ensures optimal treatment.

KEYWORDS: Pneumorrhachis; Pregnancy; Female; Mediastinal emphysema; Analgesia epidural; Pain; Spinal canal; Early diagnosis.

INTRODUCCIÓN

La anestesia neuroaxial es una técnica muy utilizada en diversos procedimientos quirúrgicos y durante el parto. Sus complicaciones más comunes son la cefalea pospunción dural, hematoma o absceso epidural y complicaciones cardiovasculares: bradicardia, hipotensión y paro.¹ De manera muy infrecuente se ha reportado su relación con el origen iatrógeno de neumorraquis, clínica definida por la existencia de aire a lo largo del conducto espinal que suele desaparecer espontáneamente y cursar asintomática.² La causa puede deberse, además, a factores traumáticos o atraumáticos.^{3,4} El diagnóstico suele establecerse con las imágenes de la tomografía axial computada o resonancia magnética nuclear.⁵ El tratamiento se centra en su causa y los síntomas asociados. Lo común es la conducta expectante hasta la reabsorción espontánea del aire que, normalmente, ocurre en 2 a 3 semanas, sin complicaciones a largo plazo.^{5,6,7}

Enseguida se reporta el caso de una paciente con diagnóstico de neumorraquis luego de la analgesia epidural durante el parto, que cursó con intenso dolor abdominal resistente a los analgésicos, con recuperación espontánea. En virtud de lo infrecuente del neumorraquis, y los pocos casos reportados, se decidió la publicación del caso para ampliar su conocimiento. Se llevó a cabo una revisión bibliográfica de la escasa bibliografía disponible de 2015 a 2022 en las bases de datos de PubMed y SciELO hasta abril de 2022 con el propósito de evaluar la información relacionada, etiología y clínica. Se incluyeron referencias más antiguas, por su relación con el padecimiento y porque algunos artículos contenían reseñas de publicaciones anteriores a las fechas señaladas.

CASO CLÍNICO

Paciente de 38 años, con antecedente de dos embarazos y peso normal. En el transcurso del trabajo de parto, iniciado de manera espontánea a las 40 semanas, fue necesaria la administración de analgesia epidural. La técnica se aplicó sin contratiempos, buen alivio del dolor y sin bloqueo motor. El acceso al espacio epidural lumbar entre L3-L4 fue aséptico, con la paciente en posición de sedestación. La primera dosis fue de bupivacaína al 0.25% (4 mL) luego de confirmar la posición correcta de la punta de la aguja mediante la técnica de pérdida de resistencia, con solución salina. Trascurridas cuatro horas del periodo expulsivo del parto y de los pujos de la madre se obtuvo un recién nacido vivo, mediante parto instrumentado con fórceps de Kielland, indicados por segunda fase de parto prolongada. Se revisaron el cuello del útero y la vía vaginal y se suturó un desgarró perineal en la horquilla vulvar. A las cinco horas de posparto, ya retirado el catéter de la analgesia epidural, la paciente refirió malestar general y un dolor intenso en la zona genital y abdominal resistente a los analgésicos orales e intravenosos, sin síntomas neurológicos asociados. La paciente mantuvo constantes vitales correctas, con cifras tensionales y de saturación de oxígeno normales. Se exploró a la paciente, sin hallazgos genitales o abdominales que explicaran el origen de los síntomas. Puesto que en la ecografía abdominal se evidenció una distensión vesical se sondeó de manera intermitente, con salida de abundante orina clara. Aun así, los síntomas persistieron por lo que se solicitó una angiotomografía axial computada (angioTAC) en la que se objetivó la existencia de aire a lo largo de todo el conducto epidural, con diagnóstico de neumorraquis (**Figura 1**). Además,

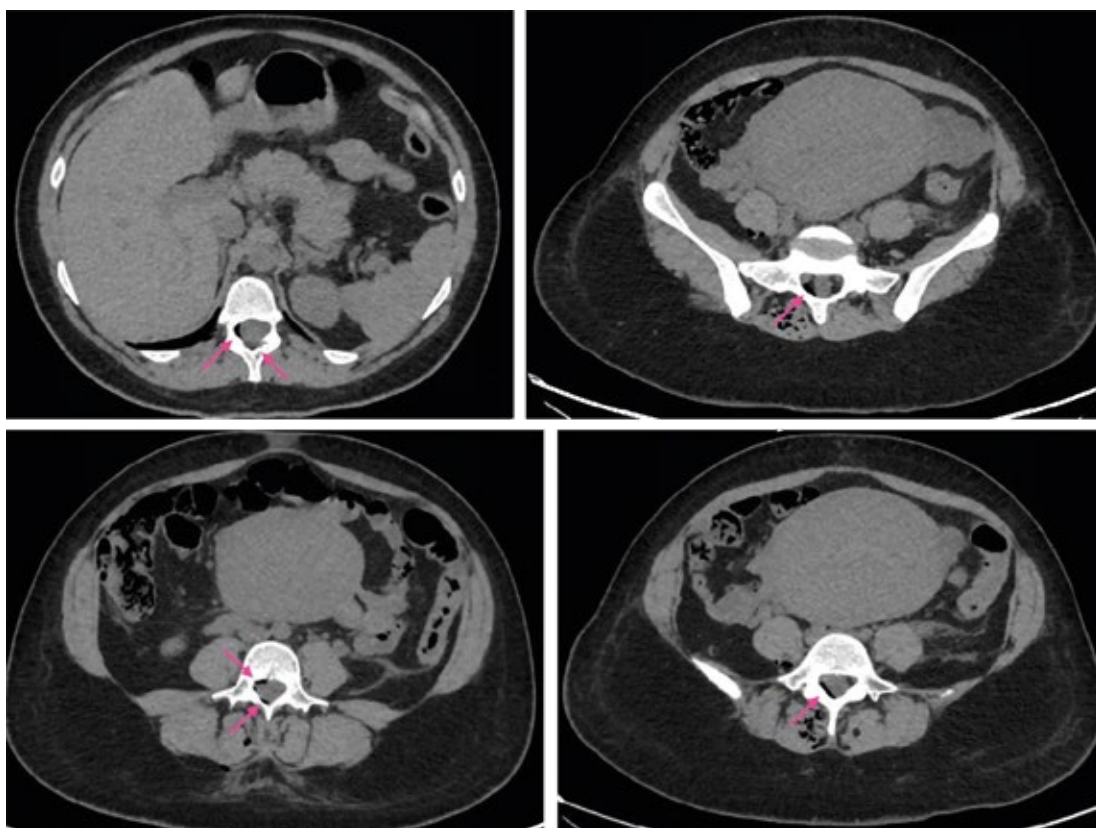


Figura 1

Estudio mediante angioTAC. Se observan burbujas de aire (flechas) a lo largo del margen derecho de toda la vía espinal en el espacio epidural, desde D9 (primera vértebra incluida en el estudio) hasta hemisacro derecho.

se describió también aire en muy escasa cuantía en el mediastino posterior, adyacente a la aorta descendente, compatible con un neumomediastino leve. Hacia la parte distal se extendían burbujas de aire adyacentes a la musculatura ileopsoas y obturadora interna y en el interior de la musculatura paravertebral derecha. En acuerdo con el anestesiólogo se mantuvo una actitud expectante en virtud de la estabilidad clínica de la paciente y ausencia de síntomas graves. La analgesia intravenosa logró el objetivo de desaparecer el dolor descrito en las 8 a 10 horas siguientes, con evolución satisfactoria en los siguientes días de posparto.

DISCUSIÓN

A pesar de que el neumorraquis suele ser asintomático y de alivio espontáneo, es posible que se asocie con mayores morbilidad y mortalidad; por eso deben evaluarse minuciosamente su causa y su evolución.⁷ Está reportada una amplia variedad de síntomas y gravedad que van desde dolor radicular intenso y radiculopatía motora hasta neumocéfalo, neumomediastino e, incluso, paro cardiorrespiratorio.^{2,7,8} El neumorraquis se clasifica en función de su afectación al espacio subdural o subaracnoideo (interno o intradural) o al espacio epidural (externo o extradural). El primero puede cursar con síntomas neurológicos originados por la compresión medular o hipertensión intraespinal o intracraneana. El segundo suele cursar asintomático y aliviarse espontáneamente, como sucedió en la paciente del caso.^{3,9} Está descrito que puede originarse por una iatrogenia por una técnica de pérdida de resistencia

aplicada para identificar la posición de la aguja en el espacio epidural. Ésta puede realizarse con aire o solución salina, que son comparables en cuanto a tasa de éxito, aunque el primero se ha asociado con este tipo de iatrogenia.¹⁰ Otras causas pueden explicarse por lesiones penetrantes en el canal vertebral o elevaciones de la presión intratorácica que produzcan la ruptura de los alvéolos pulmonares y la difusión del aire al intersticio y canal espinal, como puede suceder después de una crisis asmática, barotrauma, neumomediastino o durante las maniobras de Valsalva.^{3,4,11} Se han descrito otros casos también originados en el contexto de la anestesia epidural durante el parto. Shaikh⁸ y su grupo informaron el caso de una paciente que finalizó el embarazo mediante cesárea en la que se produjo un neumorraquis que originó un neumotórax y dificultad respiratoria. Luego de una conducta expectante con medidas para mantener su estabilidad clínica se produjo la desaparición espontánea, con buena evolución. El caso aquí publicado se clasifica en la segunda modalidad de neumorraquis descrito, con afectación al espacio epidural. Se estima que pudo originarse por dos posibles factores, o su combinación, aunque es difícil de esclarecer con determinación una causa. Podría deberse a los pujos maternos durante el parto y las repetidas maniobras de Valsalva ejercidas con el subsiguiente aumento de presión intratorácica, ruptura de alvéolos pulmonares y generación de neumomediastino con paso del aire hacia el espacio epidural, aunque se objetivó un mínimo neumomediastino en el estudio radiológico en comparación con la gran extensión del neumorraquis. La hipótesis más defendida es que podría haberse originado por una iatrogenia al ingresar al espacio epidural para la analgesia. Si bien es cierto que el procedimiento se llevó a cabo con la técnica de comprobación con solución salina.

CONCLUSIONES

Si bien es una complicación muy infrecuente y con curso asintomático en la mayor parte de las ocasiones, debe tenerse consciencia de su posibilidad porque puede dar lugar a síntomas graves y a la desestabilización del paciente. La dificultad deriva de la escasa evidencia y conocimiento actuales. Una buena evaluación inicial que conduzca al diagnóstico y la vigilancia estrecha asegurarán una atención óptima de las pacientes.

REFERENCIAS

1. Lim HK, et al. Asymptomatic pneumomediastinum resulting from air in the epidural space -a case report-. Korean J Anesthesiol 2013; 65 (3): 266-69. <https://doi.org/10.4097/kjae.2013.65.3.266>
2. Osunronbi T, et al. Traumatic pneumorrhachis: systematic review and an illustrative case. Neurosurg Rev 2021; 44 (2): 731-39. <https://doi.org/10.1007/s10143-020-01300-8>
3. Oertel MF, et al. Pathogenesis, diagnosis and management of pneumorrhachis. Eur Spine J 2006; 15 (Suppl 5): 636-43. <https://doi.org/10.1007/s00586-006-0160-6>
4. Michalland S, Erlij D, Neira O. Pneumorraquis, espondilitis y meningitis secundarios a cistitis enfisematosa. Rev Med Chile 2014; 142: 1061-64. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014000800014>
5. Pfeifle C, et al. Traumatic pneumorrhachis. Injury 2020; 51 (2): 267-70. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2019.10.075>
6. Vanmail A, Daji KD. Pneumorrhachis: An uncommon radiological entity. SA J Radiol 2021; 25 (1): 2255. <https://doi.org/10.4102/sajr.v25i1.2255>
7. Shin H, et al. Cardiac arrest associated with pneumorrhachis and pneumocephalus after epidural analgesia: two case reports. J Med Case Rep 2018; 12 (1): 387. <https://doi.org/10.1186/s13256-018-1908-4>
8. Shaikh N, et al. Pneumorrhachis and pneumothorax after epidural analgesia: A case report and review. Qatar Med J 2021; 2021 (1): 01. <https://doi.org/10.5339/qmj.2021.01>
9. Martín-Serradilla JI, et al. Neumorraquis epidural. Rev Neurol 2007; 44 (4): 254-5.
10. Antibas PL, et al. Air versus saline in the loss of resistance technique for identification of the epidural space. Cochrane Database Syst Rev 2014; 2014 (7): CD008938. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008938.pub2>
11. Rodríguez-Gutiérrez AF, et al. Neumomediastino asociado a crisis asmática en el adulto. Reporte de dos casos. Neumol Cir Torax 2019; 78 (1): 41-47.



Uroperitoneo posoperatorio en una paciente con una lesión vesical producida durante la cistectomía de ovario

Postoperative uroperitoneum in a patient with bladder injury during ovarian cystectomy.

Cristhian Alexander Useche Beltrán,¹ Andrés Felipe García Zambrano,² Johana Andrea Candela Herrán²

¹ Ginecoobstetra.

² Residente de segundo año de Ginecología y obstetricia.

Hospital Universitario Clínica San Rafael, Bogotá, Colombia, Hospital Universitario Clínica San Rafael, Bogotá, Colombia.

Correspondencia

Andrés Felipe García Zambrano
afgarciaz0309@gmail.com

Recibido: mayo 2022

Aceptado: octubre 2023

Este artículo debe citarse como: Useche-Beltrán CA, García-Zambrano AF, Candela-Herrán J. Uroperitoneo posoperatorio en una paciente con una lesión vesical producida durante la cistectomía de ovario. Casos Clínicos de GOM 2024; 1 (1): 26-32.

PARA DESCARGA:

<https://doi.org/10.24245/gom.v1i1.9083>

www.ginecologiayobstetricia.org.mx

Resumen

ANTECEDENTES: La lesión vesical producida durante procedimientos quirúrgicos ginecológicos es una complicación frecuente. El uroperitoneo secundario suele diagnosticarse de inmediato debido a los signos de irritación peritoneal o líquido libre en la cavidad, evidenciado con imágenes diagnósticas. Su incidencia se relaciona, directamente, con la cercanía anatómica de las estructuras del aparato urogenital y, por ello, se incluyeron en la más reciente clasificación de la Sociedad Europea de Urología.

CASO CLÍNICO: Paciente de 30 años, sin embarazos previos y antecedente de cistectomía de ovario izquierdo 15 días previos a su consulta. Ingresó a la unidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Clínica San Rafael de Bogotá, Colombia, con un cuadro clínico de dolor abdominal generalizado de intensidad 8-10 asociado con hematuria macroscópica y disuria de tres días de evolución. En la laparotomía exploradora se encontraron: uroperitoneo y una lesión en la cúpula vesical. La primera de alrededor de 1000 cc y la segunda de 5 cm. La lesión se reparó con una sutura absorbible, cromada, 2-0. A las 48 horas del posoperatorio se aisló *Enterococcus faecalis* que se trató con 4.5 g de piperacilina tazobactam por vía intravenosa cada 6 horas. Ante el surgimiento de signos de respuesta inflamatoria sistémica se cambió al esquema antibiótico endovenoso por siete días, con lo que se controló el cuadro clínico.

CONCLUSIONES: Las lesiones vesicales, en procedimientos ginecológicos, son frecuentes, con signos clínicos inespecíficos que hacen necesaria la cistoscopia o cistografía para establecer el diagnóstico definitivo e indicar el tratamiento correcto.

PALABRAS CLAVES: Vejiga urinaria; Enterococcus faecalis; disuria; hematuria; cistectomía; laparotomía; dolor abdominal; agentes antibacterianos; Colombia.

Abstract

BACKGROUND: Bladder injury during gynecologic surgery is a common complication. Secondary uroperitoneal injuries are usually diagnosed immediately based on signs of peritoneal irritation or free fluid in the abdominal cavity, as evidenced by imaging. Its incidence is directly related to the anatomical proximity of the structures of the urogenital apparatus and has therefore been included in the most recent classification of the European Society of Urology.

CLINICAL CASE: A 30-year-old female patient with no previous pregnancies and a history of left ovarian cystectomy 15 years prior to her presentation. She was admitted to the Gynecology and Obstetrics Unit of the Hospital Universitario Clínica San Rafael in Bogotá, Colombia, with a clinical picture of generalized abdominal pain of intensity 8-10 associated with macroscopic hematuria and dysuria of three days' evolution. Exploratory laparotomy revealed: uroperitoneum and a lesion in the bladder dome, the first of about 1000 cc and the second of 5 cm. The lesion was repaired with a 2-0 chromic absorbable suture. At 48 hours postoperatively, Enterococcus faecalis was isolated and treated with 4.5 g of piperacillin-tazobactam intravenously every 6 hours. With the emergence of signs of systemic inflammatory response, the intravenous antibiotic regimen was changed to intravenous antibiotics for seven days, which controlled the clinical picture.

CONCLUSIONS: Bladder lesions in gynecologic surgery are common, with non-specific clinical signs that require cystoscopy or cystography to make a definitive diagnosis and guide treatment.

KEYWORDS: Urinary bladder; Enterococcus faecalis; Dysuria; Hematuria; Cystectomy; Laparotomy; Abdominal pain; Anti-bacterial agents; Colombia.

ANTECEDENTES

El traumatismo vesical iatrogénico, en procedimientos quirúrgicos ginecológicos, es una de las complicaciones asociadas con la proximidad del conducto urogenital. Su diagnóstico tardío se refleja en aumento de la morbilidad y mortalidad de las pacientes y la consecuente aparición de enfermedades secundarias, como los trayectos fistulosos.¹

Las cirugías ginecológicas representan el 65% de las lesiones vesicales iatrogénicas.¹ El 0.8% de las lesiones en la vía urinaria, en cualquiera de sus porciones, ocurre durante un procedimiento ginecológico. La incidencia de lesión vesical durante las histerectomías por laparoscopia es de 0.73 a 1.8%. En procedimientos laparoscópicos, de origen ginecológico, el riesgo es de 0.24%.¹

La European Association of Urology clasifica a las lesiones vesicales según la ubicación y etiología de la lesión. El primer grupo establece los traumatismos en: intraperitoneales (laceraciones, perforaciones, erosiones), extraperitoneales (contusiones, lesiones térmicas) o combinados. El segundo lo define como iatrogénico (por causa externa o interna) o no iatrogénico (lesiones cerradas o penetrantes).²

Los síntomas son inespecíficos e incluyen, principalmente, la incapacidad para la micción o la producción inadecuada de volumen urinario, la distensión abdominal por ascitis urinaria y, en ocasiones, hematuria macro o microscópica.³ De los estudios paraclínicos iniciales, los reportes de los más alterados son la creatinina y el nitrógeno ureico. La cistografía simple o por TAC es el patrón de referencia para el diagnóstico de las lesiones posoperatorias, con una sensibilidad del 95% y especificidad del 100%. La cistoscopia es el método de elección

intraoperatorio para la identificación de lesiones sin que se aconseje el uso rutinario y obligatorio en todos los procedimientos.²

Con el reporte de este caso se busca contribuir a actualizar la información referente a la conducta de tratamiento a seguir en pacientes con lesiones vesicales que se identifican en el posoperatorio. Además, describir el tratamiento que se indicó y sustentar recomendaciones con base en la evidencia científica. A su vez, hacer hincapié en la importancia e interés clínico en un cuadro subagudo que se inició 15 días posteriores al procedimiento quirúrgico.⁸

CASO CLÍNICO

Paciente de 30 años, sin embarazos previos y antecedente de cistectomía de ovario izquierdo 15 días previos a su consulta. Ingresó a la unidad de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Clínica San Rafael de Bogotá, Colombia, con un cuadro clínico de dolor abdominal generalizado de intensidad 8-10 asociado con hematuria macroscópica y disuria de tres días de evolución.

En el examen físico de ingreso la paciente se encontró con: tensión arterial de 110-74 mmHg, frecuencia cardiaca de 110 lpm, frecuencia respiratoria de 20 rpm, saturación de oxígeno de 93% al ambiente, temperatura de 36.8 °C, el abdomen sin signos de irritación peritoneal, herida quirúrgica sin signos de infección local, exploración ginecológica con cuello uterino largo, cerrado, sin sangrado vaginal.

El hemograma se reportó con $15.890 \times 10^9/L$ leucocitos, 81% de neutrófilos, 9.6 mg/dL de hemoglobina, 140,000 plaquetas por mL, 99% de hematuria en eritrocitos frescos y ecografía transvaginal con evidencia de colección pélvica heterogénea y tabicada de 12 x 10 cm.

Durante la hospitalización, la paciente persistió con frecuencia cardiaca de 118 lpm, abdomen sin signos de irritación peritoneal pero doloroso a la palpación. La creatinina se reportó en 0.77 mg/dL, nitrógeno ureico en 15.6 mg/dL y TAC con evidencia de líquido organizado en el hipogastrio, con borde fino y realce en la fase contrastada, rodeaba al cuerpo uterino por encima de la vejiga (15.1 x 8.7 x 14.6 cm) para un volumen total de 1003 cc que podía corresponder a una colección. **Figura 1**

Por lo anterior se decidió la laparotomía exploradora, con los siguientes hallazgos: uroperitoneo de alrededor de 1000 cc y lesión en la cúpula vesical de aproximadamente 5 cm que se reparó con una sutura absorbible cromada 2-0, con un primer plano continuo cruzado y segundo invaginante peritonizante. El cierre de la pared trascurrió sin complicaciones.

A las 48 horas del posoperatorio se recibió el reporte preliminar del cultivo de líquido peritoneal con aislamiento de *Enterococcus faecalis*. Para esas horas la paciente se encontró con picos febriles durante las últimas 12 horas, frecuencia cardiaca mayor a 100 lpm. Por lo anterior se le indicaron 4.5 g de piperacilina-tazobactam por vía intravenosa cada 6 horas.

Ante la aparición de signos de respuesta inflamatoria sistémica en más de una oportunidad y cultivo positivo se modificó el esquema antibiótico intravenoso por endovenoso durante siete días, que culminó sin complicaciones. Ante la mejoría del cuadro, la paciente se dio de alta del hospital con indicación para cistografía a los 15 días en la que ya no evidenció trayectos fistulosos, ni salida de material de contraste fuera de los límites vesicales. El tratamiento se consideró exitoso, con reparación del traumatismo vesical. **Figura 2**

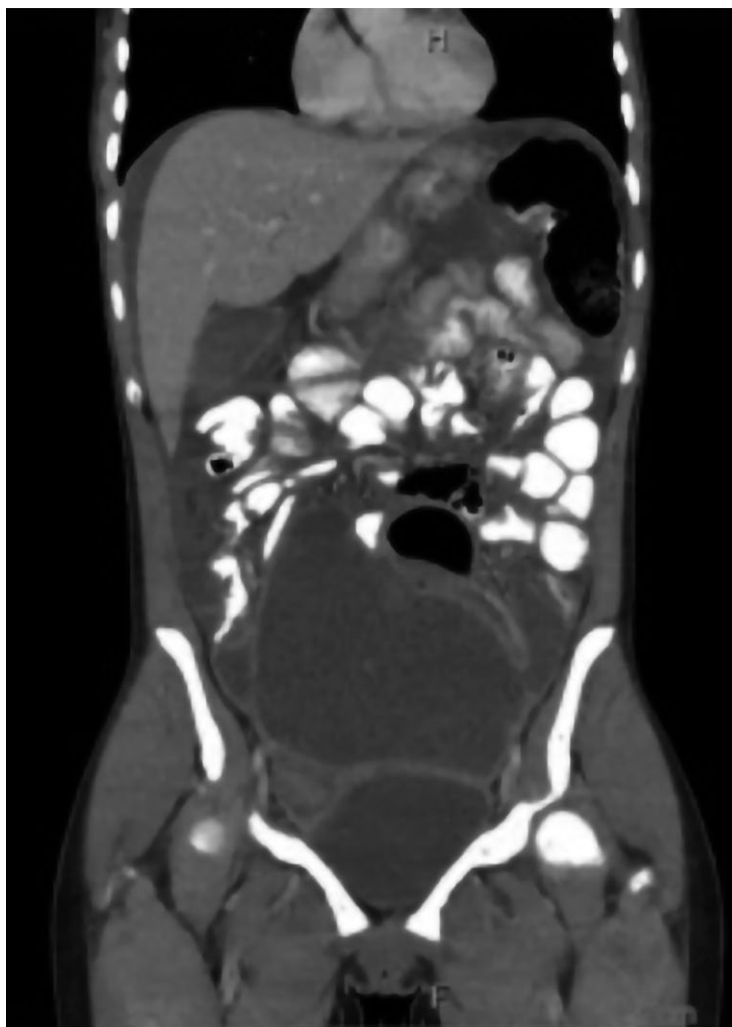


Figura 1

Tomografía de abdomen y pelvis con contraste que evidencia la existencia de líquido organizado en torno del hipogastrio con borde fino y realce en la fase contrastada, rodea el cuerpo uterino por encima de la vejiga con medidas de 15.1 x 8.7 x 14.6 cm para un volumen total de 1003 cc.

DISCUSIÓN

Las lesiones iatrogénicas de la vejiga, después de un traumatismo penetrante o contundente, son raras; aún más lo son los traumatismos iatrogénicos durante procedimientos quirúrgicos. Como primera acción preventiva siempre deben tenerse en consideración los factores de riesgo asociados. Rooney y colaboradores describieron el antecedente de cesárea como un factor de riesgo para lesión vesical durante una histerectomía por vía abierta, laparoscópica o transvaginal, que describieron con una asociación estrecha entre ambas intervenciones (OR 2.07; IC 95%: 1.2-3.5).⁴

En un ensayo de Dobrowolski y su grupo se reportaron 512 lesiones vesicales en 61 hospitales de Polonia (1995 a 1999). Se concluyó que la mitad de las lesiones se produjeron durante los procedimientos ginecoobstétricos.⁵ Por lo anterior, la European Association of Urology propone acciones preventivas que incluyen el amplio conocimiento de la ubicación y los límites



Figura 2

Uretrocistografía por tomografía que evidencia el llenado vesical completo sin trayectos fistulosos ni extravasación del contraste fuera de las paredes vesicales.

de la vejiga, la disección fina de los tejidos junto con la visualización permanente de la sonda vesical, la tracción cefálica del peritoneo vesicouterino en procedimientos laparoscópicos y el uso correcto de la energía eléctrica.²

La paciente del caso carecía de factores de riesgo identificables previos al procedimiento quirúrgico. El punto de acción identificado como posible causa de la lesión fue el uso de energía eléctrica al ingresar a la cavidad abdominal. De ahí la necesidad de mayor atención durante el procedimiento quirúrgico como lo señalaron Wong y su grupo, quienes reportaron que las lesiones de la vía urinaria, incluso los procedimientos laparoscópicos por enfermedades benignas, representan una incidencia de solo un 0.33%.¹¹

Las recomendaciones para la cistoscopia intraoperatoria o durante el posoperatorio inmediato siguen siendo un tema de controversia. El American College Obstetrics and Gynecologists (ACOG) recomienda, de forma universal, su práctica basado en diferentes estudios que han demostrado un buen rendimiento para la identificación temprana de las lesiones.^{1,3,6} Chi y coautores compararon dos grupos poblacionales en un hospital de Michigan, EUA, con 2918 pacientes que se dividieron, en el tiempo, por el momento en el que se inició la práctica de

la cistoscopia universal para pacientes histerectomizadas por indicación de enfermedad benigna. Al final se evidenció una reducción del diagnóstico tardío de lesiones vesicales de 0.7 a 0.1% entre el grupo al que no se le practicó la cistoscopia en el posoperatorio inmediato en comparación con el que sí, respectivamente.⁶

La recomendación no se aplicó en la paciente del caso porque, en conjunto con los especialistas del servicio de Urología y con base en la evidencia actual, se definió que la colocación de una sonda vesical luego de la reparación era suficiente. Tal como lo describieron Jensen y colaboradores en su estudio, en donde el tiempo promedio de permanencia de la sonda vesical fue de 11.4 días, se consideró prudente que en la paciente fueran 15 días y posterior a ello se retiró, luego del estudio que descartó que hubiera alguna fístula.¹⁰

Las recomendaciones de tratamiento incluyen la reparación de las lesiones con suturas absorbibles de calibre 2-0. Esta indicación es para lesiones intraperitoneales debidas a traumatismos iatrogénicos y no iatrogénicos cerrados o penetrantes, junto con la colocación de una sonda vesical durante al menos 10 días y retiro previa cistografía.^{2,7} Un estudio reciente emprendido por Jensen y colaboradores evaluó, por medio de una revisión sistemática, el tiempo de cateterismo vesical que deben tener las pacientes ginecoobstétricas con lesiones vesicales. Concluyeron que no existe evidencia significativa que defina un lapso determinado; esto último va en contra de la evidencia mencionada por la guía de la European Association of Urology.⁹

Consideraciones éticas

Conforme a lo dispuesto en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, el caso aquí reportado se considera una investigación sin riesgo porque corresponde a un reporte de caso retrospectivo, donde no se efectuó intervención alguna a la paciente del caso. Se garantiza el respeto a la dignidad de la paciente, su libertad y autodeterminación y busca prevenir daños y salvaguardar su vida privada. Todos los datos del caso se publican de forma anónima.

CONCLUSIONES

Las lesiones vesicales producidas durante procedimientos ginecoobstétricos son comunes; su incidencia aumenta en procedimientos laparoscópicos. La identificación de factores de riesgo antes de llevar a cabo cualquier procedimiento quirúrgico con cercanía a la vejiga se aconseja como un acto preventivo, lo mismo que las acciones propuestas por la European Association of Urology durante el procedimiento. Los ginecoobstetras deben tener la capacidad para identificar y decidir el momento de la aplicación de herramientas intra o posoperatorias en pacientes con sospecha o evidencia de lesión vesical, según la disponibilidad de los equipos.

REFERENCIAS

1. Glaser LM, Milad MP. Bowel and bladder injury repair and follow-up after gynecologic surgery. *OB/GYN* 2019; 133 (2): 313-22. doi:10.1097/AOG.0000000000003067
2. Serafetinidis E, Campos-Juanatey F, Hallscheidt P, Mahmud H, Mayer E, et al. Summary Paper of the Updated 2023 European Association of Urology Guidelines on Urological Trauma. *European Urology Focus* 2023. <https://doi.org/10.1016/j.euf.2023.08.011>
3. Sharp HT, Adelman MR. Prevention, recognition, and management of urologic injuries during gynecologic surgery. *Obstetrics & Gynecology* 2016; 127 (6): 1085-96. doi:10.1097/AOG.0000000000001425
4. Rooney C, Crawford A, Vassallo B, Kleeman S, Karram M. Is previous cesarean section a risk for incidental cystotomy at the time of hysterectomy? A case-controlled study. *AJOG* 2005; 2041-44. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2005.07.090>
5. Dobrowolski Z, Lipczyński W, Drewniak T. External and iatrogenic trauma of the urinary bladder: a survey in Poland. *Bob Jones University* 2002; 89 (7): 755-56. doi:10.1046/j.1464-410x.2002.02718.x

6. Chi AM, Curran DS, Morgan DM, Fenner DE, Swenson CW. Universal cystoscopy after benign hysterectomy. *Obstetrics & Gynecology* 2016; 127 (2): 369-75. doi:10.1097/AOG.0000000000001271
7. Manna C, Silva M, Gazzani SE, Cobelli R. An uncommon cause of ascites: Uroperitoneum from iatrogenic bladder fistula detected by CT urography. *BJR Case Rep* 2016; 2 (3): 20150391. doi:10.1259/bjrcr.20150391.
8. James Z, Mohamad U. Delayed presentation of iatrogenic bladder perforation. *BJR Case Rep* 2017. doi:10.1136/bcr-2017-222997
9. Jensen A, Heinemeier II, Schroll JB, Rudnicki M. Iatrogenic bladder injury following gynecologic and obstetric surgery: A systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2023. doi:10.1111/aogs.14641
10. Jensen AS, Rudnicki M. Iatrogenic bladder and ureteral injuries following gynecological and obstetric surgery. *Arch Gynecol Obstet* 2022; 307 (2): 511-18. doi:10.1007/s00404-022-06800-0
11. Wong JM, Bortoletto P, Tolentino J, Jung MJ, Milad MP. Urinary tract injury in gynecologic laparoscopy for benign indication. *Obstet Gynecol* 2018; 131 (1): 100-108. doi:10.1097/aog.0000000000002414



Instrucciones para los autores de Casos Clínicos de Ginecología y obstetricia de México

1. Los artículos deben enviarse por vía electrónica mediante el sistema de gestión OJS (Open Journal System), junto con el formato de cesión de derechos de autor (firmado por todos los autores) y confirmar que se trata de un artículo inédito. Debe ingresar a: www.revisionporpares.com, registrarse y cargar sus archivos, que serán evaluados por pares.

La extensión no deberá exceder de 12 cuartillas (2500 palabras).

Los trabajos no aceptados se devolverán al autor principal. El formato de cesión de derechos puede descargarse de la página www.ginecologiayobstetricia.org.mx

Ningún material publicado en la revista podrá reproducirse sin autorización previa, por escrito, del editor.

El manuscrito comprende:

Títulos completos y cortos en español e inglés: **Las palabras “informe de caso” o “reporte de caso clínico (s), deben aparecer en el título junto con lo más relevante del caso;** nombres y apellidos del o los autores (el límite máximo debe ser de 6 integrantes, es decir, el autor principal y 5 coautores. Deberá especificarse la participación de cada uno en el artículo), su adscripción (institución, hospital, departamento o servicio) vinculada con el motivo del trabajo (no se aceptan títulos honoríficos o pasados: expresidente, miembro Titular o Emérito de tal cual institución, Academia o Sociedad), dirección postal completa (calle, número, código postal, ciudad y Estado), teléfono fijo (incluida la clave lada) y correo electrónico de todos los autores y señalando a uno de ellos para recibir la correspondencia relacionada con el artículo.

Cuando un artículo es aprobado por el Comité Editorial de Ginecología y Obstetricia de México para publicación, no podrán efectuarse cambios adicionales (eliminar o agregar) de autores y coautores, cargos institucionales, ni adscripciones; es decir, aparecerán señalados como lo indicaron en el archivo original de envío.

2. **Resumen:** **A). Introducción o Antecedente** debe especificarse bien: ¿Por qué es único en este caso? (infrecuente, efectos adversos, comportamiento atípico, etc.) ¿Qué aporta de nuevo a la bibliografía médica? **B). Caso clínico:** edad y los principales síntomas del paciente y los hallazgos clínicos y quirúrgicos importantes en su caso. Los diagnósticos significativos, intervenciones terapéuticas y resultados, **C). Conclusión:** ¿Cuáles son las principales lecciones que se pueden extraer de este caso?

3. **Palabras clave** en 2 - 5 palabras y con términos MeSH ((Medical Subject Headings); para

El texto del artículo de caso clínico está integrado por las siguientes secciones:

4. **Introducción.** Breve resumen de los antecedentes del caso con referencia a la bibliografía médica pertinente reportada; es decir, los antecedentes deben ser breves, con exposición igualmente concisa del estado actual del conocimiento, de la patología motivo de la comunicación. Si es un caso excepcional cuál es la epidemiología internacional y nacional reportada.
5. **Presentación del caso clínico.** *Información demográfica* (edad, origen étnico, profesión, constantes vitales. IMC antecedentes obstétricos: embarazos, partos, cesáreas, abortos inducidos o espontáneos y semanas de gestación, nacimientos pretérmino o con defectos al nacimiento, muerte fetal o neonatal en su caso). *Principales síntomas de la paciente.* *Antecedentes familiares y psicosociales* que incluyan la dieta, el estilo de vida y la información genética pertinente en caso necesario. *Enfermedades concomitantes pertinentes*, incluidas las intervenciones anteriores y sus desenlaces. *Hallazgos clínicos:* Describir los hallazgos pertinentes de la exploración física, en obstetricia: abdomen con exploración fetal, exploración vaginal. Exploración ginecológica completa, incluidas las glándulas mamarias. *Evaluación:* descripción de las guías importantes relacionadas con sus diagnósticos de primera instancia e intervenciones (Cuadro o Figura). *Evaluación diagnóstica:* Métodos diagnósticos (exploración física, análisis, técnicas de obtención de imágenes incluyendo ultrasonido en Obstetricia y cardiocografía. *Problemas para el diagnóstico* (económicos, lingüísticos o culturales). *Razonamiento diagnóstico*, incluidos los diagnósticos diferenciales. *Características de pronóstico* (estadios en oncología) cuando proceda. *Intervención terapéutica:* Tipos de intervención (farmacológica (categoría FDA en obstetricia), quirúrgica, preventiva, autocuidados. Administración de la intervención (dosis, concentración, duración). Cambios en la intervención (con justificación). *Seguimiento y resultados:* Resultados evaluados por el médico y



por el paciente (en obstetricia vía nacimiento, peso y Apgar del recién nacido, evaluación y si requirió resucitación o paso a TIN, hallazgos o complicaciones). *Observancia de la intervención y tolerabilidad a la misma (¿cómo se ha evaluado?).* Evaluación del recién nacido en caso obstétrico, sangrado materno anormal. *Acontecimientos adversos e imprevistos: Reintervenciones* (justificación en madre o hijo).

6. **Discusión.** *Puntos fuertes y limitaciones en la atención médica del caso. Discusión de la bibliografía médica pertinente comparándola con el caso clínico reportado.*

7. **CONCLUSIONES.** Justificación de las conclusiones (incluida la evaluación de las posibles causas). Las principales lecciones que pueden extraerse de este informe de caso.

8. **Consentimiento informado.** Conocimiento informado ¿Se comunicó el consentimiento informado? ¿Dio su consentimiento la paciente o familiar para la publicación de su caso?

9. Referencias

Su orden de aparición en el texto y el número correspondiente debe registrarse en superíndice (nunca entre paréntesis). Para evitar errores se sugiere utilizar la aplicación “insertar referencia” del menú principal de Word. O, bien, si se hace manualmente la acotación debe hacerse con números consecutivos. Deben omitirse comunicaciones personales, en cambio, sí se permite la expresión “en prensa” cuando un trabajo se ha aceptado para publicación en alguna revista, pero cuando la información provenga de textos enviados a una revista que no los haya aceptado aún, deberá citarse como “observaciones no publicadas”.

9.1 **Los artículos, capítulos de libros, portales de internet, entre otros, deben citarse tal como aparecen en la fuente consultada.**

Ejemplos

Publicación periódica

You Ch, Lee KY, Chey RY, Menguy R. Electrogastrographic study of patients with unexplained nausea, bloating and vomiting. *Gastroenterology* 1980;79:311-314.

Libro

Murray PR, Rosenthal KS, Konbayashi GS, Pfaller MA. *Medical microbiology*. 4th ed. St Louis: Mosby, 2002; 210-221. Portal de internet Coustan RD, Jovanovic L. Gestational diabetes mellitus: glycemic control and maternal prognosis. Massachusetts: **Uptodate** Waltham. [en línea]. Dirección URL: <<http://www.uptodate.com/>> (Consulta: mayo 2016).

Nueva forma de citación

De acuerdo con las principales bases de datos y repositorios internacionales, la nueva forma de citación para publicaciones periódicas, digitales (revistas en línea), libros o cualquier tipo de referencia que incluya el identificador DOI (por sus siglas en inglés: Digital Object Identifier) será de la siguiente forma:

9.2 REFERENCIAS

1. Katarina V, Gordana T. Oxidative stress and neuroinflammation should be both considered in the occurrence of fatigue and depression in multiple sclerosis. *Acta Neurol Belg* 2018; 34 (7): 663-9. doi: 10.1007/s13760-018-1015-8

2. Guo ZW, Deng CJ, Liang X, Jiang J, Zhong Z. A comparative study of three different forecasting methods for trial of labor after cesarean section. *J Obstet Gynaecol Res* 2017; 25 (11): 239-42. <https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2015.04.015>.

9.3 Deben citarse todos los autores del artículo hasta un máximo de seis; después de éstos, seguido de una coma, se colocará et al.

9.4 Es importante citar artículos de autores mexicanos y latinoamericanos, sin importancia del idioma de publicación, aportes más sobresalientes al conocimiento.

10. **Sí el caso tiene revisión bibliográfica.** Descripción detallada de la metodología de búsqueda de la información: palabras clave, uso de MeSH u otra estrategia (pregunta PICO, etc.), bases de datos consultadas y periodo si el caso tiene revisión bibliográfica, debe señalarse claramente la metodología de búsqueda de la información, palabras clave, uso de MeSH u otra estrategia, bases de datos consultadas mínimo 2, periodo en el que se realizó de inicio y final; fecha en que se hizo la búsqueda. Cantidad de artículos encitrados, seleccionados, motivo de la selección y motivo de rechazo. Es indispensable que la cantidad de referencias incluidas coincida con la lista de referencias o bien dar explicación si es mayor.

NOTA: Todos los enlaces sean por doi o por URL deben verificarse que lleven al artículo seleccionado, no a páginas generales.



CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Los abajo firmantes estamos conformes con lo mencionado en los incisos previos, como en el tipo de crédito asignado en este artículo:

• TÍTULO DEL ARTÍCULO: _____

• NOMBRE COMPLETO DEL AUTOR O AUTORES: _____

• LOS AUTORES ASEGURAN QUE SE TRATA DE UN REPORTE DE CASO CLÍNICO ESTUDIADO POR ELLOS Y QUE NO HA SIDO PREVIAMENTE PUBLICADO NI ENVIADO PARA SU PUBLICACIÓN A OTRA REVISTA. MANIFIESTAN QUE NO EXISTE CONFLICTO DE INTERESES CON OTRAS INSTANCIAS PÚBLICAS O PRIVADAS.

• LOS AUTORES ESTÁN DE ACUERDO EN QUE SU TEXTO SEA CORREGIDO DE ACUERDO CON EL CRITERIO DEL EDITOR Y EN CEDER SUS DERECHOS DE PUBLICACIÓN A LA REVISTA CASOS CLÍNICOS DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO.

• NOMBRE Y FIRMA DE TODOS LOS AUTORES: NOMBRE Y FIRMA

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

• VISTO BUENO (NOMBRE Y FIRMA) DE AUTORIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN DONDE SE REALIZÓ EL TRABAJO:

NOMBRE Y FIRMA

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

LUGAR: _____ FECHA: _____

NOTA IMPORTANTE

Los autores deben estar de acuerdo en que los artículos aceptados para publicación serán objeto de una revisión editorial (syntaxis y ortografía) para adaptarlos al estilo propio de la revista, descrito en las Instrucciones para los autores.