

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Posgrados

CALCIFICACIONES MAMARIAS

Aguilar Pozo Edison Andrés, MD.

Trabajo de Titulación presentado como requisito para la
obtención del título de Especialista en Ginecología y Obstetricia

Quito, febrero de 2015

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Posgrados

HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN

CALCIFICACIONES MAMARIAS

Aguilar Pozo Edison Andrés, MD.

Juan Francisco Fierro Renoy, Dr.

Director del Programa de Posgrados en
Especialidades Médicas

Ricardo De La Roche Martínez, Dr.

Tutor del Posgrado de Ginecología y
Obstetricia

Andrés Calle Miñaca, Dr.

Tutor del Posgrado de Ginecología y
Obstetricia

Gonzalo Mantilla Cabeza de Vaca, Dr.

Decano del Colegio de Ciencias de la Salud
USFQ

Victor Viteri Breedy, PhD.

Decano del Colegio de Posgrados

Quito, febrero de 2015

©DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento, certifico que he leído la Política de Propiedad Intelectual de la Universidad San Francisco de Quito y estoy de acuerdo con su contenido por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo de investigación quedan sujeto a lo dispuesto en la política

Así mismo, autorizo a la USFQ para que se realice la digitalización y publicación de estos trabajos de investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art.144 de la Ley Orgánica de Educación Superior

Firma: _____

Nombre: Aguilar Pozo Edison Andrés, MD.

Cédula de Ciudadanía: 1715042352

Fecha: Quito, febrero de 2015

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

COLEGIO DE POSGRADOS

DESCRIPCIÓN DE TRABAJOS Y PUBLICACIONES

PUBLICACIÓN DE TRABAJOS EN REVISTAS Y LIBROS

- Aguilar E, Calcificaciones Mamarias: Artículo de Revisión. Revista de la Federación Ecuatoriana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia, 2014;21(3) (In Press)
- Bucheli R, Jibaja I, Aguilar E, Lopez M. Piso Pélvico Generalidades. En Bucheli R, editor. Piso Pélvico. Quito: Editorial Ecuador; 2015. p. 1 - 35. (In Press)
- Bucheli R, Jibaja I, Aguilar E, Lopez M. Monte de Venus. Malformación. Corrección Quirúrgica. En Bucheli R, editor. Piso Pélvico. Quito: Editorial Ecuador; 2015. p. 163 - 174. (In Press)

PRESENTACIÓN ORAL EN CONGRESOS NACIONALES

- Aguilar E. Ruptura Hepática en Embarazo sin Preeclampsia. XX Congreso Ecuatoriano de Ginecología y Obstetricia, 26 al 29 de septiembre 2012, Quito – Ecuador.
- Aguilar E. Control de Calidad en Citología: Aspectos Técnicos y Diagnósticos. I Congreso Nacional En Tecnología Medica, Enfermedades Tropicales Y De Transmisión Sexual, 14 al 17 de mayo 2014, Santo Domingo de los Tsachilas - Ecuador
- Aguilar E. Abordaje Diagnóstico de los Desórdenes Benignos de la Vulva. II Congreso Nacional de Actualización en Gineco-Obstetricia y Pediatría Clínica, 17 al 29 de octubre 2011, Quito – Ecuador.

Trabajo de Titulación presentado como requisito para la
obtención del título de Especialista en Ginecología y Obstetricia

Quito, febrero de 2015

DEDICATORIA

Primero y antes que nada, dedico este trabajo a Dios, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo este periodo de estudio. A mi familia y a mi novia por el esfuerzo realizado por ellos, de ser así no hubiese sido posible ya que me brindaron el apoyo, la alegría necesaria para seguir adelante.

TABLA DE CONTENIDOS

I.	RESÚMENES DE TRABAJOS DE PUBLICACIÓN.....	9
	a. CALCIFICACIONES MAMARIAS.....	9
	b. MONTE DE VENUS: MALFORMACIÓN CORRECCIÓN QUIRÚRGICA.....	10
	c. PISO PÉLVICO: GENERALIDADES.....	11
II.	RESÚMENES DE LOS TEMAS DE EXPOSICIÓN.....	12
	a. RUPTURA HEPÁTICA EN EMBARAZO SIN PREECLAMPSIA.....	12
	b. CONTROL DE CALIDAD EN CITOLOGÍA: ASPECTOS TÉCNICOS Y DIAGNÓSTICOS.....	14
	c. ABORDAJE DIAGNÓSTICO DE LOS DESÓRDENES BENIGNOS DE LA VULVA.....	15
III.	JUSTIFICACIÓN DE TRABAJOS DE PUBLICACIÓN	16
	a. CALCIFICACIONES MAMARIAS.....	16
	b. MONTE DE VENUS: MALFORMACIÓN CORRECCIÓN QUIRÚRGICA.....	17
	c. PISO PÉLVICO: GENERALIDADES.....	18
IV.	JUSTIFICACIÓN DE LOS TEMAS DE EXPOSICIÓN.....	19
	a. RUPTURA HEPÁTICA EN EMBARAZO SIN PREECLAMPSIA.....	19
	b. CONTROL DE CALIDAD EN CITOLOGÍA: ASPECTOS TÉCNICOS Y DIAGNÓSTICOS.....	20
	c. ABORDAJE DIAGNÓSTICO DE LOS DESÓRDENES BENIGNOS DE LA VULVA.....	21

V. ANEXOS.....	67
----------------	----

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

RESÚMENES DE LOS TRABAJOS DE PUBLICACIÓN

CALCIFICACIONES MAMARIAS

La mayoría de las calcificaciones representadas en las mamografías son benignas. Sin embargo, las calcificaciones son importantes ya que pueden ser la primera y más temprana señal de malignidad.

Para la detección y el análisis de microcalcificaciones, se requieren de imágenes de alta calidad y puntos de magnificación. The American College of Radiology (ACR) Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS) clasifica a las calcificaciones en las mamografías en tres categorías: típica benigna, preocupación intermedia y mayor probabilidad de malignidad según tipos y distribución de las calcificaciones.

Calcificaciones benignas suelen ser más grandes, más gruesas, redondas con márgenes lisos y tienen una distribución dispersa o difusa. Calcificaciones malignas son normalmente agrupadas, pleomórficas, finas y lineales con ramificación.

Por lo que es importante detectar, evaluar, clasificar y formular recomendaciones apropiadas para calcificaciones observadas en las mamografías a proporcionar un manejo adecuado.

MONTE DE VENUS. MALFORMACION CORRECCIÓN QUIRÚRGICA

El monte de Venus es una masa de tejido fibroadiposo que descansa sobre las ramas pubianas superiores, sínfisis pubiana y tubérculos pubianos. Su nombre proviene de "Venus" que según la mitología romana es la deidad relacionada con el amor, belleza y fertilidad, por lo que es común llamar al monte de Venus, el monte del amor.

Durante la pubertad con el aumento de los niveles de estrógenos en la circulación esta estructura toma forma de una protuberancia triangular, que se diferencia de manera fácil de las demás estructuras que lo rodean. La piel que lo cubre se encuentra provista de glándulas sebáceas, glándulas sudoríparas y muchas terminaciones nerviosas.

En ciertas ocasiones el tejido adiposo en esta zona de los genitales femeninos es excesivo, con la particular característica que este exceso no desaparece con la pérdida de peso. Con lo cual se puede producir un desplazamiento anormal de la vagina hacia atrás, dándole a los genitales externos un aspecto y una posición anómalas.

PISO PÉLVICO: GENERALIDADES

El piso pélvico consiste en un conjunto de estructuras musculares y ligamentosas que cierran el suelo del abdomen actuando como sostén de algunas estructuras internas como la vejiga, la vagina y el útero, permitiendo además el correcto funcionamiento de los esfínteres uretrales y anales.

La musculatura perineal tiene unas funciones claramente determinadas y cuenta con un sinergismo muy alto con la musculatura de la pared abdominal, por lo que estudiaremos también los grupos musculares del abdomen y la influencia que éstos pueden tener a la hora de realizar ejercicios para el fortalecimiento del suelo pélvico.

En este entramado anatómico, el 70% está formado por tejido conjuntivo y un 30% consiste en tejido muscular.

Los músculos que forman el suelo pélvico tienen unas funciones muy importantes entre las que destacamos las siguientes: soporte a las vísceras pélvicas, participan en los mecanismos esfinterianos uretral y anal.

Cobran una función importante en determinados procesos relacionados con la sexualidad como por ejemplo el orgasmo. Además interviene en la progresión del feto durante el parto.

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

RESÚMENES DE LOS TEMAS DE EXPOSICIÓN

ROTURA HEPÁTICA EN EL EMBARAZO SIN PREECLAMPSIA

La hemorragia hepática espontánea con formación de un hematoma subcapsular hepático y rotura de la cápsula de Glison es una complicación muy poco frecuente del síndrome de Hellp, en el contexto de una preeclampsia. Sin asociación con esta enfermedad es un hallazgo excepcional, de tal forma que los casos publicados no llegan a la docena.

Ante una paciente con este hallazgo se deben considerar tres diagnósticos, que se detallan a continuación por orden de frecuencia de aparición: preeclampsia (Hellp), hígado graso del embarazo y hepatitis.

La patogenia de este cuadro se atribuye a depósitos locales de fibrina en el hígado, que predisponen a la isquemia focal y a desgarros de la íntima en el hígado, con hemorragia e infarto.

La forma clínica típica de presentación es un hematoma localizado en la cara diafragmática del lóbulo derecho, y son mucho menos frecuentes los hematomas intrahepáticos, por lo que la mayoría de las pacientes refiere dolor e hipersensibilidad a la palpación en el hipocondrio derecho.

La literatura hace énfasis en la alta mortalidad del HSH roto, cuando los métodos quirúrgicos no son agresivos, que llega hasta un 85%. Las recomendaciones quirúrgicas no son específicas, pero en 30 casos, utilizando el taponamiento temporal o packing de compresas, la sobrevida fue de 85%,

versus 25% cuando en estos cuadros catastróficos se realizó lobectomía o se intentó la sutura del lecho hepático sangrante.

La otra alternativa es la ligadura de dicha arteria, también con escasos resultados, si se considera que el hígado sólo recibe un tercio de su sangre de la arteria hepática, ya que la mayoría de su volemia es aportada por el sistema venoso portal.

Por último, también existe la opción del trasplante hepático, también con escasas opciones de supervivencia

CONTROL DE CALIDAD EN CITOLOGÍA: ASPECTOS TÉCNICOS Y DIAGNÓSTICOS

El cáncer de cérvix es una enfermedad totalmente prevenible y curable, si se detecta oportunamente; sin embargo, esta enfermedad aún se encuentra entre las primeras causas de muerte de la mujer pese al tamizaje que se realiza.

El control de calidad tiene como finalidad identificar, evaluar y supervisar la interpretación de la citología exfoliativa cérvico-uterina y está orientado a revisar el procesamiento de la lámina (tinción de Papanicolaou y montaje), la interpretación diagnóstica, así como la competencia del personal técnico para asegurar la certeza en los resultados de acuerdo a los parámetros establecidos y proporcionar respuesta oportuna a las usuarias del programa.

El control de calidad contribuye a la confiabilidad de las pruebas, incluyendo la calidad de los materiales, reactivos y equipo a utilizar, mejorando la seguridad y autoconfianza del personal al detectar fallas que pueden reflejarse en el informe de resultados.

Es necesario mantener el control de calidad en el resultado del examen citológico, para que la detección temprana del cáncer cervico-uterino que sea eficaz, ya que incluye: sensibilidad (detección de casos positivos) y especificidad (detección de casos negativos) de la prueba.

ABORDAJE DIAGNÓSTICO DE LOS DESÓRDENES BENIGNOS DE LA VULVA

Los trastornos benignos de la vulva representan un grupo de enfermedades que afectan especialmente a pacientes mayores.

Su grado de afectación es variable y todo depende de su presentación clínica para que se convierta en el motivo de consulta. La calidad de vida es deteriorada en gran medida cuando se da un retraso en el diagnóstico.

Su tratamiento suele ser largo pero con buenos resultados por eso la valoración de rutina es un pilar fundamental para evitar retrasos innecesarios.

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

JUSTIFICACIÓN DE TRABAJOS DE PUBLICACIÓN

CALCIFICACIONES MAMARIAS

Las calcificaciones mamarias se originan por el depósito de calcio en el tejido mamario. La mayoría de calcificaciones que se encuentran en las mamografías, reflejan una causa benigna, como son las calcificaciones cutáneas, las calcificaciones vasculares, las calcificaciones de secreción láctea, los fibroadenomas calcificados.

En un porcentaje inferior se asocian a al carcinoma ductal in situ (CDIS) y en menor frecuencia se asocian con el carcinoma ductal infiltrante. La presencia de calcificaciones es muy frecuente en la mamografía, en el estudio de las calcificaciones se valora la forma, el número, la distribución y las anomalías asociadas.

El conocimiento de su aspecto radiológico es muy importante, dado que en un elevado porcentaje corresponde a lesiones benignas, el 50% de los canceres de mama se asocian a calcificaciones. Las calcificaciones altamente sospechosas de malignidad deben ser biopsiadas siempre para confirmar o descartar su origen neoplásico.

La mamografía es una exploración diagnóstica no cruenta y asequible con la que podemos tipificar, en un alto porcentaje las calcificaciones benignas sin necesidad de practicar pruebas diagnósticas más invasivas e innecesarias.

MONTE DE VENUS: MALFORMACIÓN CORRECCIÓN QUIRÚRGICA

Los cambios sociales, el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad y las molestias que se presentan al tener una relación sexual llevan muchas veces a la consulta médica, especialmente a cirujanos plásticos, pero también a ginecólogos que realizan este tipo de cirugías.

Son mujeres jóvenes, entre los 20 y 40 años, las que solicitan este tratamiento y los operaciones van en aumento en todo el mundo.

Las pacientes consultan por esta patología por presentar molestias a la hora de la higiene, especialmente durante la menstruación, porque es muy difícil mantener la limpieza y por molestias de tipo irritativo por la transpiración. Además por problemas al caminar o al vestirse.

La solución al problema es una cirugía. La recuperación es pronta. Cuando los tejidos están recuperados y normales, la paciente podrá tener una vida sexual activa y sin molestias.

PROLAPSO GENITAL

El suelo pélvico tiene dos funciones fundamentales: la de sujeción y la de cierre. Una de ellas es la función de sujeción o soporte de los órganos (vejiga, útero y recto) en la cavidad abdominal y su mantenimiento en la posición correcta, permaneciendo así, en un perfecto equilibrio pélvico.

Además de sujetar el suelo pélvico también cierra los conductos (uretra, vagina y recto) evitando la salida de los fluidos como la orina, gases y las heces al exterior.

La alteración más frecuente del suelo pélvico es el debilitamiento del mismo. Cuando este se debilita, se acentúa su forma de hamaca, aumentando su concavidad y dejando de realizar sus funciones de sujeción de los órganos y cierre de los conductos.

Por lo tanto el suelo pélvico al no sujetar las vísceras, éstas se recolocan verticalizándose y descendiendo hacia el exterior pudiendo incluso salir por vía vaginal: Prolapso de útero, rectocele o prolapso del recto, cistocele o prolapso de la vejiga, etc.

Los estudios científicos revelan la importancia del piso pélvico en diferentes situaciones fisiológicas de la mujer y sus cambios a lo largo de su vida. Por eso su conocimiento en cuanto a su anatomía es vital para prevenir y corregir de manera oportuna las diferentes patologías.

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

JUSTIFICACIÓN DE LOS TEMAS DE EXPOSICIÓN

RUPTURA HEPÁTICA EN EMBARAZO SIN PREECLAMPSIA

Aunque la ruptura hepática espontánea se ha descrito en mujeres sin enfermedad de base y sin relación con hipertensión, este es realmente un fenómeno excepcional, hasta el punto que hay autores que consideran que la mayoría de estos casos son casos mal diagnosticados en los que no se ha investigado a fondo el origen del problema.

Es una complicación muy rara pero cuando se produce sus consecuencias son dramáticas tanto para la madre como para el feto. De ahí la importancia de reconocer el cuadro en etapas tempranas.

La mortalidad materna en los países desarrollados no ha disminuido en los últimos años a pesar del adecuado cuidado prenatal.

Es frecuente que esta complicación aparezca en el tercer trimestre de la gestación y ocasionalmente en el puerperio inmediato

Su manejo necesita de una actuación multidisciplinaria, se debe interrumpir el embarazo y tratar la ruptura hepática y las alteraciones hematológicas como la anemia severa, la plaquetopenia y muchas veces el grave síndrome de HELLP en caso de presentarse

CONTROL DE CALIDAD EN CITOLOGÍA: ASPECTOS TÉCNICOS Y DIAGNÓSTICOS

El papanicolau o citología de cuello de útero es un examen cuyo fin es detectar en forma temprana alteraciones en el cuello del útero, que posteriormente puede llegar a convertirse en cáncer

La importancia de la realización de este examen, es debido a que el cáncer del cuello uterino es totalmente asintomático en un comienzo y tiene una evolución lenta.

El propósito principal de papanicolau es detectar cambios anormales en las células, lo que puede desencadenar a largo plazo cáncer de cérvix. En el peor de los casos el diagnóstico del paptest indica que estas anomalías en las células se deben ya a un cáncer.

Este examen detecta el 95% de cánceres cervicales en un estado que todavía no se ven a simple vista. Además, ocasionalmente puede determinar cáncer endometrial o de ovarios.

Esto se logra solamente si la técnica y la interpretación de resultados es la adecuada por parte del personal médico.

ABORDAJE DIAGNÓSTICO DE LOS DESÓRDENES BENIGNOS DE LA VULVA

Los desordenes de la vulva se han incrementando en los últimos años, por lo cual las técnicas de diagnostico deben ser mas precisas.

Siendo enfermedades que pueden esconder un cáncer oculto se justifica su abordaje en los grupos de riesgo. Ya que el subestimar su sintomatología puede llevar a un rápido detereoro del paciente. Por lo tanto es importante realizar un examen físico minucioso aun en ausencia de molestias para tratar a tiempo lesiones que en un futuro podrían ser más difíciles de resolver.

ARTICULO DE REVISION

CALCIFICACIONES MAMARIAS

Andrés Aguilar 1

1Programa de Posgrado en Ginecología y Obstetricia USF

RESUMEN: La mayoría de las calcificaciones representadas en las mamografías son benignas. Sin embargo, las calcificaciones son importantes ya que pueden ser la primera y más temprana señal de malignidad. Para la detección y el análisis de microcalcificaciones, se requieren de imágenes de alta calidad y puntos de magnificación. The American College of Radiology (ACR) Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS) clasifica a las calcificaciones en las mamografías en tres categorías: típica benigna, preocupación intermedia y mayor probabilidad de malignidad según tipos y distribución de las calcificaciones. Calcificaciones benignas suelen ser más grandes, más gruesas, redondas con márgenes lisos y tienen una distribución dispersa o difusa. Calcificaciones malignas son normalmente agrupadas, pleomórficas, finas y lineales con ramificación. Por lo que es importante detectar, evaluar, clasificar y formular recomendaciones apropiadas para calcificaciones observadas en las mamografías a proporcionar un manejo adecuado.

Abstract: Most calcifications depicted on mammograms are benign. However, calcifications are important because they may be the first and earliest sign of malignancy. For detection and analysis of microcalcifications, require high image quality and magnification points. The American College of Radiology (ACR) Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS) classifies calcifications on mammograms into three categories: typical benign, intermediate concern and higher probability of malignancy by type and distribution of calcifications. Benign calcifications are usually larger, thicker, round with smooth margins and are scattered or diffuse distribution. Malignant calcifications are usually clustered, pleomorphic, and fine linear branching. So it is important to detect, assess, classify and make appropriate calcifications seen on mammograms to provide proper management recommendations.

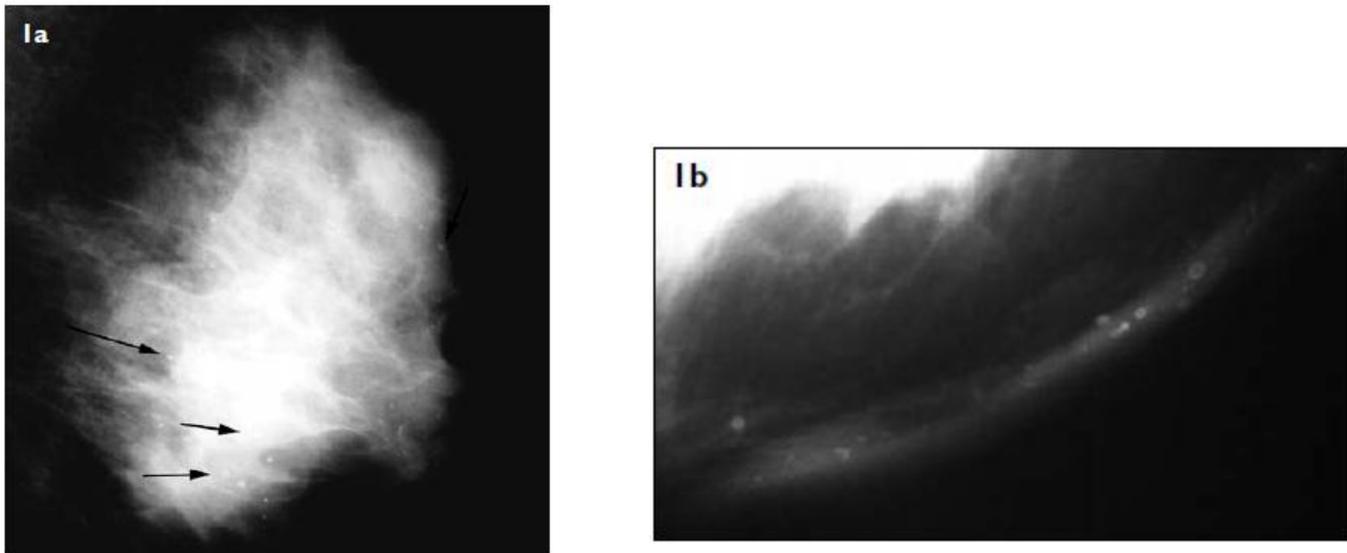


Figura 1. Calcificaciones cutáneas. (a) Mamografía medio lateral oblicua izquierda muestra dispersas, calcificaciones redondas, radiotransparentes (flechas). (b) Una vista tangencial muestra múltiples calcificaciones redondas en la piel.

Introducción

La mayoría de las calcificaciones que aparecen en las mamografías son benignas. Sin embargo, 90% de carcinomas ductales no palpables in situ (CDIS), y 20% de carcinoma infiltrante $<0,5$ cm y todos los DCIS fueron diagnosticados sobre la base de las microcalcificaciones.

Una imagen de alta calidad se requiere para la detección y análisis de microcalcificaciones. El Colegio Americano de Radiología (ACR) Breast Imaging Reporting and Data System (BIRADS) clasifica a las calcificaciones vistas en las mamografías en tres categorías: típica benigna, preocupación intermedia y mayor probabilidad de malignidad de acuerdo a los tipos y la distribución de las calcificaciones. Las calcificaciones benignas suelen ser más grandes, más gruesas y redondas con bordes suaves, mientras que las calcificaciones malignas suelen ser más pequeñas y, a menudo son llamadas microcalcificaciones.

Las microcalcificaciones son a menudo difíciles de percibir y por lo general requiere una ampliación de la vista y una lupa para ser observadas con claridad. La distribución de las calcificaciones se pueden describir como agrupadas, lineales, segmentarias, regionales y difusas o dispersas. Las calcificaciones benignas tienden a ser regionales, con una distribución difusa o dispersa y a menudo son bilaterales, aunque asimétricas. Las calcificaciones agrupadas, lineales o segmentarias se consideran importantes por la probabilidad de malignidad.

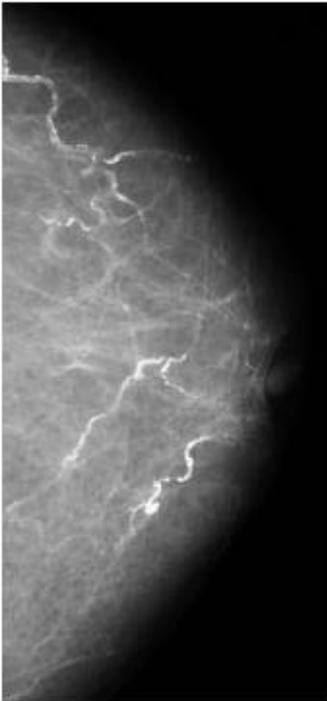


Fig 2. Mamografía craneo caudal izquierda muestra líneas paralelas o calcificaciones en vía férrea a lo largo de las paredes arteriales.

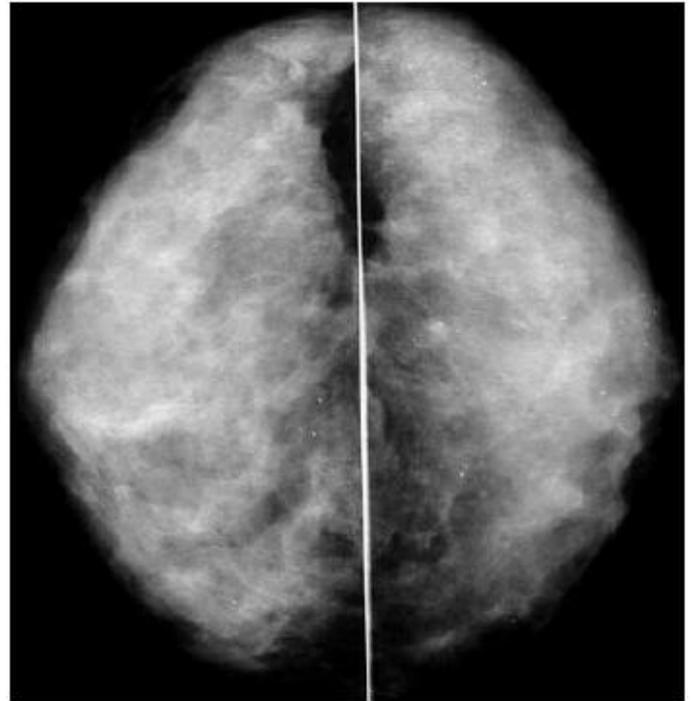


Fig 3. Mamografía craneo caudal bilateral muestra calcificaciones dispersas y redondas en ambos senos.

CALCIFICACIONES BENIGNASTÍPICAS



Figura 1. Ejemplos de calcificaciones de tipo benigno

Tipos de calcificaciones benignas:

- Calcificaciones de piel
- Citoesteatonecrosis (Centro translúcido)
- Del fibroadenoma (Groseras)
- Microquistes (“taza de té”)
- Ectasia ductal (Varillas)
- Calcificaciones distróficas
- Calcificaciones de sutura
- Quiste oleoso (Cáscara de huevo)
- Calcificaciones vasculares
- Lobulillares (Redondas)
- Puntiformes

El primer paso en la evaluación de calcificaciones mamarias es identificar a aquellas que tienen un aspecto típico benigno ya que no es necesario una investigación o un seguimiento minucioso. Estas calcificaciones benignas típicas incluyen: la piel o la dermis, vasculares, de aspecto grueso o similar a las palomitas de maíz, grandes en forma de varilla, redondas, en cáscara de huevo y calcificaciones distróficas.

Cuando aparecen en la piel o como calcificaciones dérmicas a menudo se producen en las glándulas sebáceas, en la cara inferior y medial de los senos. Por lo general, aparecen como esféricas o poligonales con un centro de brillante y pueden ser agrupados o difundir con una distribución regional. Las calcificaciones pueden ser proyectados periféricamente en una o más vistas mamográficas o pueden parecer estar dentro del parénquima mamario. Una vista tangencial se puede utilizar para confirmar calcificaciones dentro de la dermis.

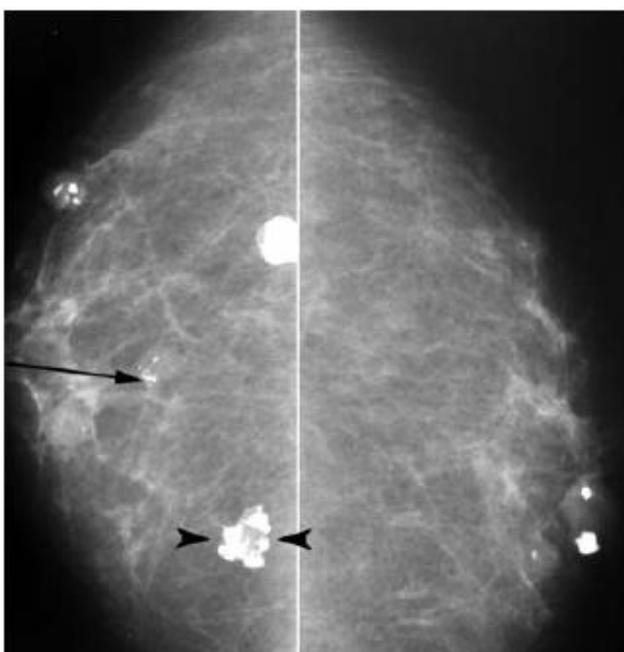


Fig 4. Mamografía cráneo caudal bilateral muestra fibroadenomas degenerados calcificados en diferentes etapas, incluyendo calcificaciones periféricas tempranas (flecha) y tardías en palomitas de maíz, como la (puntas de flecha).



Fig 5. Puntode ampliación que muestra un grupopunteado decalcificaciones, que resultó ser un cambio fibroquístico.



Fig 6. Mamografía mediolateral oblicua derecha muestra calcificaciones en forma de varilla (flechas) y cilindros huecos (punta de flecha).

Calcificaciones vasculares identificadas en las mamografías son calcificaciones ateroscleróticas, arteriales. Estas se ven típicamente como dos líneas paralelas o tienen una apariencia de pista de ferrocarril. Este tipo de calcificaciones ocurren a menudo en las mujeres posmenopáusicas con enfermedad aterosclerótica del corazón y pueden estar relacionados a enfermedad cardíaca coronaria.

Calcificaciones gruesas o palomitas de maíz representan fibroadenomas involucionantes. Después de la menopausia, los fibroadenomas sufren degeneración y calcificación. Las calcificaciones generalmente comienzan en la periferia de la masa y se hacen más grandes y más densas. Por último, el componente de partes blandas ya no se ve dejando sólo las calcificaciones groseras o palomitas de maíz como características.

Calcificaciones en forma de varilla son debido a enfermedades secretoras, que también se conoce como ectasia de conducto o mastitis celular.

La enfermedad a menudo se produce en las mujeres perimenopáusicas o postmenopausocas. La causa de la ectasia ductal es incierta, pero puede ser debido a la obstrucción de secreciones espesas que conducen a la dilatación ductal.

Material secretor puede explotar a través de la pared del conducto dilatado y producir inflamación periductal. Las calcificaciones intraductales aparecen en forma de varilla o con un aspecto más delgado, como en forma de aguja.

Calcificaciones periductales aparecen como cilindros huecos. Estas calcificaciones se ven generalmente en el área subareolar y se ramifican a lo largo del sistema ductal. Calcificaciones redondas pueden variar en tamaño de 2 a 4 mm.

El término "puntiforme" se puede utilizar cuando las calcificaciones tienen menos de 0,5 mm de tamaño. Se forman con frecuencia en los acinos de los lóbulos debido a adenosis. Pueden ser consideradas benignas cuando son dispersas o difusas. Un grupo aislado de calcificaciones puntiformes puede justificar un seguimiento cercano o incluso una biopsia.

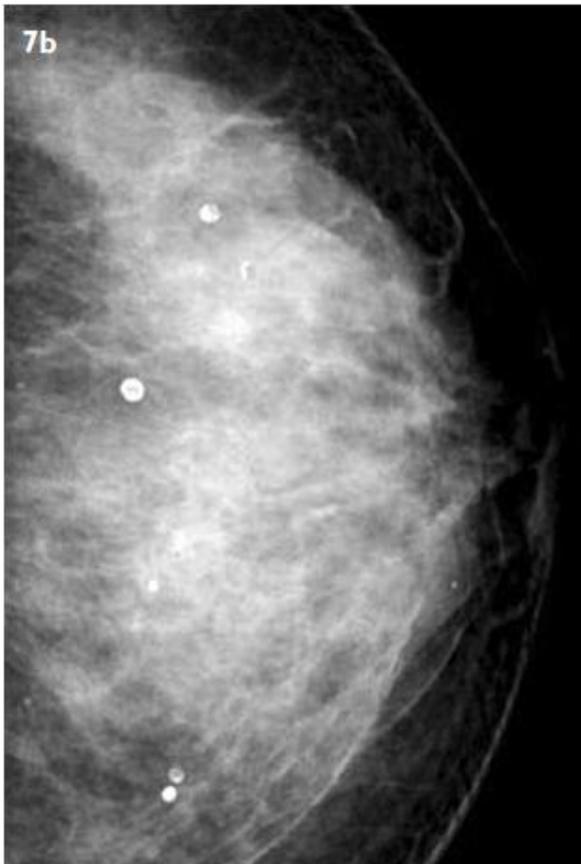
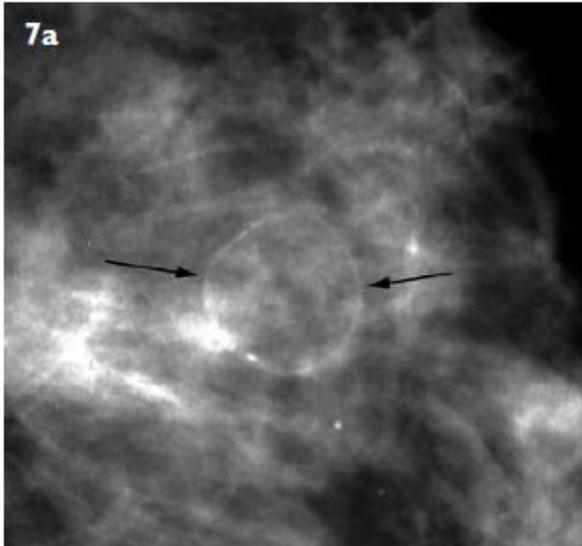


Fig7.(a) y (b) Las mamografías de diferentes pacientes muestran calcificaciones en cáscara de huevo.

Fig 9. Leche de calcio en un quiste. (a) Ampliación de vista craneocaudal muestra una masa circunscrita (puntas de flecha) con calcificaciones agrupadas débiles (flecha). (b) Aumento de la vista lateral muestra capas de calcio en la parte inferior del quiste (flechas).

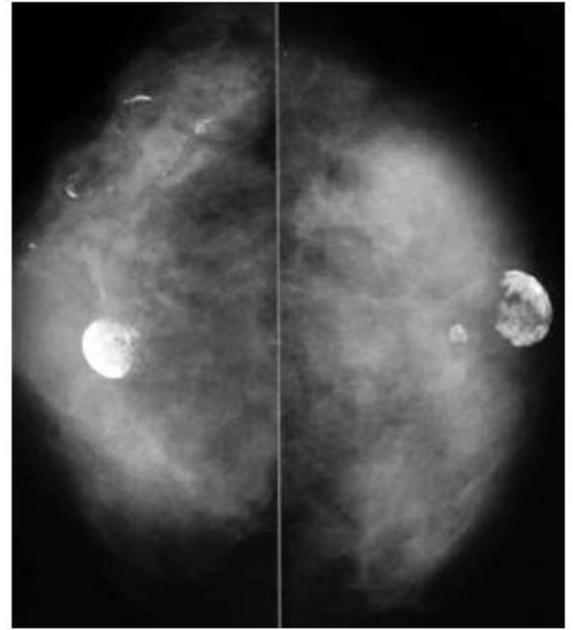
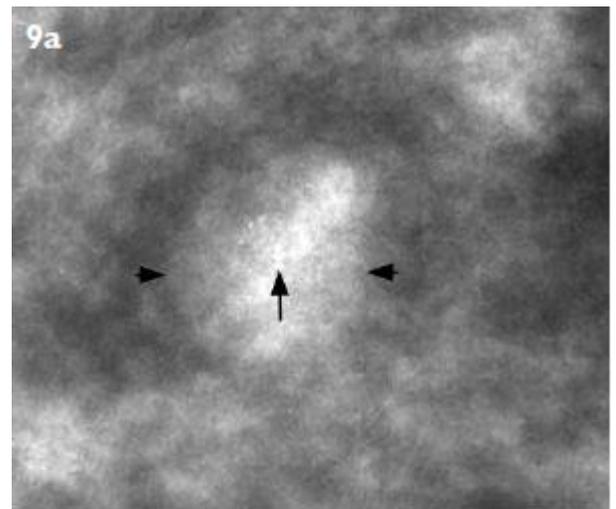


Fig8.Mamografía craneocaudal bilateral que muestra calcificaciones de necrosis grasa.



Calcificaciones en cáscara de huevo o en forma de llanta calcificaciones son calcificaciones redondas con un centro radiotransparente. Representan calcificaciones en la pared de un quiste, quiste lípidicos o necrosis grasa.

Leche de calcio en los quistes representan calcio que sedimenta en la parte dependiente de los quistes. Ellos se ven como manchas pobremente definidas en la vista craneocaudal y lineal o curvilíneo en la vista lateral.

Calcificaciones de sutura representan calcio depositado en los materiales de sutura. Tienen un aspecto lineal o tubular característico en el que los nudos son con frecuencia visibles.

Calcificaciones distróficas resultantes de una cirugía o exposición a radioterapia son gruesas e irregulares y tienen una forma extraña.

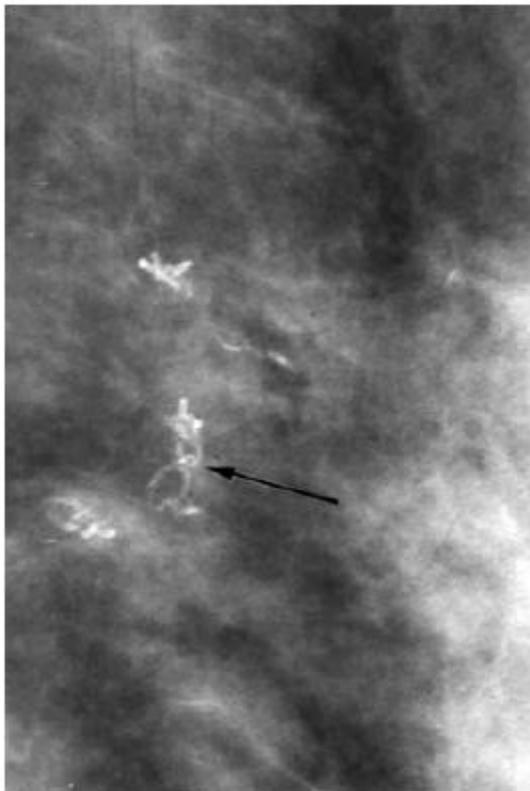


Fig10. Mamografía mediolateral oblicua izquierda muestra los nudos en el material de sutura calcificado (flecha).

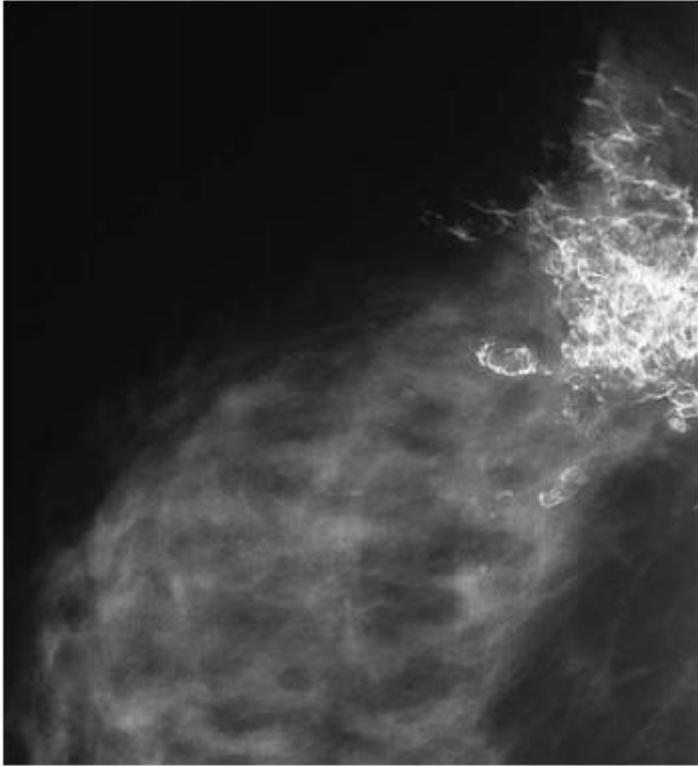


Fig11. Mamografía medio lateral oblicua derecha de unapaciente, que habíasido tratada con tumorectomía y radioterapia para el carcinoma de mama, muestra grandes calcificaciones irregulares extrañas.

CALCIFICACIONES DE SIGNIFICADO INTERMEDIO

Estas calcificacionesno sonnormalmentebenignasni tienenmayor probabilidad demalignidad.Son de aspecto amorfoeindistintoy toscamenteheterogéneas.

El manejo de estascalcificacionespuedeser periódico, a corto plazo con seguimiento mamográfico de investigación a través de unabiopsia. Calcificaciones difusas, dispersas y amorfassuelen ser benignas; sin embargo si están agrupadas,distribuidaslinealmenteopor segmentospueden justificaruna biopsia.

Calcificacionestoscamenteheterogéneosson irregulares, por lo generalmás grande que0,5mm de tamaño y tienden a coalescer. Pueden representar malignidad o áreas defibrosis, fibroadenomas o trauma que representa la evolución de calcificaciones distróficas.

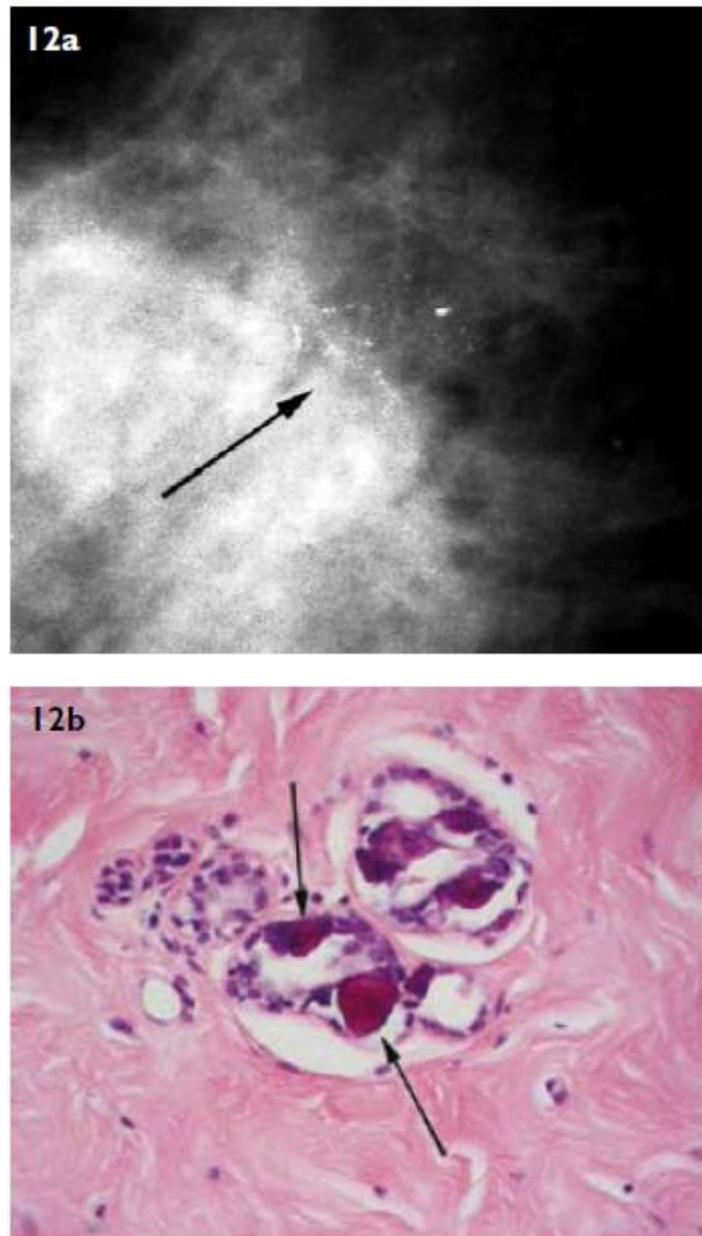


Fig 12. (a) Magnificación que muestra a un grupo de calcificaciones amorfos (flecha). (b) Microfotografía que muestra los cambios fibroquísticos con calcificaciones en la luz (flechas) (Hematoxilina-eosina×40).



Fig13. Mamografía mediolateral oblicua izquierda muestra una masa mal definida (flechas) con calcificaciones heterogéneas, que resultó ser un carcinoma ductal invasivo. También se observan grandes calcificaciones asociadas a degeneración de fibroadenoma (punta de flecha).

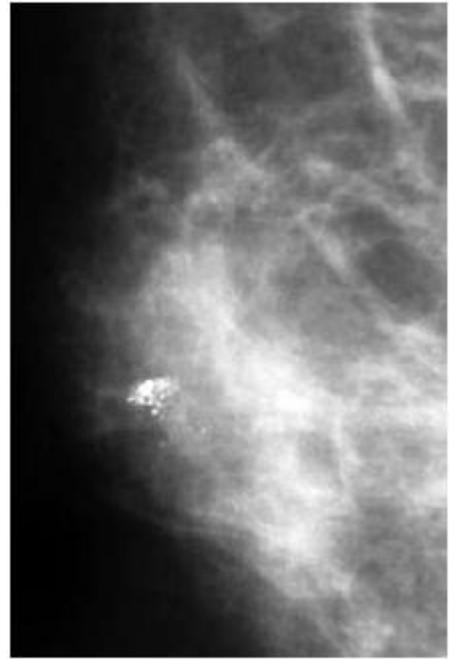


Fig14. Mamografía medio lateral oblicua derecha que muestra a un grupo de gruesas calcificaciones heterogéneas, que resultó ser un fibroadenoma calcificado degenerando.

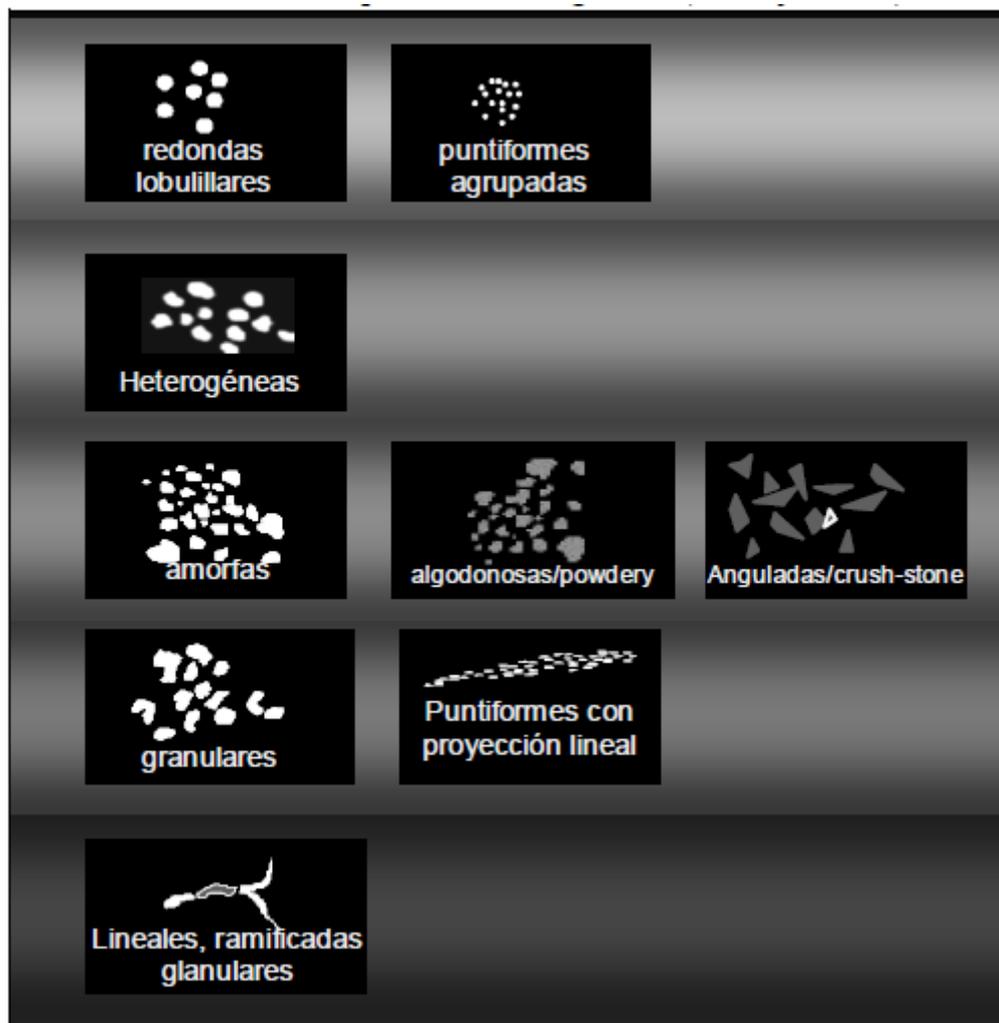
CALCIFICACIONES CON MAYOR PROBABILIDAD DE MALIGNIDAD

Figura 2. Ejemplos de Microcalcificaciones con Sospecha de Malignidad.

Las calcificaciones sugestivas de malignidad se agrupan típicamente son finas, lineales, ramificadas, pleomórficas (variando en tamaño y forma) y son numerosas. Estos tipos de calcificaciones son rara vez asociados con condiciones benignas y la realización de una biopsia está indicada. Las calcificaciones malignas pueden ocurrir solas o pueden estar asociadas con una masa tumoral o con la distorsión del parénquima.

Estas calcificaciones se pueden producir a partir de restos necróticos en los conductos en el comedocarcinoma o por el estancamiento de la secreción en los espacios quísticos y aberturas de fisura similares o dentro de los intersticios en no comedocarcinomas. El comedocarcinoma es un CDIS de alto grado nuclear. El comedocarcinoma se caracteriza por la proliferación de las células tumorales de alta calidad nuclear que se someten a necrosis, formación de residuos necróticos en el lumen del conducto.

Las calcificaciones en desarrollo en los restos necróticos son típicamente finas, lineales, ramificadas, conforme a la forma lineal y la distribución de los conductos. También pueden tener una distribución segmentaria o regional. Estos tipos de calcificaciones son altamente específicos para el tumor malignos. La mamografía estima con bastante precisión la extensión de la enfermedad. Cuando lo mamografía detecta calcificaciones es donde los patólogos encuentran DCIS.

En no comedocarcinoma, las calcificaciones que se producen a partir de un estancamiento de la secreción, aparecen puntiformes, redondas o amorfas con densidades variables dentro de un grupo y entre los grupos.

Una mezcla de diferentes tipos de calcificaciones resulta en un patrón pleomórfico. Estos tipos de calcificaciones son menos específicas para malignidad. Se pueden encontrar en fibroadenomas, papiloma o en cambios fibroquísticos. La mamografía tiende a subestimar el alcance de la enfermedad debido a que las calcificaciones que vemos pueden estar en zonas de hiperplasia o hiperplasia atípica que están al lado de una superficie de un no comedocarcinoma ductal in situ que no tenía calcificaciones asociadas.

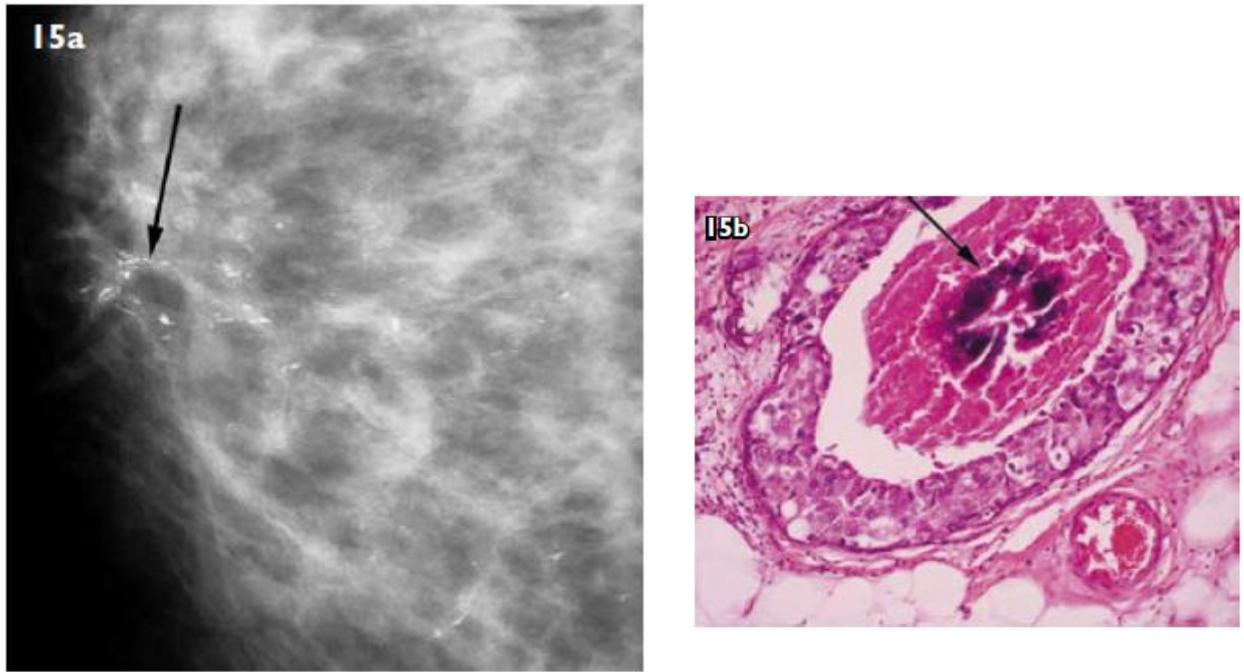


Fig15.(a) Magnificación que muestra calcificaciones finas, lineales y ramificadas de un comedocarcinoma (flecha). (b) Fotomicrografía que muestra un conducto distendido forrado con células tumorales de alta calidad nuclear y restos necróticos con calcificación (flecha) en el lumen (hematoxilina y eosina, $\times 200$).

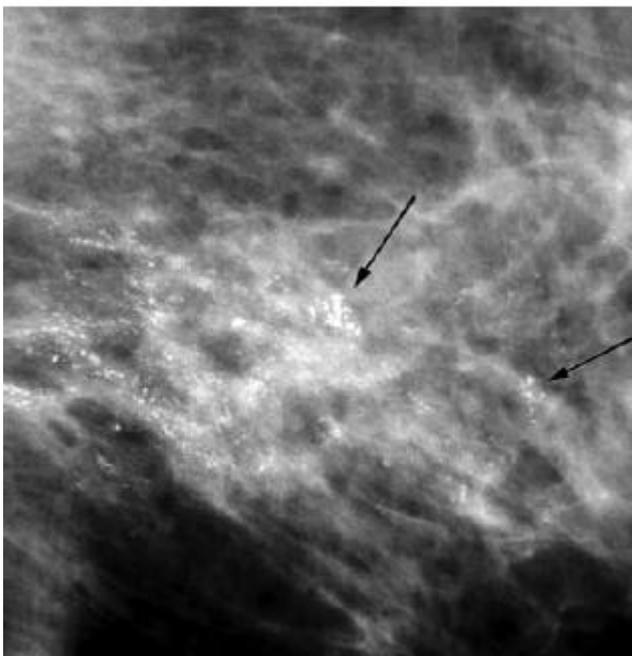


Fig16. Magnificación que muestra una distribución segmentaria de líneas calcificaciones lineales, ramificadas y dos grupos de calcificaciones pleomórficas (flechas). El diagnóstico fue carcinoma ductal infiltrante con componente intraductal extenso.



Fig17. Magnificación que muestra un racimo de ronda mixta y calcificaciones amorfas (flechas). El diagnóstico fue de carcinoma ductal in situ, comedo mixta y no comedocarcinoma.

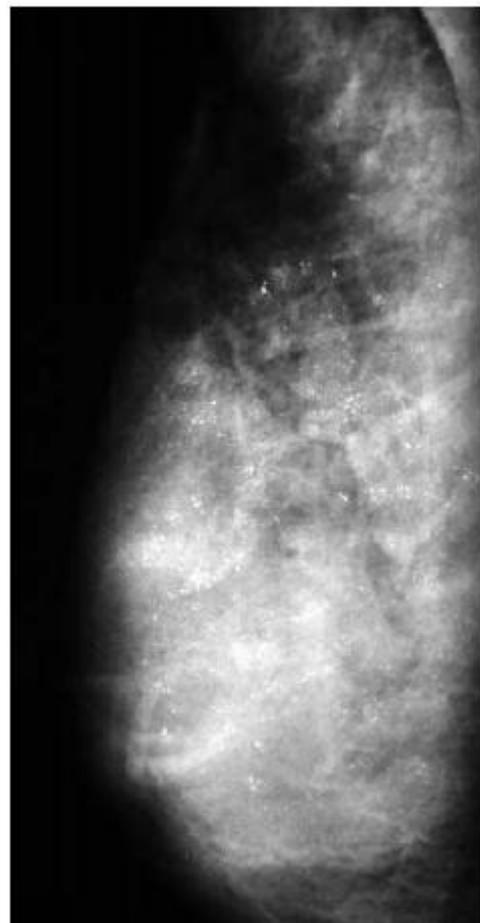


Fig18. Mamografía medio lateral oblicua derecha que muestra un seno denso con calcificaciones puntiformes difusas. El diagnóstico fue un carcinoma ductal invasor con un componente intraductal extenso.

PSEUDOCALCIFICACIONES

Muchos objetos pueden simular calcificaciones mamarias (6). Tal artefactos incluyen un rasguño o "pick-off" de la emulsión de la película, desodorante, talco, tatuajes, pelo, huellas dactilares, el polvo y la suciedad. La meticulosa atención a los detalles durante la manipulación, carga, procesamiento de películas y estricto la adhesión a todos los pasos de control de calidad puede reducir al mínimo la aparición de artefactos.



Fig19. Magnificación craneocaudal que muestra un artefacto de huellas digitales que simulan calcificaciones.

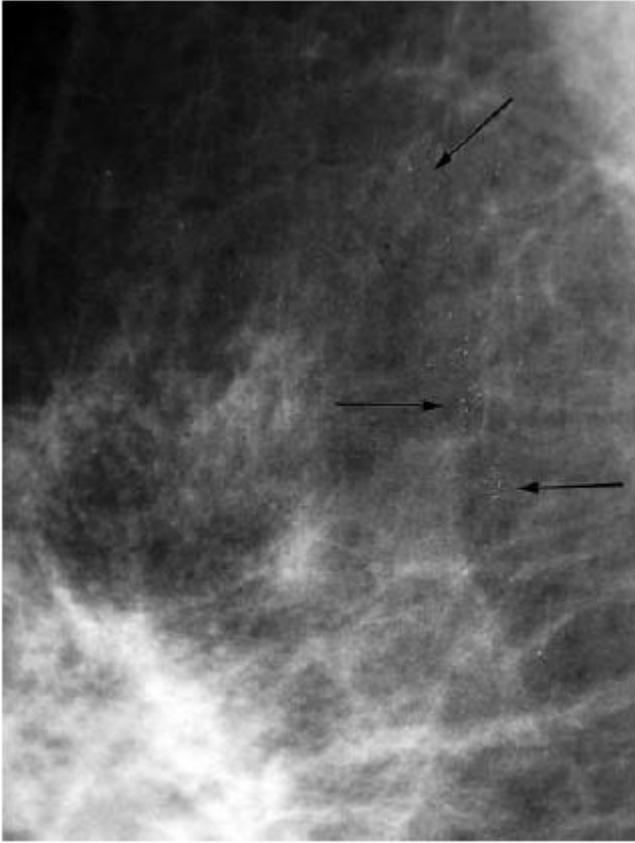
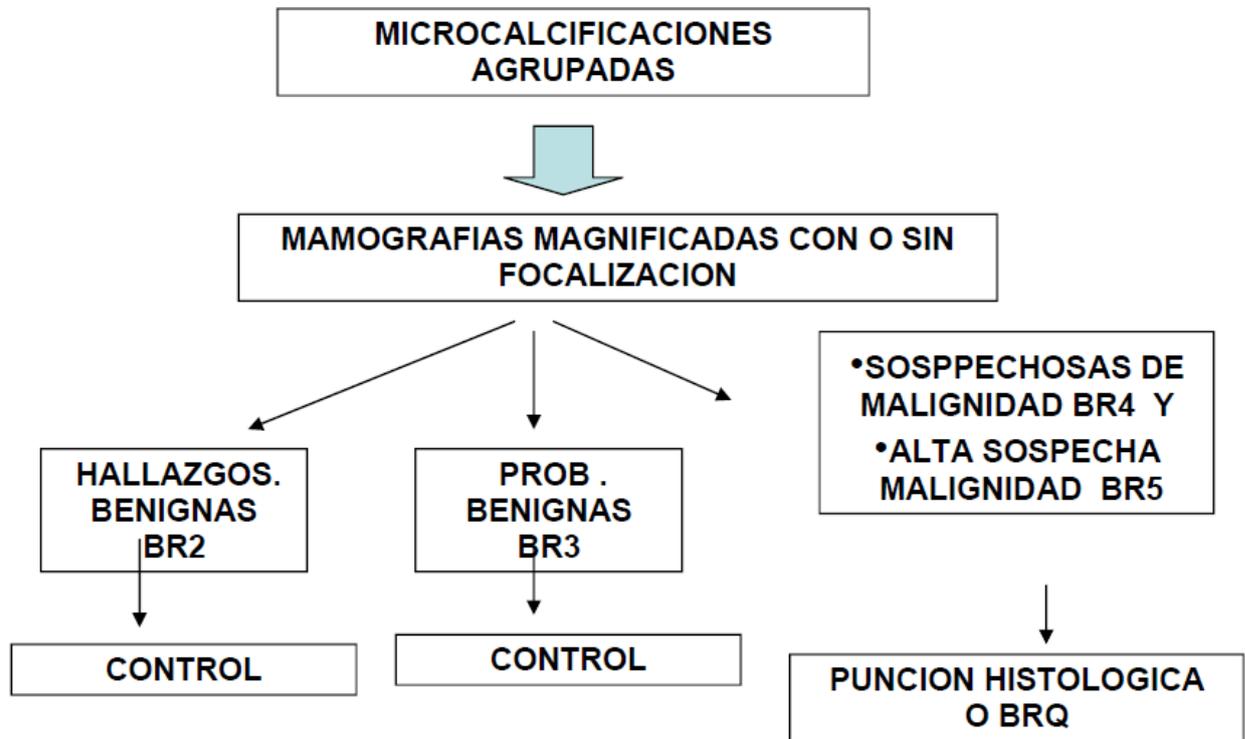


Fig20. Mamografía medio lateral oblicua derecha que muestra múltiples puntos blancos que simulan microcalcificaciones (flechas) que corresponden a polvo y la suciedad en la pantalla de intensificación.

Figura 3. Algoritmo de manejo



En microcalcificaciones BR3 hay que evaluar los cambios en el tiempo, si se nota un aumento en número, cambio de forma o tendencia a una mayor agrupación, podrá indicarse una punción histológica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Feig SA. Mammographic evaluation of calcifications. In: Kopans DB, Mendelson EB, eds. Syllabus: A Categorical Course in Breast Imaging. Oak Brook: Radiological Society of North America Publications, 1995: 93-105.
2. American College of Radiology: Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS). 4th ed. Reston: American College of Radiology, 2003.
3. Moshedy AC, Puthawala AH, Kurland RJ, O'Leary DH. Breast arterial calcification: association with coronary artery disease. Work in progress. *Radiology* 1995; 194:181-3.
4. Bassett LW. Mammographic analysis of calcifications. *Radiol Clin North Am* 1992; 30:93-105.
5. Cardenosa G. Breast calcifications. In: Feig SA, ed. 2005 Syllabus: Categorical Course in Diagnostic Radiology—Breast Imaging. Oak Brook: Radiological Society of North America Publications, 2005: 31-41.
6. Chaloeykitti L, Muttarak M, Ng KH. Artifacts in mammography: ways to identify and overcome them. *Singapore Med J* 2006; 47:634-40.
7. Consenso Nacional Inter-Sociedades sobre Cáncer de Mama: Pautas para el Diagnóstico y Manejo de las Lesiones Mamarias Subclínicas, Sociedad Argentina de Mastología, 2006

CAPITULO 1

PISO PELVICO GENERALIDADES

*Dr. José Rubén Bucheli Terán
Dra. Gabriela N. Miñaca Torres,
Dra. Isabel Jibaja Polo,
Dr. Andrés Aguilar, Dr. Luis Gambo Caiza
Dra. Sharon Naranjo*

PISO PELVICO GENERALIDADES

INTRODUCCION

En la mujer, el prolapso de órganos pélvicos se incrementa conforme avanza la edad, volviéndose un problema común, esta patología afecta de mala forma a su calidad de vida, desde todos los puntos de vista a considerarse, fisiológico, sexual, social, psicológico.

El conjunto de músculos y ligamentos que cierran la parte inferior de la cavidad abdominal constituyen el “piso pélvico”, conformando una especie de diafragma cuya función es sostener órganos como uretra, vejiga, vagina, útero y recto en posición adecuada en contra de la fuerza de gravedad, para una buena función específica de cada uno de ellos.

Se acostumbraba citar como una hamaca de sustentación, pero las publicaciones más actualizadas lo citan como Un “puente colgante”, extendido del sacro al pubis, donde los ligamentos de sostén pasarían a constituir los cables suspensorios que manteniendo una tensión adecuada, el puente, quedaría adecuadamente suspendido

El músculo elevador del ano pasaría a ser el suelo del puente y la fascia endopélvica constituida por tejido conjuntivo proporcionaría el sostén donde las fibras colágenas se ordenan en paralelo a manera de una lámina

Este piso pélvico “puente colgante”, es dinámico se adapta a cada uno de nuestros movimientos y cambios de postura, manteniendo una tensión adecuada, lo que hace que recto, útero, vejiga se mantengan dentro de la pelvis

Mediante cualquier factor que altere este equilibrio fisiológico, las estructuras que lo mantienen descienden presentándose las diferentes patologías a las cuales aborda esta publicación.

La calidad de vida de la paciente se ve gravemente disminuida por los problemas de disfunción del piso pélvico, no solo en lo físico, sino también en lo fisiológico, en la vida sexual, en la vida social, causando inclusive alteraciones de tipo psicológico.

Cuando los tratamientos conservadores no tienen éxito, la opción para revertir los síntomas es la cirugía. El tratamiento del prolapso úterovaginal podrá o no incluir la histerectomía, dependiendo del diagnóstico inicial y la técnica quirúrgica a aplicarse. Estas operaciones deben incluir un procedimiento específico de soporte apical para ser efectivas.

Las fijaciones quirúrgicas de la cúpula en el prolapso apical incluyen la opción transvaginal, abierta, laparoscópica y en la actualidad robótica

En las mujeres que mantienen actividad sexual, con indicación de tratamiento apical, sugerimos realizar fijaciones apicales transvaginales, así como en aquellas con prolapso primario menos severo.

En mujeres más jóvenes, aquellas con prolapso más severo o recurrencias después de cirugía vaginal, mujeres con vaginas corta con prolapso, como también, con un riesgo quirúrgico mayor, recomendamos colpopexia sacra con malla de polipropileno

(preferiblemente por ruta mínimamente invasiva)
 En mujeres con prolapso total, indiferente de su edad que desean conservar su actividad sexual indicamos la suspensión abdomino vaginal (Técnica Bucheli Cols.) , y luego corrección vaginal de defectos en pared anterior o posterior.
 En pacientes de mayor edad con prolapso severo, que no están interesadas en tener actividad sexual, las operaciones de obliteración son muy efectivas y cuentan con altas tasas de satisfacción

Es imperativo un proceso de consentimiento interactivo, médico-paciente ya que muchas decisiones acerca de la ruta de la cirugía; uso de histerectomía, dispositivos de suspensión, e injertos y capacidad vaginal para mantener relaciones sexuales, requieren una participación informada de la paciente
 Los casos complejos y recurrentes deben ser considerados para referirlos de manera selectiva a especialistas en Medicina Pélvica y Cirugía Reconstructiva de la Mujer.

NUESTRA REALIDAD, ESTADÍSTICAS DE USO DE MALLAS Y SUS COMPLICACIONES

Dr. José Rubén Bucheli Terán  **HCAM**
HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN

CIRUGÍAS REALIZADAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
 PERIODO: 2006-2013

AÑO	SERVICIO	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL POR AÑO
2007	GINECOLOGÍA	5	1273	1278
	OBSTETRICIA	0	3114	3114
2008	GINECOLOGÍA	1	1588	1589
	OBSTETRICIA	255	2762	3017
2009	GINECOLOGÍA	0	1736	1736
	OBSTETRICIA	0	3462	3462
2010	GINECOLOGÍA	1	1948	1949
	OBSTETRICIA	0	3328	3328
2011	GINECOLOGÍA	16	2525	2541
	OBSTETRICIA	0	3146	3146
2012	GINECOLOGÍA	1	2654	2655
	OBSTETRICIA	0	3549	3549
2013	GINECOLOGÍA	0	2520	2520
	OBSTETRICIA	0	3147	3147

ELABORADO POR: ALBERTO ALARCON SANTACRUZ
COORDINADOR DE LA UNIDAD DE ESTADÍSTICA

FUENTE: REPORTE DE INDICADORES

**CIRUGIAS REALIZADAS SERVICIO DE GINECOLOGÍA
HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN AÑOS 2007 AL 2013**

AÑO	TOTAL CIRUGIAS (Servicio de ginecología)	CIRUGIAS VAGINALES POR PROLAPSO	CIRUGIAS DE PISO PELVICO CON MALLAS	% COMPLICACIONES Cirugías de piso pélvico	BANDAS SUB URETRALES
2007	1278	100	36	11.1%	12
2008	1589	184	148	8.8%	72
2009	1736	210	152	6.6%	113
2010	1949	250	170	12%	125
2011	2541	326	258	8.9%	219
2012	2655	359	336	4%	248
2013	2520	236	236	4%	220
TOTAL	14.268	1665	1336		1009

Debemos aclarar que aquí consta el número de pacientes operadas no el número de mallas ya que en algunas se sitúan dos mallas excepcionalmente tres cuando se complementa banda suburetral en prolapsos completos, también cabe anotar que no se han incluido las fijaciones de muñón vaginal con o sin conservación de cérvix uterino por vía abdominal complementando el tratamiento de los defectos de pared por vía vaginal

De acuerdo a este cuadro general nuestra experiencia está reflejada en 1336 mallas en todas sus variedades y 1009 bandas sub uretrales, es también muy claro que el cuadro refleja la evolución en cuanto a la seguridad y perfección de los procedimientos, iniciado nuestro trabajo con complicaciones que bordeaban el 11%, hasta la actualidad de un cuatro por ciento y de este apenas un 2% por ciento corresponden a extrusiones

habiendo arrancado con un 7% de extrusiones, creo y estoy convencido que el beneficio que han recibido nuestras pacientes compensa el esfuerzo realizado.

El manejo de POPQ puede ser difícil, pues a menudo coexisten varios defectos de soporte y la corrección anatómica simple de éstos no siempre da como resultado una función normal de la vagina y órganos circundantes. Los estudios demuestran que se puede atribuir una proporción significativa de prolapso de pared vaginal anterior al descenso de la cúpula vaginal, lo cual aclara la razón por la cual los procedimientos de prolapso apical son fundamentales para corregir el prolapso vaginal.⁶

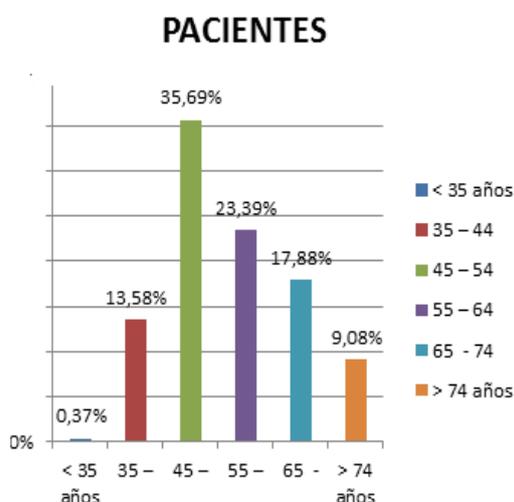
El cirujano pélvico debe comprender minuciosamente la interrelación del soporte anatómico normal y anormal y

la función fisiológica de la musculatura pélvica, la vagina, la vejiga, y el recto. Las metas de la cirugía pélvica reconstructiva son restaurar la anatomía, mantener o restaurar la función normal del intestino y vejiga, y conservar la capacidad vaginal para las relaciones sexuales si se desean.

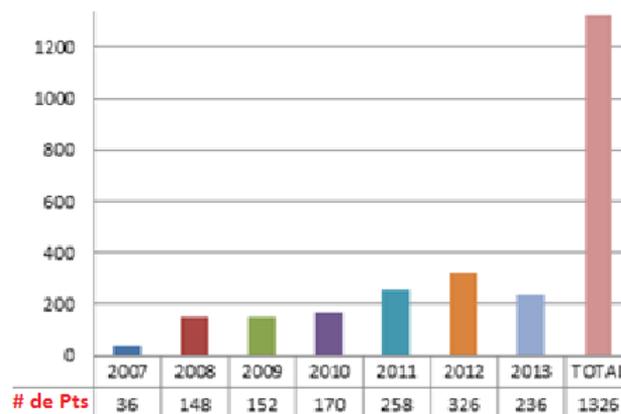
Presentamos dos estudios de seguimiento realizado con cortes desde el año 2007 hasta el 2011, y otro realizado en nuestro mismo servicio con un corte años 2012-2013

Dra. Gabriela N. Miñaca Torres 2007-2011

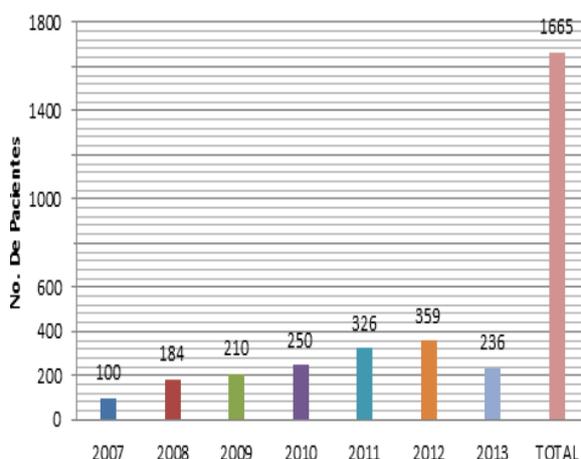
PACIENTES INTERVENIDAS (mallas) POR GRUPOS DE EDAD
Registro hasta el año 2012



NÚMERO DE CIRUGÍAS VAGINALES QUE REQUIRIERON MALLA

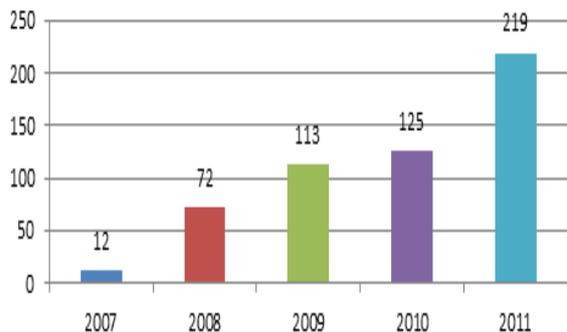


NÚMERO DE CIRUGÍAS VAGINALES POR PROLAPSO

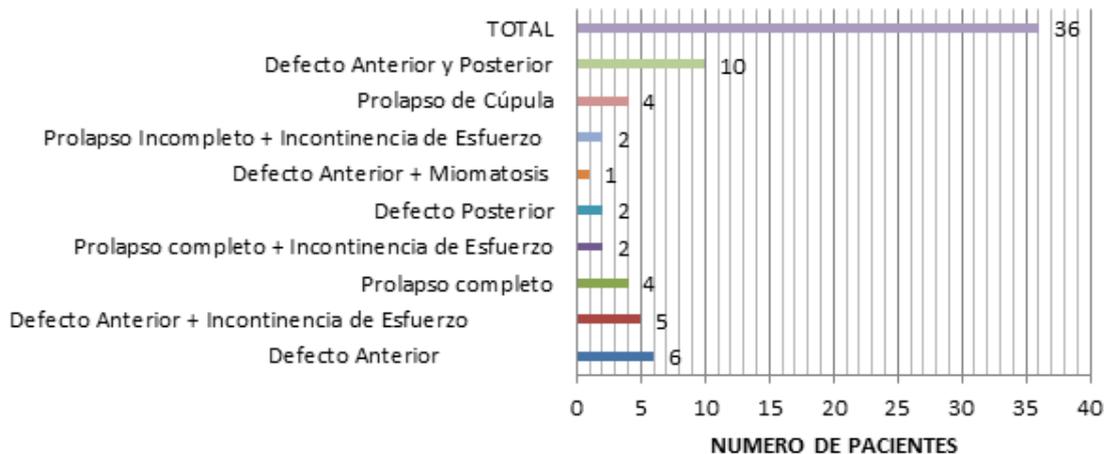


BANDAS SUBURETRALES MANEJADAS SOLAS PARA INCONTINENCIA DE ESFUERZO O ADICIONALES A OTRO DIAGNÓSTICO DE PISO P.

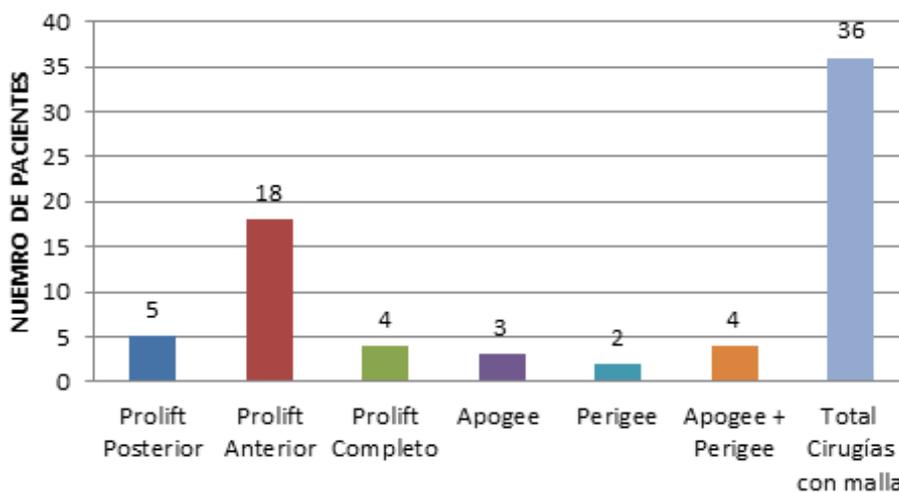
CIRUGIAS



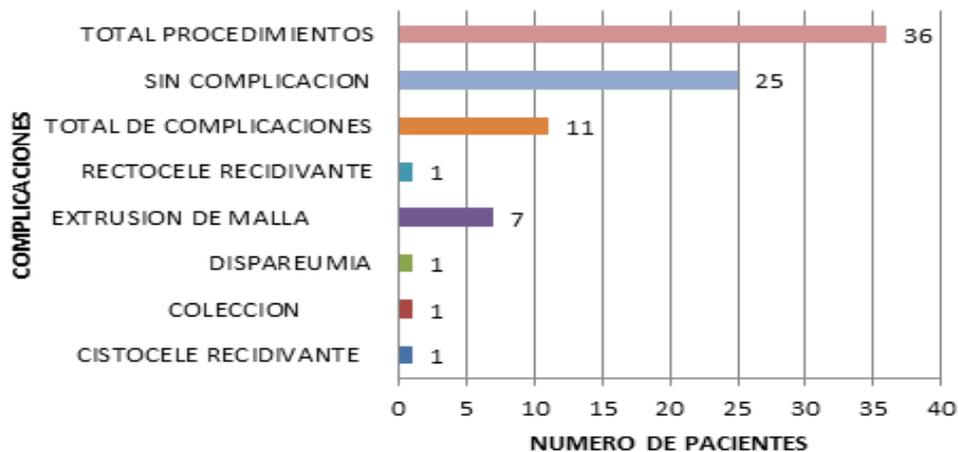
DIAGNOSTICOS AÑO 2007



TIPOS DE MALLAS EMPLEADAS 2007

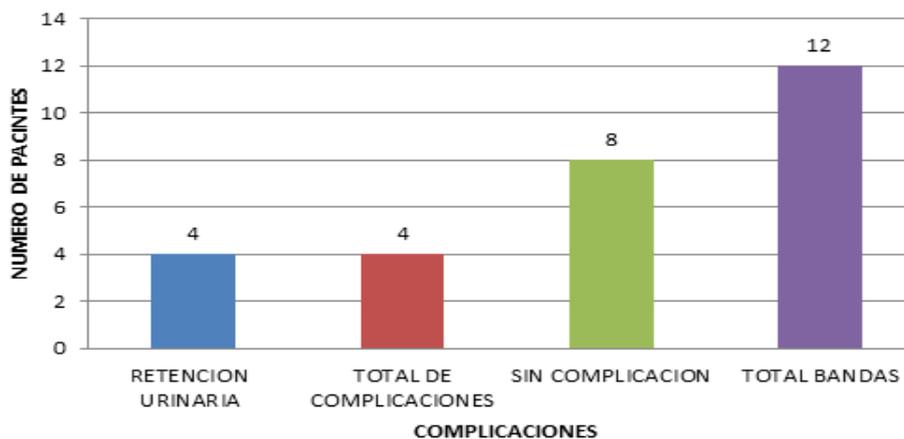


COMPLICACIONES TARDÍAS DESDE LOS 15 DÍAS EN ADELANTE-2007

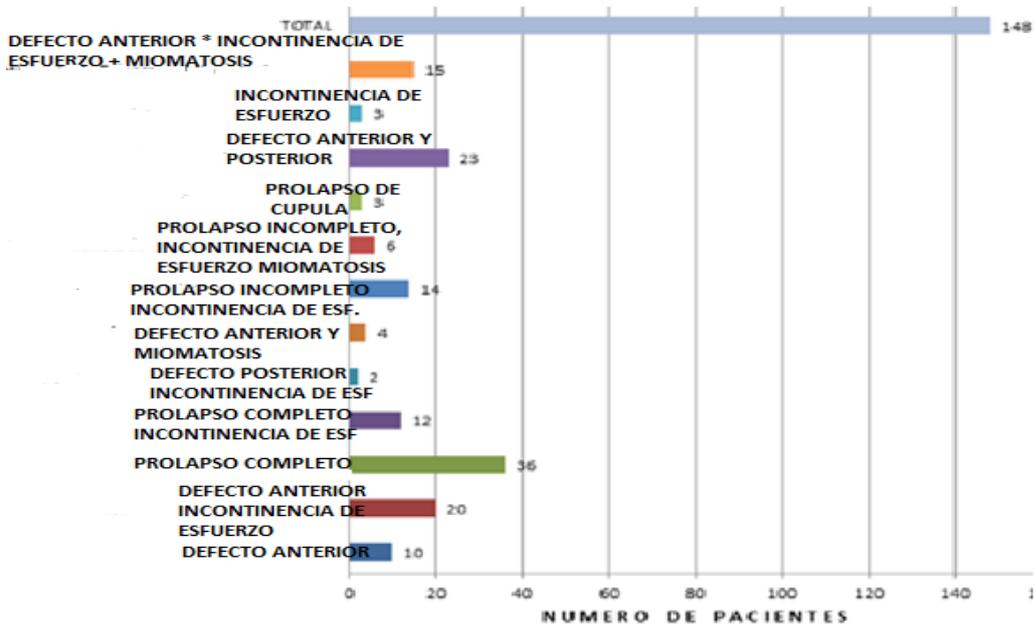


LAS BANDAS SUBURETRALES SE LAS MANEJA EN CUADROS ADICIONALES

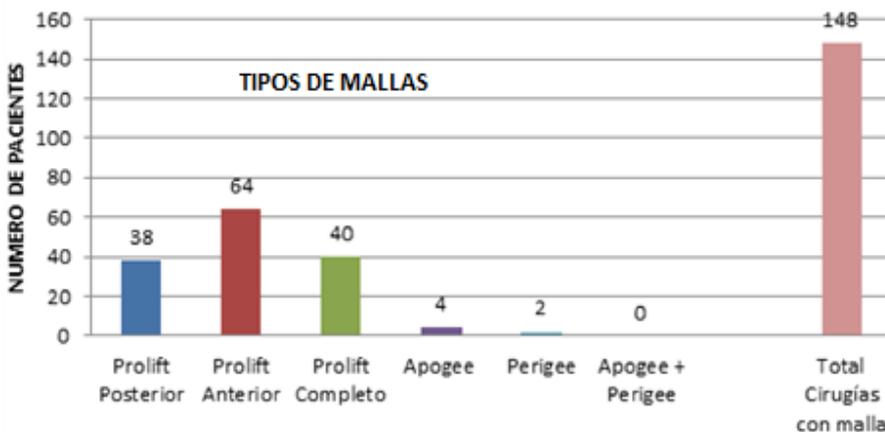
COMPLICACIONES CON BANDAS SUB-URETRALES HASTA LOS PRIMEROS 15 DÍAS DE LA INTERVENCION 2007



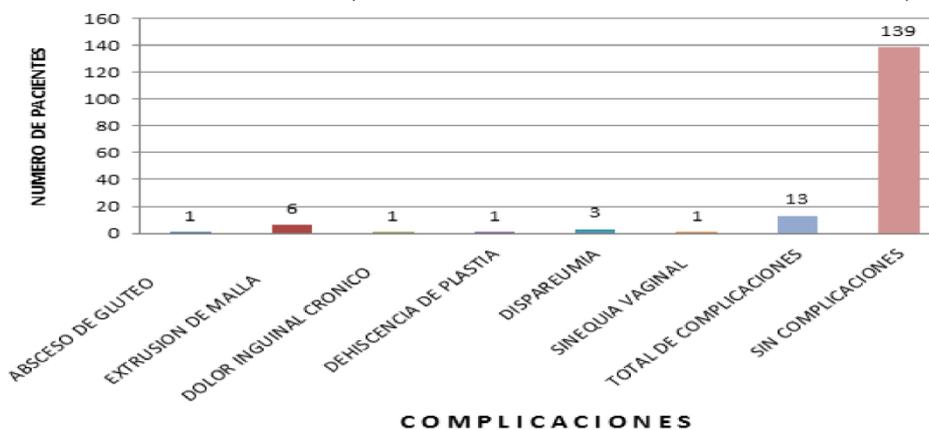
DIAGNÓSTICOS 2008



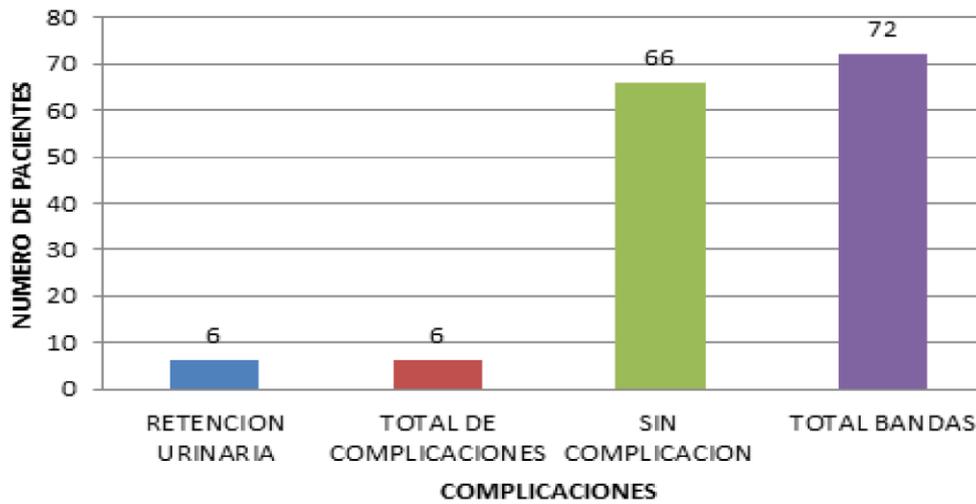
TIPOS DE MALLAS EMPLEADAS EN EL 2008



COMPLICACIONES TARDIAS (DESDE LOS 15 DIAS EN ADELANTE) 2008



COMPLICACIONES CON BANDAS SUBURETRALES HASTA LOS PRIMEROS 15 DIAS POSTINTERVENCION 2008



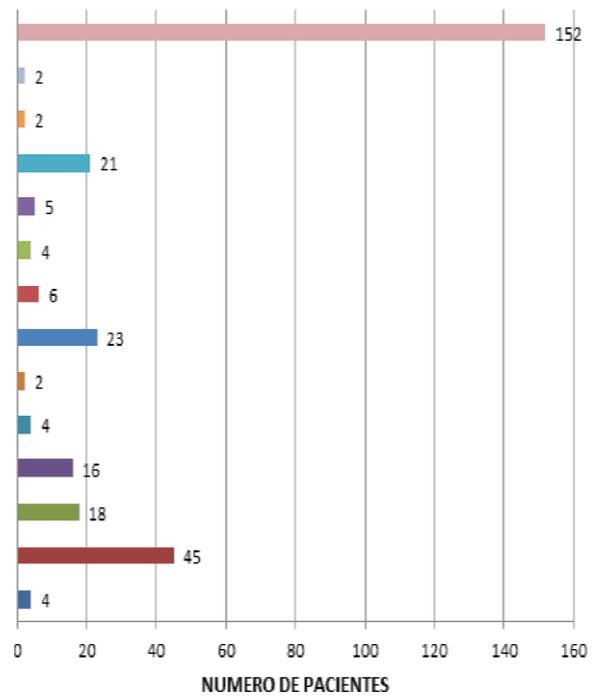
DIAGNÓSTICOS 2009

TOTAL

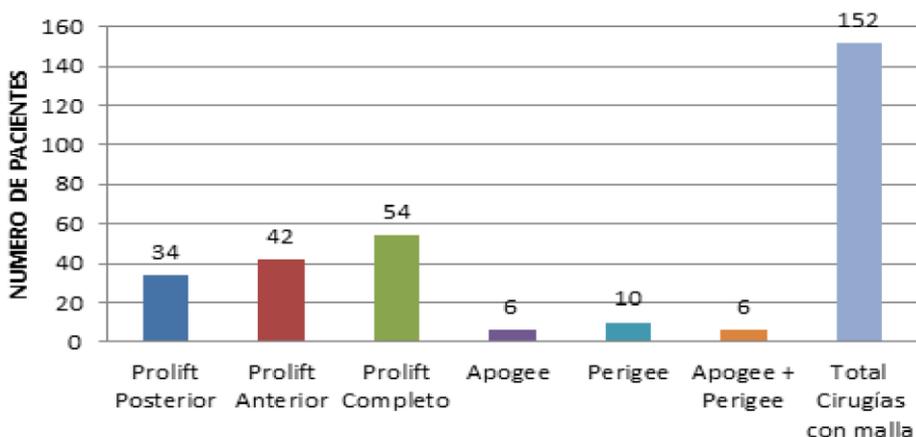
- PROLAPSO DE CUPULA+ INCONT.DE ESFUE.
- DEFECTO POSTERIOR + INCONT. DE ESF.+ MIOMATOSIS
- DEFECTO ANTERIOR + INCONT. DE ESF. + MIOMATOSIS
- DEFECTO ANT. Y POST
- PROLAPSO DE CÚPULA
- PROLAP. INCOMPLETO + INCONT. DE ESF. + MIOMATOSIS
- PROLAPSO INCOMPLETO + INCONT.DE ESF.
- DEFECTO ANT. + MIOMATOSIS
- DEFECTO POST. + INCONT. DE ESF.

- PROLAPSO COMPLETO + INCONT. DE ESFUERZO
- PROLAPSO COMPLETO
- DEFECTO ANT. + INCONT. DE ESFUERZO

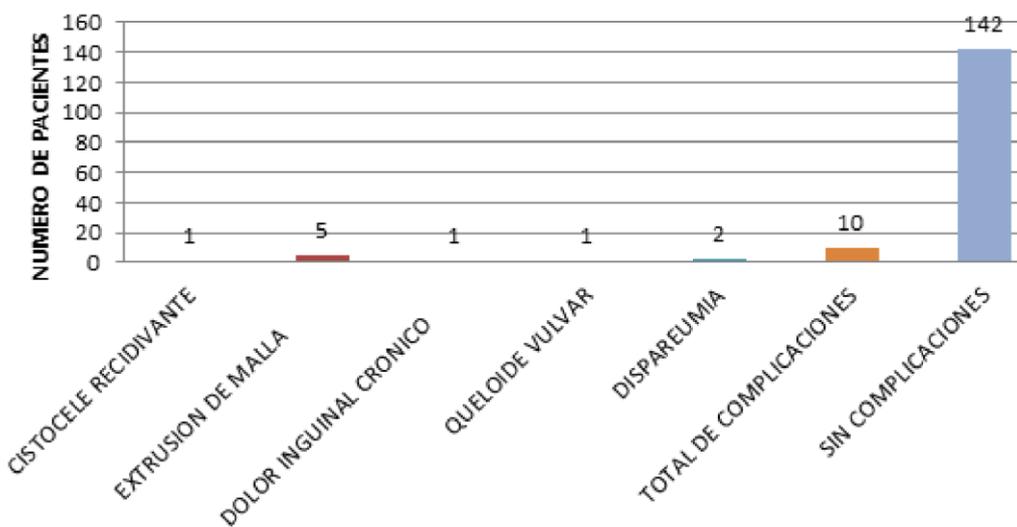
- DEFECTO ANTERIOR



TIPOS DE MALLAS EMPLEADAS

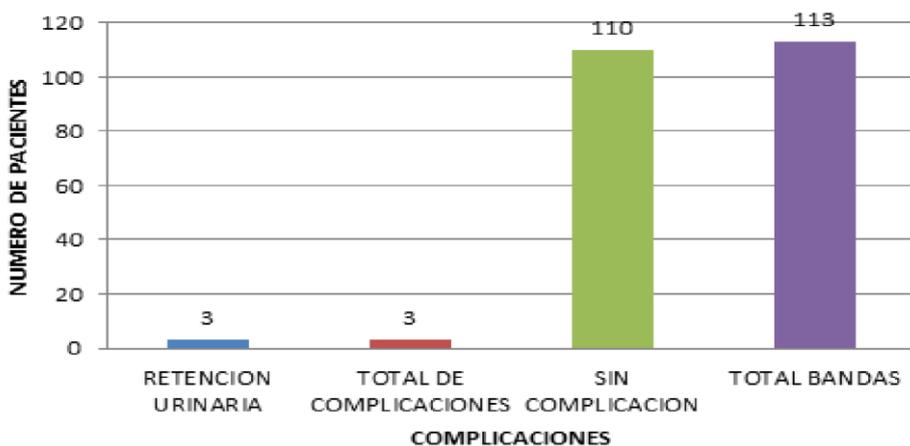


COMPLICACIONES TARDIAS DESDE LOS 15 DÍAS EN ADELANTE- 2009

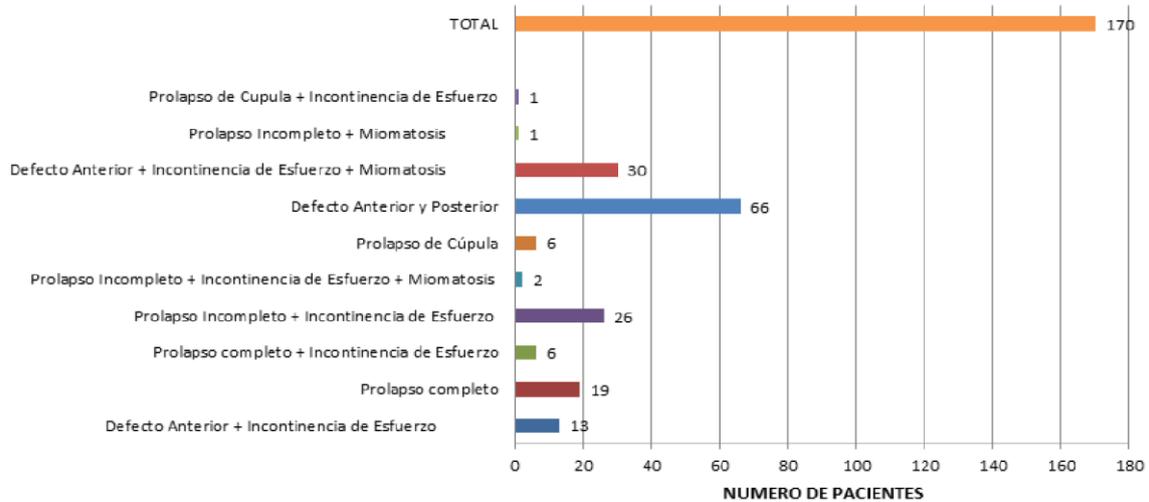


COMPLICACIONES

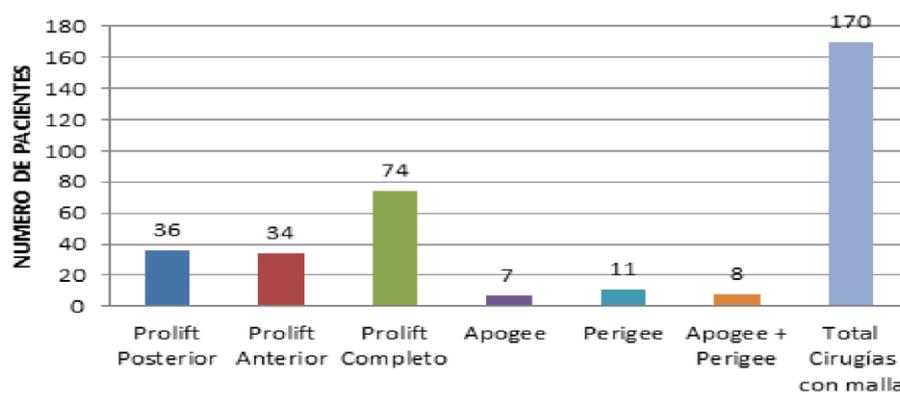
COMPLICACIONES CON BANDAS SUB-URETRALES HASTA LOS PRIMEROS 15 DIAS POST-CIRUGÍA 2009



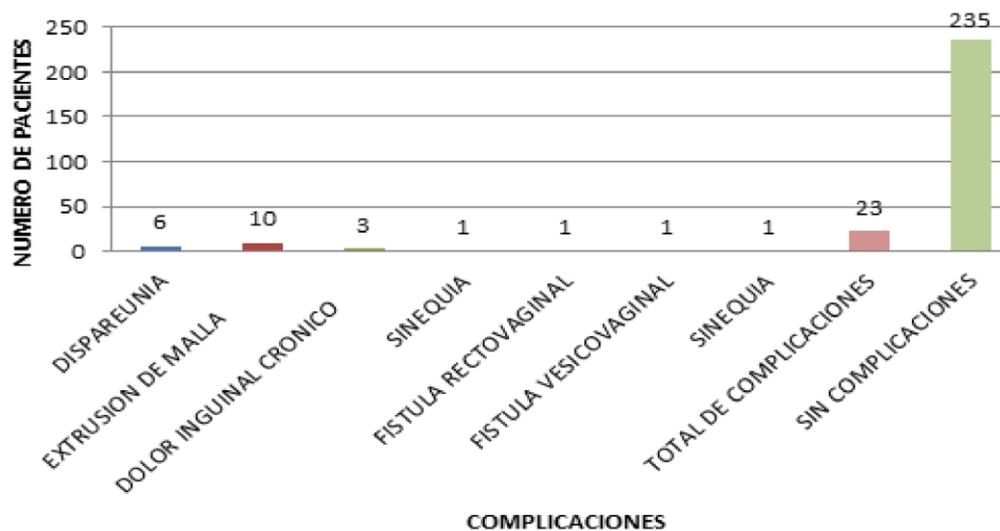
DIAGNOSTICOS 2010



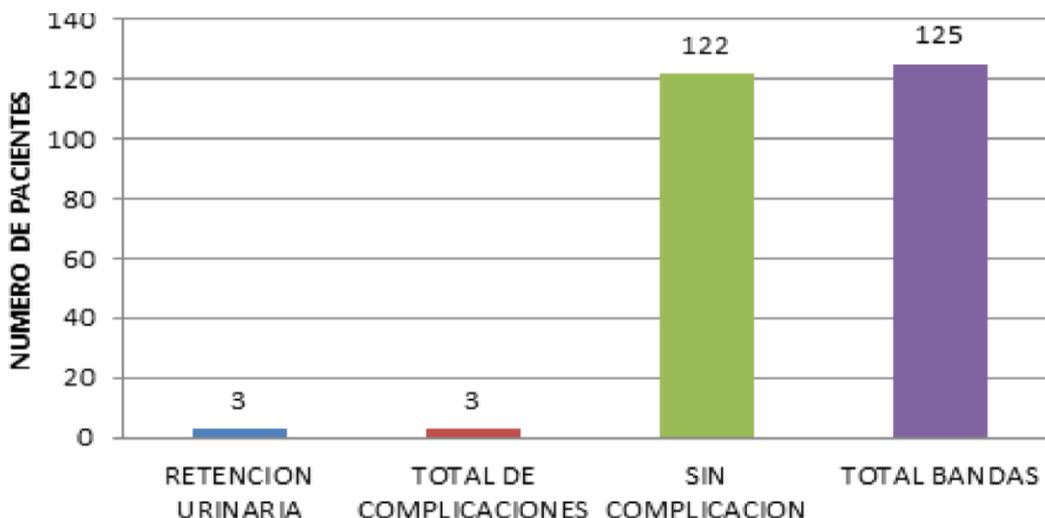
TIPOS DE MALLAS EMPLEADAS 2010



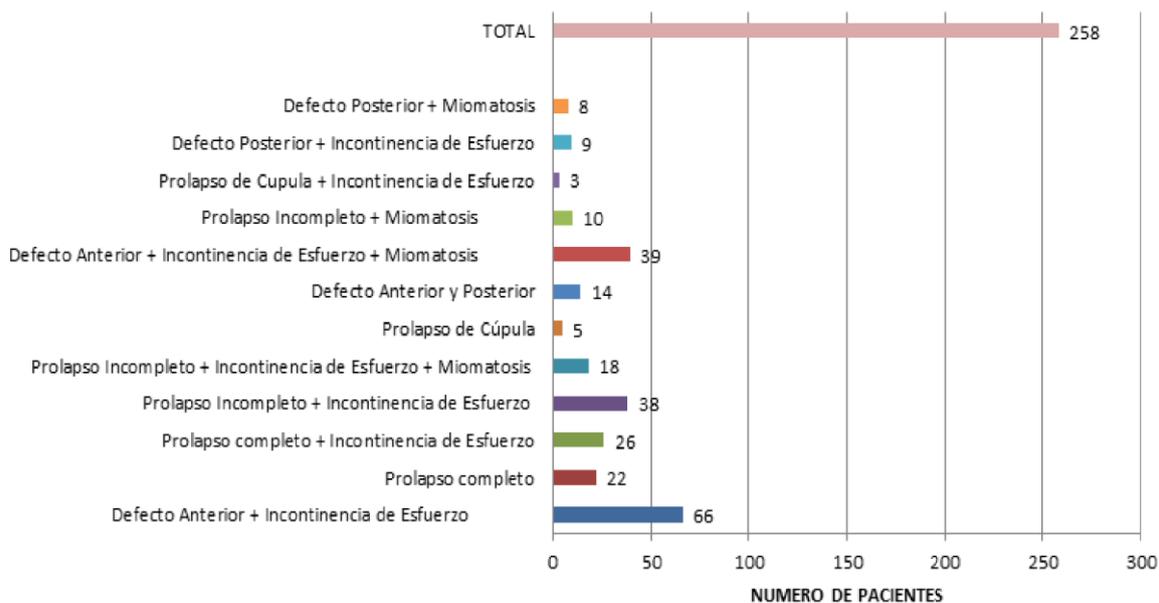
COMPLICACIONES TARDIAS (DESDE LOS 15 DIAS EN ADELANTE)-2010



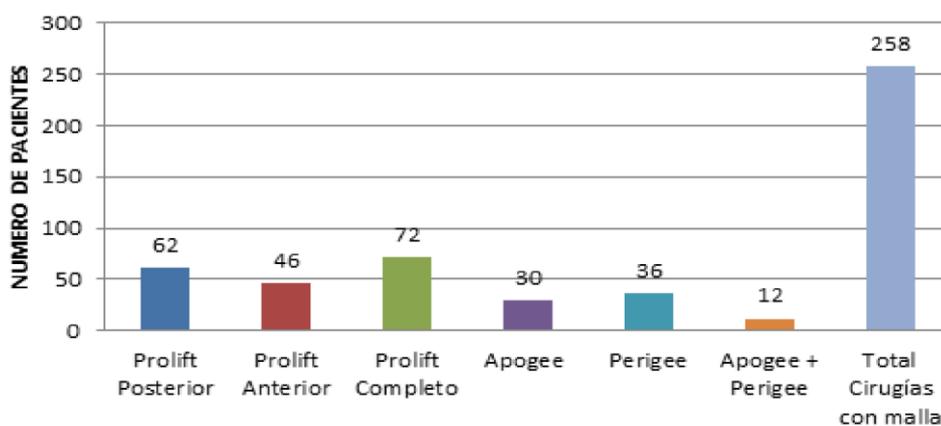
COMPLICACIONES CON BANDAS SUB-URETRALES HASTA LOS PRIMEROS 15 DIAS POSTCIRUGÍA 2010



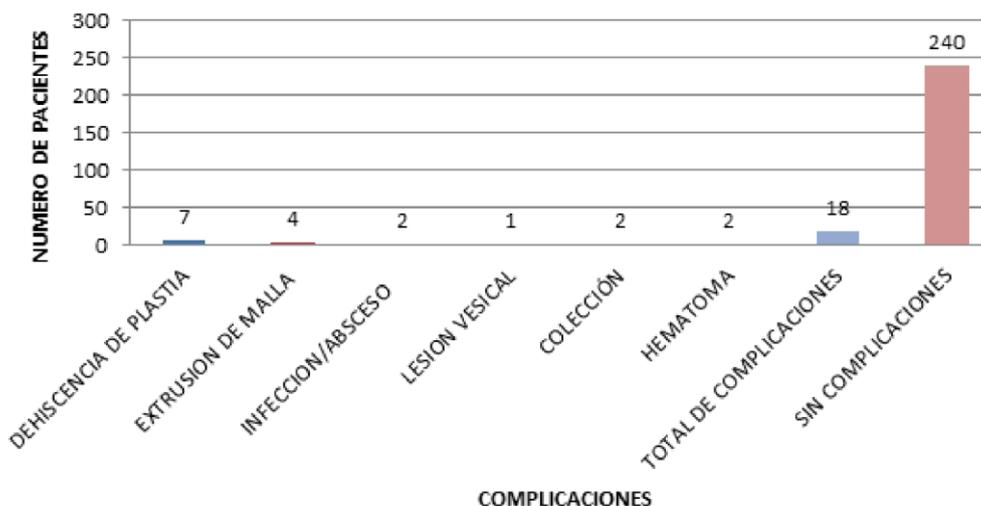
DIAGNÓSTICOS 2011



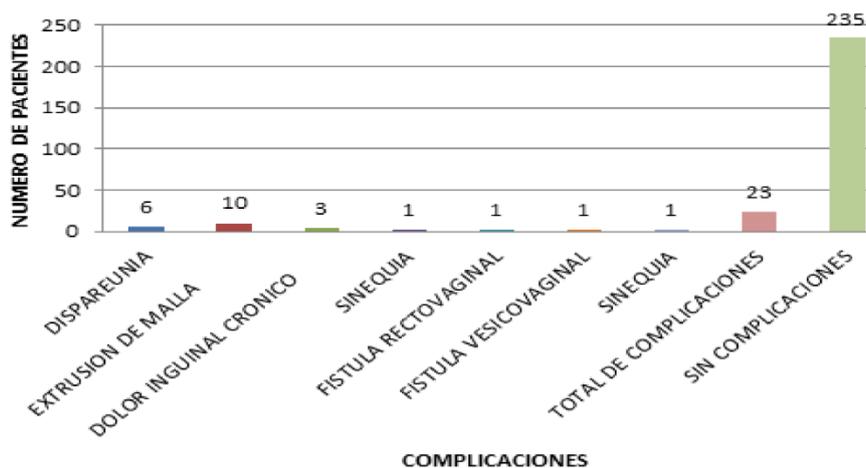
TIPOS DE MALLAS 2011



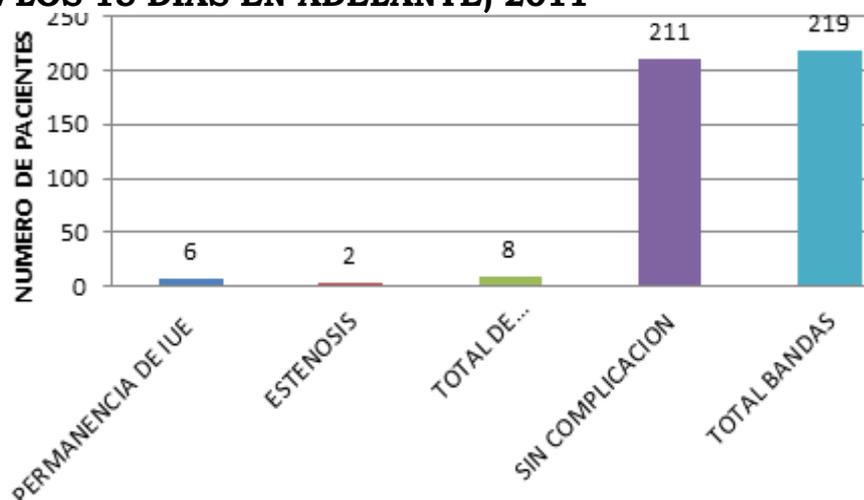
COMPLICACIONES PRESENTES HASTA LOS PRIMEROS 15 DIAS POST INTERVENCIÓN 2011



COMPLICACIONES TARDÍAS (HASTA LOS 15 DIAS POSTCIRUGÍA) 2011



COMPLICACIONES TARDÍAS CON BANDAS SUBURETRALES (DESDE LOS 15 DIAS EN ADELANTE) 2011

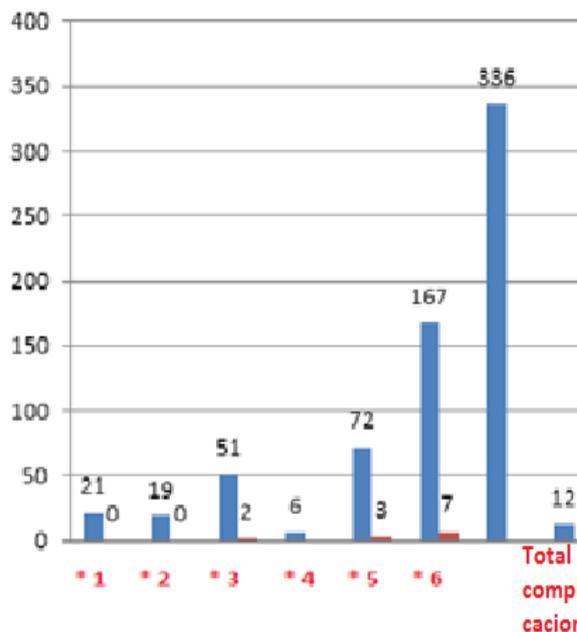


A partir del año 2011 Johnson retira PROLIFT del mercado

Dr. Andrés Aguilar, Dr. Luis Gamboa, Dra. Sharon Naranjo

CIRUGIAS CON MALLAS 2012-13

COMPLICACIONES DE LA COLOCACIÓN DE MALLAS



■ Cirugías realizadas
 ■ Complicaciones
 * CIRUJANO

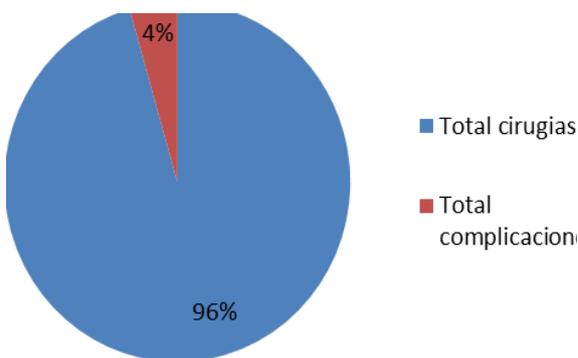
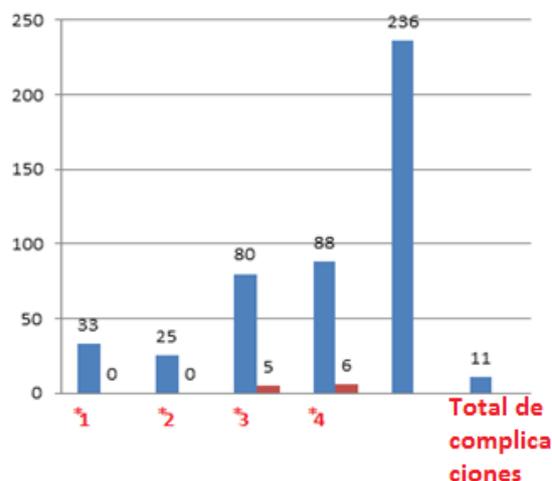


Fig 5. Porcentaje de complicaciones en relación al total de cirugías 2012

Fig6. Porcentajes y tipo de complicaciones en



CIRUGIAS CON MALLAS 2013

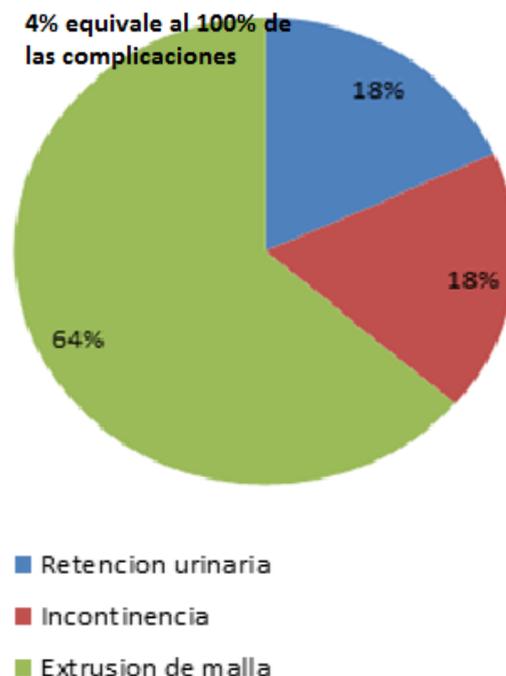


■ Cirugías realizadas
 ■ Complicaciones
 * cirujano

Total 336 cirugías con un total de 11 complicaciones, ninguna de tipo permanente solucionadas lo que equivale al 4 % del total

Fig 2. Porcentaje de complicaciones
En relación al total de cirugías
2013

**EL GRAFICO CORRESPONDE
AL 4% DE COMPLICACIONES
DE ESE 4% EL 1% HACE
RETENCION URINARIA
EL 2% CORRESPONDE A
EXTRUSION DE MALLA**



Dentro de algunos estudios realizados las complicaciones en la colocación de mallas sintéticas vaginales son mínimas, predominando de entre todas las complicaciones el fracaso en la corrección del prolapso que puede llegar hasta un 43%, extrusión del material protésico y erosiones de las mallas y casos de dispareunia.

Además de las complicaciones genéricas de todos los procedimientos quirúrgicos, las mallas han generado unos efectos adversos que son específicos de estos procedimientos. Nuestros resultados son acordes a lo esperado y reflejado en la literatura internacional e indican que existe una tasa de complicaciones aceptable a los 2 y 6 meses en las cirugías de reparación del suelo pélvico en los prolapsos urogenitales, considerando este método como una opción segura y que merece la pena teniendo en cuenta la alta tasa

de éxito que se consigue con este procedimiento.

Complicaciones Intraoperatorias

Las complicaciones intraoperatorias se derivan de que este es un procedimiento que precisa disecciones profundas de los espaciosparavesicales y de pararectales.

1. Complicaciones vasculares
2. Complicaciones nerviosas
3. Complicaciones viscerales

Complicaciones vasculares

Las complicaciones vasculares graves son muy raras, no superando el 1% del total de las complicaciones informadas por los diferentes autores, de igual manera concuerda con nuestra estadística. Las más frecuentes se producen al manipular alguna aguja de

anclaje en el ligamentosacroespinoso, por insertarla cerca de la espinaciática o por sobrepasar el límite del ligamento y acceder al agujero ciático mayor. Se puede lesionar la arteria pudenda a su paso junto a la espina ciática o la glútea inferior. También se puede lesionar la arteria obturatriz en la inserción de una banda libre de tensión. Se considera lesión vascular grave cuando se precisa reintervención para coaptar la hemorragia.

Más frecuentes son las hemorragias producidas al disecar los espacios paravesicales y pararectales que producen hematomas o infección de la malla si se inserta sin una adecuada coaptación de la hemorragia.

Complicaciones nerviosas

De la misma forma se pueden lesionar varios nervios en el transcurso de la inserción de la malla. Como en el caso anterior, cuando se sobrepasa el ligamento sacroespinoso y se ingresa en el espacio ciático mayor se puede lesionar de forma grave el nervio ciático cuando abandona la pelvis en su paso cerca de la espina. También el nervio pudendo o el obturador en las bandas de incontinencia transobturadoras. Las lesiones graves de estructuras nerviosas inducen toda la patología propia desde trastornos de la sensibilidad, hasta severos trastornos motores, dependiendo del nervio afecto. Otra complicación más frecuente no es la lesión directa del nervio.

Complicaciones por lesión de alguna víscera

Durante la disección de la vejiga o del recto se puede producir la lesión de estas. También se puede lesionar una víscera cuando se hace el paso de las agujas de los múltiples kits que hay en el mercado. Por último se han

descrito lesiones del recto producidas por las valvas al disecar o al separar para insertar el mecanismo.

La lesión de la vejiga, por la especial característica muscular se puede suturar en el momento e insertar una malla. En el caso del recto no está indicada la inserción de la malla.

Complicaciones durante el ingreso

Las complicaciones durante el ingreso, son predominantemente las infecciones del tracto urinario inferior, los hematomas, y la posible aparición de una fístula que pasó desapercibida en la vejiga o en el recto. El absceso de un hematoma mal resuelto puede ser responsable de un fracaso en el proceso. También son frecuentes durante los primeros días las disfunciones de vaciado, con obstrucción urinaria o estreñimiento pertinaz.

Complicaciones tardías

Las complicaciones tardías son un grupo de complicaciones que se caracterizan porque pueden generar la recurrencia del prolapso porque hacen fracasar la técnica, o bien lo que se conoce como la "recurrencia funcional asintomática", que explica un cuadro en que anatómicamente la paciente está bien y sin que se manifieste ningún grado de prolapso, pero refiere un cortejo sintomático muy florido que hacen que su calidad de vida esté comprometida, principalmente por un cuadro de dolor pélvico, junto con cuadros diversos de disfunción evacuadora, y trastornos de la sensibilidad.

Son diversos los factores que pueden llegar a producir una recurrencia del prolapso. Las principales son la infección de la malla, la erosión de la misma a través de la pared vaginal, produciendo una extrusión de la misma,

la migración de la malla hacia vejiga o recto y la retracción de la misma.

No siempre se puede demostrar la causa que ha producido alguna de estas complicaciones, pero casi siempre puede haber una técnica inadecuada, bien por mala manipulación, o por el empleo de un material no adecuado.

Infección en el sitio de ubicación de la malla

La infección aguda es muy rara por el uso de antibiótico profiláctico que protege de esta eventualidad.

La causa más frecuente de la infección de la malla es por una técnica incorrecta. Bien por manipulación poco cuidadosa de la malla, por contacto con la zona perineal o por hemorragia en sábana que posteriormente pueden contaminar la malla. Por eso se recomienda cambio de guantes, evitar el contacto con las zonas más conflictivas y coaptar hemorragias en sábana. También utilización de un material no indicado es causa de infección. Actualmente se admite que las mallas sintéticas deben ser de:

1. Polipropileno
2. Monofilamentos
3. Poro ancho
4. Bajo gramaje
5. Parcialmente reabsorbibles.

Con estos parámetros se minimizan las posibilidades de infección

Erosión y migración de la malla

La "Erosión" de una malla es la complicación más frecuente, que puede aparecer hasta en un 18% de estas intervenciones. La causa es difícil de precisar, pero puede deberse al contacto íntimo de la malla con la pared vaginal, por lo que la malla tiende a producir una extrusión en la zona de menor resistencia que es la sutura. De

ahí que se recomienda hacer incisiones indirectas y no muy extensas para minimizar este problema, pero realmente no se ha podido demostrar que esta sea la causa de un problema tan frecuente.

Más grave es la **migración** de la malla a vísceras vecinas, vejiga o intestino. La proximidad de la inserción al recto puede facilitar la emigración de la malla hacia el interior de la luz rectal y comprometiendo seriamente la integridad del mismo. También se han descrito migraciones a vejiga de parte de la malla con clínica severa de vejiga hiperactiva y sangrado que precisa de cistoscopia para llegar al diagnóstico. Con frecuencia la migración al recto puede terminar en una colostomía de descarga, pues no es factible la separación de la malla de la pared de intestino.

Retracción de la malla

Todas las mallas se retraen en cierto grado, al cabo de varios meses.

Además se integran en los tejidos, hasta el punto que pasado un tiempo es difícil distinguirla del tejido original, salvo por la fibrosis que induce. A veces, la retracción de la malla es más intensa de lo que cabe esperar y puede ocurrir de forma asimétrica, generando un cuadro clínico en el que el dolor y afectación de la calidad de vida son los síntomas más frecuentes. El síndrome de afectación de la calidad de vida está dominado por el dolor, pero hay otros síntomas que acompañan como la dispareunia, los problemas de vaciado de vejiga o recto. La IUGA 2012 establece varios grados de dolor en relación a la gravedad del proceso.

- a. Dolor que solo aparece durante la exploración clínica al palpar la zona retráctil
- b. Dolor con las relaciones sexuales
- c. Dolor con el ejercicio físico

- d. Dolor con la actividad cotidiana
- e. Dolor espontáneo y continuo.

El patrón suele ser la dispareunia que genera la primera señal de alerta de posible retracción de la malla. Sin embargo, este síntoma de nueva aparición, tras la inserción de una malla, no siempre es por retracción sino que es una complicación que puede aparecer sin que se aprecie ninguna retracción.

El cuadro de dolor puede acompañarse de otros síntomas, como son pérdidas de sensibilidad en diferentes regiones, trastornos motores, síntomas todos que orientan hacia un atrapamiento nervioso por la retracción de la malla.

Así, dependiendo de que sean nervios sensitivos o motores, la clínica será diferente y ocurrirá a diferentes niveles incluso alejados de la zona de retracción

El **atrapamiento del pudendo** es el cuadro más típico y quizás más grave de los que producen la retracción de la malla. La irritación de este nervio, principalmente por fibrosis y atrapamiento del canal de Alcock produce un cuadro de **Disfunción hipertónica de la musculatura de suelo pélvico**, generando espasmos musculares, y síndrome de dolor

miofascial regional, con aparición de dolores en banda y en puntos

“gatillo” que son típicos de esta zona. La impotencia funcional secundaria también puede aparecer, dependiendo del grado de afectación.

También la retracción de la malla puede producir **la recurrencia del proceso**, si la retracción de la malla es muy extensa y pierde los anclajes a las estructuras de reforzamiento pélvico como son el arco tendinoso y el ligamento sacrospinoso.

INCIDENCIA

En nuestro servicio de Ginecología del HCAM se recolectaron los datos de las cirugías de colocación de mallas y sus complicaciones. Aquí se presentan los resultados del año 2012 y 2013.

Del total de cirugías realizadas en el año 2012, la tasa de complicaciones corresponde al 3.5 % y de estas la más frecuente fue la extrusión de malla en un 92% del (3.5%) total de complicaciones; y así mismo de las cirugías en el año 2013 el porcentaje del total de complicaciones fue de 4.6% siendo nuevamente la más frecuente la extrusión de malla en un 64 % del total de las complicaciones presentadas en estos años.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Complicaciones del tratamiento de incontinencia urinaria y prolapso de la pelvis. ChastaBacsu, MD. RevMedClin Condes 2013; 24 (2)238-247
2. Ogah J, Cody Rogerson L. Minimally invasive sinteticsuburethral sling operations for stress urinary incontinence en women. Cochrane Data base Rev 2009 ;4
3. Deng D, Rutman M, Raz S, Rodriguez LV. Presentation and management of midurethral slings: are complications under-reported? NeurourolUrodyn. 2007;26:46-52.
4. Nilsson C, Falconer C, Rezapour M. Seven-year follow up of the tension-free vaginal tape procedure for treatment of urinary incontinence. Obstet Gynecol. 2004;104(6):1259-62.
5. Petri E, Ashok K. Partner Dyspareunia- a report of six cases. IntUrogynecolJ. 2012;23:127-9
6. Cholhan H, Hutchings TB, Rooney KE. Dyspareunia associated with paraurethral banding in the transobturator sling. Am J Obstet Gynecol. 2010;202(5):481.
7. FDA. Urogynecologic Surgical Mesh: Update on the Safety and Effectiveness of Transvaginal Placement for Pelvic Organ Prolapse. July 2011
8. Diwadkar G, Barber M, Feiner B, et al. Complication and reoperation rates after apical vaginal prolapse surgical repair: a systematic review. Obstet Gynecol. 2009;113(2 Pt 1):367-73.
9. Zoorob D, Karram M. Management of mesh complications and vaginal constriction: A Urogynecology Perspective. UrolClin N Am. 2012;39:413-8
10. Espuña M: Cirugía del prolapso genital con malla vaginal. Un año después del comunicado de la FDA. SueloPélvico 2012; vol 8, N° 2: 25-2
11. Díez I. Mallas en la cirugía del prolapso. ¿Cuál es la evidencia?. Revista del Suelo Pélvico 2011; vol 7, N°2: 31-41

CAPITULO 11

MONTE DE VENUS MALFORMACION CORRECCION QUIRURGICA

*Dr. José Rubén Bucheli Terán
Dra. Isabel Jibaja Polo.
Dra. María Fernanda López
Dr. Edison A. Aguilar Pozo*

MONTE DE VENUS CORRECCIÓN QUIRÚRGICA

El monte de Venus es una masa de tejido fibroadiposo que descansa sobre las ramas pubianas superiores, sínfisis púbica y tubérculos pubianos.

Su nombre proviene de "Venus" que según la mitología romana es la deidad relacionada con el amor, belleza y fertilidad, por lo que es común llamar al monte de Venus, el monte del amor.

Durante la pubertad con el aumento de los niveles de estrógenos en la circulación esta estructura toma forma de una protuberancia triangular, que se diferencia de manera fácil de las demás estructuras que lo rodean. La piel que lo cubre se encuentra provista de glándulas sebáceas, glándulas sudoríparas y muchas terminaciones nerviosas.

Está recubierto por epitelio escamoso queratinizado con folículos pilosos y glándulas sebáceas y sudoríparas.

Las fibras subcutáneas de sostén transcurren en sentido craneano y medial desde los labios mayores y el monte de Venus, y se disponen en forma radiada a través de la fascia grasa de Camper para insertarse hacia central en la pared abdominal antero inferior.

El aporte sanguíneo proviene de dos ramas de la arteria femoral, la pudenda externa y los vasos epigástricos superficiales.

En ciertas ocasiones el tejido adiposo en esta zona de los genitales femeninos es excesivo, con la particular característica que este

exceso no desaparece con la pérdida de peso. Con lo cual se puede producir un desplazamiento anormal de la vagina hacia atrás, dándole a los genitales externos un aspecto y una posición anómalas.

Seis de cada diez mujeres entre 20 y 40 años de edad presentan hipertrofia genital lo que genera problemas de autoestima y en la vida sexual. En el tiempo actual donde la cirugía estética genital está en auge, se plantean varios tipos de tratamiento para esta patología benigna. La lipoescultura de pubis corrige el desplazamiento de la vagina y da un aspecto más juvenil de la región. La operación consiste en realizar una pequeña lipoescultura de la zona para eliminar el exceso de tejido adiposo.

Existe además la opción de la resección quirúrgica que aunque de mayor complejidad es una excelente opción para los casos severos.

Constituye una formación adiposa a manera de una almohadilla ubicada en la cara anterior de la sínfisis púbica de la mujer. Además del vello pubiano, el monte de Venus está provisto de glándulas sebáceas y glándulas sudoríparas.

En la mayoría de las mujeres, el monte de Venus tiene una forma triangular invertida, que descansa sobre una zona adiposa. Los vellos pubianos son más cortos que en el hombre, y se disponen en forma de triángulo, con la base sobre el monte de Venus relacionado con el hipogastrio abdominal y el vértice inferior termina en los labios mayores.

- | | |
|-------------------|----------------------------|
| 1. Periné | 6. Vestíbulo |
| 2. Monte de Venus | 7. Glándulas de Bartholino |
| 3. Labios mayores | 8. Glándulas de Skene |
| 4. Lábios menores | 9. Himen |
| 5. Clítoris | 10. Meato uretral |

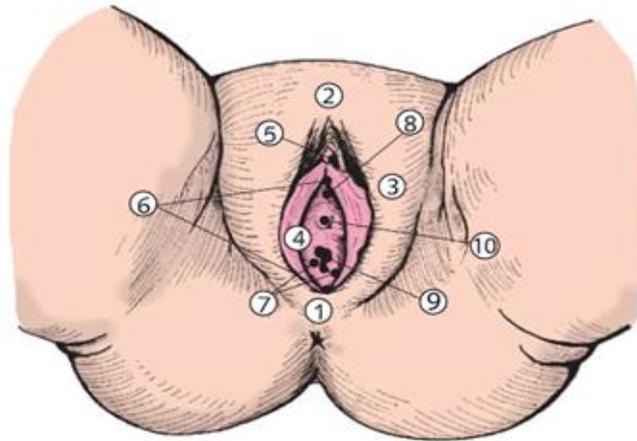


Figura 1

Dentro de las patologías que se pueden encontrar citamos

Malformaciones vasculares

Son siempre congénitas, aunque a veces sólo se ponen de manifiesto por un traumatismo o cambio hormonal (angioma plano, angioqueratoma, linfangioma circunscrito, linfangioma cavernoso, malformaciones venosas, etc.). Son muy raras.

Lipoma

Constituido por adipocitos maduros, tejido conectivo, carece habitualmente de cápsula definida.

Es blando, sésil o pediculado y de tamaño variable.

El diagnóstico es siempre clínico. Se extirpa si produce sintomatología.

Neurofibromatosis

Aparición de las típicas manchas de café con leche.

Granuloma inespecífico

Lesión vascular rojo brillante o rojo oscuro elevada, sésil o polipoidea, blando o



Fig. 2 Micosis del Monte de Venus

MALFORMACION DE MONTE DE VENUS



**Figura 3 Deformación de Monte de Venus
(Hiperplásico. Línea de reducción)**

Figura 4 Retiro de Tejido Excedente



Fig. 5 Línea alta corte en semiluna ; Línea media perpendicular (aproximada)



Fig. 6 Una vez solucionada la media luna superior; corrección de labios redundante



Fig. 7 Labios redundantes

Trazado para corte

Corte de tejido excedente



Labios sin excedente (ambos)

reconstrucción sub-epidermica

Sutura de piel



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Puig-Tintore LM, Ordi J, Cararach M, Torne A, PalouAymerich J. Atlas digital de enfermedades de la vulva. Correlación clínica-patológica y terapéutica. Barcelona: Asociación Española de Patología Cervical y
2. Armijo Moreno M, Camacho Martinez F. Tratado de dermatología. Madrid: Grupo Aulas Medica; 1998
3. Escudero Fernandez M, Coronado Martin PJ, VidartAragon JA. Distrofia vulvar y otras dermatopatias vulgares. En: S.E.G.O. Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción. Madrid: Editorial Panamericana;2003.p.1214-20.
4. Center for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases. MMWR 2006;55 RR-11.
5. Harold M, Tovell M, Young AW. Valoración y tratamiento de las enfermedades de la vulva. En: Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Mexico: Editorial interamericana;1978.

ANEXOS



DIRECTOR - EDITOR

Dr. Guillermo Cisneros Jaramillo

SECRETARIOS DE REDACCION

Dr. Wellington Aguirre S.
 Dr. Julio Galárraga S.
 Dr. German Cisneros M.
 Dr. Peter Chedraui A.

CONSEJO EDITORIAL

Dr. Rubén Bucheli T. - Ecuador
 Dr. Andrés Calle M. - Ecuador
 Dr. Luis Hidalgo G. - Ecuador
 Dr. Enrique Hidalgo R. - Ecuador
 Dr. Nalo Martínez R. - Ecuador
 Dr. Hugo Sánchez R. - Ecuador
 Dr. Luis Cabero Roura - España
 Dr. Nicasio Cuneo - Argentina
 Dr. Eduardo Lombardi (t) - Argentina
 Dr. Ronald Bossemeyer - Brasil
 Dr. Juan E. Blümel - Chile
 Dr. Faustino Pérez - España
 Dr. Victor Ruiz - México
 Dr. Juan Yabur - Venezuela

CERTIFICADO

En mi calidad de Miembro del Comité Editorial de la Revista Ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia, *CERTIFICO*:

Que el Trabajo de "CALCIFICACIONES MAMARIAS", de autoría del Doctor Andrés Aguilar Pozo, fue sometido a consideración para su publicación en la Revista de la FESGO. El trabajo fue recibido el 27 de diciembre del 2014, siendo sometido al trámite normal de revisión y aprobación de los pares respectivos.

El trabajo ha sido aceptado para su publicación y se encuentra en la lista "in Press", en la Revista de la FESGO, Vol XXI, Número 1-2 del 2014.

Atentamente,

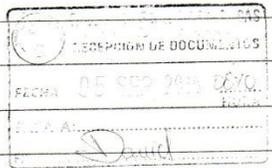
Dr. Andrés CALLE M.

CONSEJO EDITORIAL



N° 2348536

1.00 USD.



1

2

3

4

5

6

7 Señor Doctor

8 Milton Tapia

9 DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS U.C. DEL ECUADOR

10 En su despacho

11 Señor Decano

12 Por medio de la presente solicito se digne conceder el "Aval académico" a la obra "PISO PELVICO" Trabajada desde el año 2007 en el servicio de Ginecología del Hospital Carlos Andrade Marín en Conjunto con los Médicos Postgradistas y devengantes de beca.

13 La obra se basa en 2445 cirugías realizadas en piso pélvico cuya estadística y respaldos se incluyen en esta obra, cabe señalar que nuestra estadística (experiencia) en cirugía de piso pélvico utilizando mallas de polipropileno y técnicas innovadoras no encuentra comparación en ninguna publicación nacional ni Latinoamericana, creo necesario comunicar esta experiencia para que sirva de guía a nuestros Médicos y estudiantes.

14 Acompaño el borrador de la obra el mismo que está siendo perfeccionado en su redacción y ortografía para la impresión final

15 Agradezco su gestión

16 Atentamente

17 Dr. JOSE RUBEN BUCHELLERAN

18 PROFESOR PRINCIPAL DE LA FACULTAD DE CIENCIA MEDICAS U.C. DURANTE EL PERIODO DE ELABORACION DE LA OBRA

19

20 Quito, 05 Septiembre 2014

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30



" TODOPODEROSA ES LA SABIDURÍA "

CERTIFICADO

Quito, 30 de Enero del 2015

Yo, Dr. Rubén Bucheli Terán, en calidad de Autor – Editor de la obra por publicarse en Mayo del año en curso; “Piso Pélvico” certifico que los Sres. Dres. Aguilar Pozo Edison Andrés, Barragán Ramírez Paola Alexandra, Gamboa Caiza Luis, López Vaca María Fernanda, López Andrade Henry Javier, Naranjo Espín Sharon Carina, participaron como coautores y colaboradores de la misma.

Es lo que puedo decir en honor a la verdad, los Sres. Dres. Pueden hacer uso del presente en lo que estimen conveniente a sus intereses.

Atentamente



Dr. Rubén Bucheli Terán

C.C. 1700916784

Telf. 2506667

AUTOR EDITOR

Dr. José Rubén Bucheli Terán

INDICE DE AUTORES Y COLABORADORES

Dr. José Rubén Bucheli Terán (Autor)

Médico Ginececo Obstetra , Master en Administración Hospitalaria, Ex Jefe de Servicio de Ginecología Y Obstetricia del Hospital Carlos Andrade Marín, Profesor Principal de Ginecología y Obstetricia Facultad de Ciencias Médicas Universidad Central del Ecuador, Director del Programa de Postgrado en Ginecología y Obstetricia Universidad San Francisco de Quito, Coordinador Académico de Postgrados Facultad de Ciencias de La Salud, Universidad San Francisco de Quito, Maestro de la Ginecología y Obstetricia Latinoamericana, FLASOG Panamá, 1996, Experto Latinoamericano en Climaterio y Menopausia , FLASCYM 2001, Guatemala.

Dr. José Rubén Bucheli Cruz

Médico Oncólogo Ginecólogo, Cirugía Oncológica Ginecológica , Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Carlos Andrade Marín, Tutor de Postgrado En Ginecología, Universidad San Francisco de Quito; Tutor de Postgrado Cirugía Oncológica Ginecológica Facultad de Ciencias Médicas Universidad Católica del Ecuador.

Dra. Isabel Jibaja Polo

Médico Gineco Obstetra, Tratante Devengante de Beca Servicio de Gineco Obstetricia Hospital Carlos Andrade Marín.

Dra. Gabriela Miñaca Torres

Medico Gineco Obstetra, Tratante
Devengante de Beca, Servicio de Gineco
Obstetricia Hospital Carlos Andrade Marín.

Dr. Henry López Andrade

Médico Postgradista R3 Gineco Obstetricia,
Hospital Carlos Andrade Marín,
Universidad San Francisco de Quito

Dra. Sharon Naranjo Espín

Médico Postgradista R3 Gineco Obstetricia,
Hospital Carlos Andrade Marín,
Universidad San Francisco de Quito.

Dra. Paola Barragán Ramírez

Médico Postgradista R3 Gineco Obstetricia,
Hospital Carlos Andrade Marín,
Universidad San Francisco de Quito

Dr. Andrés Aguilar

Médico Postgradista R3 Gineco Obstetricia,
Hospital Carlos Andrade Marín,
Universidad San Francisco de Quito.

Dra. María Fernanda López

Médico Postgradista R3 Gineco Obstetricia,
Hospital Carlos Andrade Marín,
Universidad San Francisco de Quito.

Dra. Silvana Santamaría Robles

Médico Gineco Obstetra, egresada Post-
grado Ginecología y Obstetricia
Universidad San Francisco de Quito.

Dr. Luis Gamboa

Médico Postgradista R3 Gineco Obstetricia,
Hospital Carlos Andrade Marín,
Universidad San Francisco de Quito

INDICE DE CAPITULOS

		NUMERO DE HOJA
1	PISO PELVICO. GENERALIDADES <i>Dr. José Rubén Bucheli Terán</i> <i>Dra. Gabriela N. Miñaca Torres,</i> <i>Dra. Isabel Jibaja Polo,</i> <i>Dr. Andrés Aguilar, Dr. Luis Gamboa,</i> <i>Dra. Sharon Naranjo</i>	
2	EMBRIOLOGIA DEL TRACTO GENITAL FEMENINO <i>Dr. José Rubén Bucheli Terán,</i> <i>Dra. Isabel Jibaja Polo,</i> <i>Dra. Gabriela N. Miñaca Torres</i> <i>Dr. Henry J. López Andrade</i>	
3	ANATOMIA FISILOGIA <i>Dr. José Rubén Bucheli Terán,</i> <i>Dra. Isabel Jibaja Polo</i> <i>Dr. Henry J. López Andrade</i>	
4	FISIOLOGIA DE LA MICCION <i>Dr. José Rubén Bucheli Terán,</i> <i>Dra. Isabel Jibaja Polo</i> <i>Dr. Henry J. López Andrade</i>	
5	FISIOPATOLOGIA DEL PISO PELVICO <i>Dr. José Rubén Bucheli Terán,</i> <i>Dra. Isabel Jibaja Polo</i> <i>Dr. Henry J. López Andrade</i>	
6	CRITERIO PARA DECIDIR LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN ELTRATAMIENTO DEL PROLAPSO <i>Dr. José Rubén Bucheli Terán,</i> <i>Dra. Isabel Jibaja Polo</i> <i>Dra. Sharon C. Naranjo Espín</i>	
7	CUIDADOS PREOPERATORIOS Y POSTOPERATORIOS EN CIRUGÍA GINECOLÓGICA <i>Dr. José Rubén Bucheli Terán,</i> <i>Dra. Isabel Jibaja Polo</i> <i>Dra. Sharon C. Naranjo Espín</i> <i>Dra. Silvana Santamaría Robles</i>	

- 8 PATOLOGÍA VULVAR
BENIGNA-MALIGNA**
*Dr. José Rubén Bucheli Terán,
Dr. José Bucheli Cruz,
Dra. Isabel Jibaja Polo
Dra. Sharon C. Naranjo Espín*
- 9 PERINE. CORRECCION QUIRURGICA**
*Dr. José Rubén Bucheli Terán,
Dra. Isabel Jibaja Polo,
Dra. Sharon C. Naranjo Espín*
- 10 LABIOS VULVARES. NINFOPLASTIA**
*Dr. José Rubén Bucheli Terán,
Dra. Isabel Jibaja Polo,
Dra. Sharon C. Naranjo Espín*
- 11 MONTE DE VENUS. MALFORMACION.
CORRECCION QUIRURGICA**
*Dr. José Rubén Bucheli Terán
Dra. Isabel Jibaja Polo.
Dra. María Fernanda López
Dr. Edison A. Aguilar Pozo*
- 12 HIMEN**
*Dr. José Rubén Bucheli Terán
Dra. Isabel Jibaja Polo.
Dra. María Fernanda López*
- 13 AGENESIA DE VAGINA. NEOVAGINA**
*Dr. José Rubén Bucheli Terán
Dra. Isabel Jibaja Polo.
Dra. María Fernanda López*
- 14 TABIQUES VAGINALES**
*Dr. José Rubén Bucheli Terán
Dra. Isabel Jibaja Polo.
Dra. María Fernanda López*
- 15 MALFORMACIONES MULLERIANAS
STRASSMAN**
*Dr. José Rubén Bucheli Terán
Dra. Isabel Jibaja Polo.
Dra. María Fernanda López*

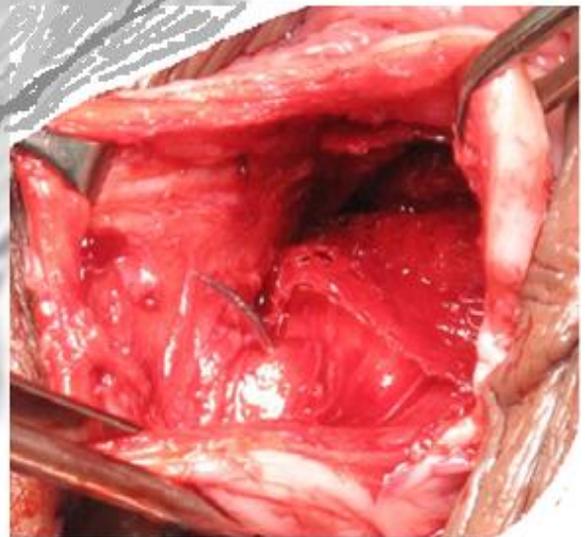
- 16 PATOLOGIA CERVICAL
INCOMPETENCIA CERVICAL**
Dr. José Rubén Bucheli Terán
Dra. Isabel Jibaja Polo
Dr. Luis Gamboa Caiza
- 17 HISTERECTOMIA VAGINAL**
Dr. José Rubén Bucheli Terán
Dra. Isabel Jibaja Polo
Dr. Luis Gamboa Caiza
- 18 PROLAPSO GENITAL-DEFECTO ANTERIOR.
CORRECCION CON PERIGEE**
Dr. José Rubén Bucheli Terán
Dra. Isabel Jibaja Polo
Dr. Luis Gamboa Caiza
- 19 PROLAPSO GENITAL-DEFECTO APICAL Y
ANTERIOR.
CORRECCION CON ELEVATE ANTERIOR**
Dr. José Rubén Bucheli Terán
Dra. Isabel Jibaja Polo
Dr. Luis Gamboa Caiza
- 20 PROLAPSO GENITAL-DEFECTO POSTERIOR.
CORRECCION CON APOGEE**
Dr. José Rubén Bucheli Terán
Dra. Isabel Jibaja Polo
Dr. Luis Gamboa Caiza
- 21 PROLAPSO GENITAL –DEFECTO APICAL Y
POSTERIOR.
CORRECCION CON ELEVATE POSTERIOR**
Dr. José Rubén Bucheli Terán,
Dra. Isabel Jibaja Polo
Dra. María F. López Vaca
- 22 INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO
BANDA
SUBURETRAL TOT**
Dr. José Rubén Bucheli Terán,
Dra. Isabel Jibaja Polo
Dra. María F. López Vaca
- 23 INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO
SISTEMA DE SLING CON INCISION UNICA**
Dr. José Rubén Bucheli Terán,
Dra. Isabel Jibaja Polo

Dra. María F. López Vaca

- 24** **PROLAPSO DE CUPULA VAGINAL.
SACROPROMONTO FIJACION**
*Dr. José Rubén Bucheli Terán,
Dra. Isabel Jibaja Polo
Dra. María F. López Vaca*
- 25** **PROLAPSO DE CUPULA VAGINAL
CORRECCIÓN QUIRÚRGICA VIA
VAGINO-ABDOMINAL**
*Dr. José Rubén Bucheli Terán,
Dra. Isabel Jibaja Polo
Dra. María F. López Vaca*
- 26** **PROLAPSO DE CUPULA VAGINAL
COLPOPEXIA
AL LIGAMENTO SACROESPINOSO
CORRECCION CON ELEVATE ANTERIOR**
*Dr. José Rubén Bucheli Terán,
Dra. Isabel Jibaja Polo
Dra. Paola Barragán Hidalgo.*
- 27** **PROLAPSO GENITAL TOTAL SUSPENSION
ABDOMINO VAGINAL TECNICA BUCHELI
COLS.**
*Dr. José Rubén Bucheli Terán,
Dra. Isabel Jibaja Polo
Dra. Paola Barragán Hidalgo*
- 28** **PROLAPSO GENITAL INCOMPLETO MAS
INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO.
CORRECCION CON APOGEE Y BANDA
SUB URETRAL MONARC**
*Dr. José Rubén Bucheli Terán,
Dra. Isabel Jibaja Polo
Dra. Paola Barragán Hidalgo*
- 29** **COLPOCLEISIS**
*Dr. José Rubén Bucheli Terán,
Dr. José Rubén Bucheli Cruz
Dra. Isabel Jibaja Polo
Dra. Paola A. Barragán Hidalgo*
- 30** **CANCER DE VULVA VAGINA Y BARTHOLINO**
*Dr. José Rubén Bucheli Cruz
Dra. Isabel Jibaja Polo
Dra. Paola A. Barragán Hidalgo*

PISO PELVICO

J. RUBEN BUCHELI TERAN



TITULO/CARGO	INERSIÓN
Médicos Generales	\$155
Afiliados ANAMER	\$135
Obstetrices	\$100
Lda. en Enfermería	\$100
Auxiliar de Enfermería	\$75
Estudiantes	\$50

Preinscripciones hasta el 30 de Septiembre
tienen 10% de descuento

ORGANIZA:



Información e Inscripciones:
Av. 10 de Agosto y Checa. Edif. Mutualista Pichincha NO.2
6to piso Ofi. 44 (Sector Consejo Provincial)

O mediante depósito directo a la Cta. Corriente No 349619304
Banco del Pichincha a nombre de Kenneth Guvvara.

Tel: 022564853

inscripciones@hts.com.ec

Información Académica: 0987006052

AVAL INSTITUCIONAL:



SÍGUENOS EN:



II CONGRESO NACIONAL DE ACTUALIZACIÓN EN GINECO-OBSTETRICIA Y PEDIATRÍA CLÍNICA AVANCES 2011

17 al 29 de Octubre de 2011
Auditorio AME

Agustín Guerrero E5-24 y
José María Ayora
(Atrás de la Clínica de la Mujer)

120 HORAS
ACADÉMICAS



LUNES 17 DE OCTUBRE	Las Emergencias y las Urgencias Obstétricas / Dr. José Durán RECESO	Síndrome de Dificultad Respiratoria en el Recién Nacido / Dr. Edgar Jara ICTERICIA neonatal. Actualización de guías / <i>Dr. Magdalena Calero</i>
LUNES 24 DE OCTUBRE	Como hacer medicina basada en evidencia. Dr. Alberto Narváez Nuevas actualizaciones en RCP pediátrico / <i>Dr. Carlos Vaca</i>	Como clínico: Enfermedad de Kawasaki / Md. Jaira Hidalgo Masa abdominal en el Recién Nacido / <i>Md. Tania Chimbo</i> Reacción Leucemoide / <i>Md. Ximena Oleas</i> Premiación al mejor caso clínico, tema libre / <i>Grupo Jurado</i>
MARTES 18 DE OCTUBRE	Atención Primaria en Ginecología: Control Prenatal / Dr. Humberto Navas Pubertad y Ginecología de la Adolescente / <i>Dr. Jose Masache</i> Valoración de la Hemorragia Uterina Disfuncional / <i>Dr. Marco Ayora</i>	MARTES 25 DE OCTUBRE Manejo de Hipoglicemia Neonatal / <i>Dr. Mónica Álvarez</i>
MARTES 19 DE OCTUBRE	Prevenición de la Osteoporosis Post menopáusica/ Dr. Luis Rodas Síndrome de Hiperestimulación Ovarica / <i>Dr. Luis Rodas</i> Nueva Era del Clímatario / <i>Dr. William Medardo Estrella</i> Fitoterapia y Clímatario / <i>Dr. Ricardo De La Roche</i> Virus del Papiloma Humano y el Clímatario / <i>Dr. Leopoldo Tinoco</i> Nuevas Fronteras en la Terapia Integral para el Cáncer de Mama <i>Dr. Francisco Cepeda.</i> Métodos Moleculares de detección de HPV. Protocolo de manejo <i>Dr. Cesar Guillermo Páez</i>	MARTES 26 DE OCTUBRE ORL Propedéutica y Semiología / <i>Dr. Gustavo Burbano</i> Patología de oído externo e interno / <i>Dr. Gustavo Burbano</i> Diarrea Aguda Basada en Evidencia / <i>Dr. Angelita Andrade</i> Principales Enfermedades Hematológicas / <i>Dr. Elizabeth Garzón</i> Valoración de la Obesidad Infantil / <i>Dr. Marina Moreno</i> Dermatosis mas frecuentes en Pediatría / <i>Dr. Carmen Sánchez</i> Diarrea Aguda Basada en Evidencia / <i>Dr. Angelita Andrade</i>
MÉRCOLES 19 DE OCTUBRE	Prevenición de la Osteoporosis Post menopáusica/ Dr. Luis Rodas Síndrome de Hiperestimulación Ovarica / <i>Dr. Luis Rodas</i> Nueva Era del Clímatario / <i>Dr. William Medardo Estrella</i> Fitoterapia y Clímatario / <i>Dr. Ricardo De La Roche</i> Virus del Papiloma Humano y el Clímatario / <i>Dr. Leopoldo Tinoco</i> Nuevas Fronteras en la Terapia Integral para el Cáncer de Mama <i>Dr. Francisco Cepeda.</i> Métodos Moleculares de detección de HPV. Protocolo de manejo <i>Dr. Cesar Guillermo Páez</i>	MÉRCOLES 21 DE OCTUBRE Dolor Pélvico Crónico. Enfoque Multidisciplinario <i>Dr. Doris Naranjo</i> Cirugía Ginecológica Mínimamente Invasiva / <i>Dr. Jaime Acosta</i> Cirugía Reconstructiva después del Cáncer de Mama / <i>Dr. Armando Serrano</i> Enfermedad Inflamatoria Pélvica: Tratamiento Médico <i>Dr. Mónica Medina</i> Trauma de Tórax en Embarazadas / <i>Dr. Jorge Pozo</i>
JUEVES 20 DE OCTUBRE	Histerectomía vaginal asistida / Dr. Diego Calderón Rupturas Prematuras de Membranas: Causas Riesgos Y Tratamiento/ <i>Md. Luis Gamboa Caiza</i>	JUEVES 27 DE OCTUBRE Quemaduras en la Edad Pediátrica / <i>Dr. Edisson Rodríguez</i> Displasia y Luxación Congénita de Cadera / <i>Dr. Geovanni Oleas</i> Deformidades del Pie en Pediatría / <i>Dr. José Iturralde</i> Estreñimiento en niños / <i>Dr. Leonardo Proaño</i> Reflujo vesicoureteral. Conceptos actuales / <i>Dr. Leonardo Proaño</i> La Genética y su Importancia / <i>Dr. Milton Jijón</i> Pautas del manejo del niño con Osteomielitis / <i>Dr. Geovanni Oleas</i>
JUEVES 22 DE OCTUBRE	Aborto Medico y Quirúrgico. Implicancia Medico, Legales y Éticas <i>Dr. Christian País</i> Screening Genético Prenatal / <i>Dr. Hugo Espin</i>	VIERNES 28 DE OCTUBRE Caso clínico: Hipertensión pulmonar / <i>Md. Paulina Proaño</i> Síndrome de Hiperestimulación Ovárica / <i>Md. Flavio José Navarrete</i>
JUEVES 23 DE OCTUBRE	Manejo de la Vía Aérea en la Edad Pediátrica / Dr. Rocio Yerovi RCP neonatal. Actualización 2011 / <i>Dr. Walter Morales</i> Valoración Integral del Prematuro / <i>Dr. Luis Chancusig</i> Transporte y Recepción del RN / <i>Dr. Alexandra Marín</i> Atención Integral en el Recién Nacido en la Consulta Externa <i>Dr. Denny Mabel Carrera/</i>	VIERNES 29 DE OCTUBRE Urgencias Oftalmológicas / <i>Dr. Luis Freire</i> Obstrucción de Conducto Lagrimal o Dacriocistitis/ <i>Dr. Luis Freire</i> Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en Pediatría <i>Dr. Joanna Acebo /</i>
JUEVES 24 DE OCTUBRE	Manejo de la Vía Aérea en la Edad Pediátrica / Dr. Carlos Vaca RCP neonatal. Actualización 2011 / <i>Dr. Walter Morales</i> Valoración Integral del Prematuro / <i>Dr. Luis Chancusig</i> Transporte y Recepción del RN / <i>Dr. Alexandra Marín</i> Atención Integral en el Recién Nacido en la Consulta Externa <i>Dr. Denny Mabel Carrera/</i>	VIERNES 29 DE OCTUBRE Urgencias Oftalmológicas / <i>Dr. Luis Freire</i> Obstrucción de Conducto Lagrimal o Dacriocistitis/ <i>Dr. Luis Freire</i> Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en Pediatría <i>Dr. Joanna Acebo /</i>
JUEVES 25 DE OCTUBRE	Histerectomía vaginal asistida / Dr. Diego Calderón Rupturas Prematuras de Membranas: Causas Riesgos Y Tratamiento/ <i>Md. Luis Gamboa Caiza</i>	VIERNES 29 DE OCTUBRE Urgencias Oftalmológicas / <i>Dr. Luis Freire</i> Obstrucción de Conducto Lagrimal o Dacriocistitis/ <i>Dr. Luis Freire</i> Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en Pediatría <i>Dr. Joanna Acebo /</i>
JUEVES 26 DE OCTUBRE	Histerectomía vaginal asistida / Dr. Diego Calderón Rupturas Prematuras de Membranas: Causas Riesgos Y Tratamiento/ <i>Md. Luis Gamboa Caiza</i>	VIERNES 29 DE OCTUBRE Urgencias Oftalmológicas / <i>Dr. Luis Freire</i> Obstrucción de Conducto Lagrimal o Dacriocistitis/ <i>Dr. Luis Freire</i> Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en Pediatría <i>Dr. Joanna Acebo /</i>



UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
ASOCIACIÓN NACIONAL DE MEDICOS RURALES

Confíeren el presente
C E R T I F I C A D O

AL MEDICO
EDISON ANDRES AGUILAR POZO

Por su participación en calidad de **EXPONENTE**

Con el Tema:

ABORDAJE DIAGNÓSTICO DE LOS DESÓRDENES BENIGNOS DE VULVA
En el "II CONGRESO NACIONAL DE ACTUALIZACIÓN EN
GINECO – OBSTETRICIA Y PEDIATRÍA CLÍNICA" AVANCES 2011
Realizado en la ciudad de Quito, del 17 al 29 de octubre de 2011.

Duración: 120 horas

Quito, 31 de octubre de 2011



Dr. Milton Tapia C.,
DECANO
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR

Dr. Freddy Guevara A.,
PRESIDENTE EJECUTIVO
FACHED
HEALTH TRAINING SOLUTIONS

Dr. Mario Antigua I., MSc.,
SECRETARIO ABOGADO
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR



**Federación Ecuatoriana de Sociedades de
Ginecología y Obstetricia (FESGO)**



XX

**Congreso Ecuatoriano
de Ginecología y Obstetricia**

“Por la salud integral de la mujer”

Hotel Hilton Colón

del 25 al 28 de Septiembre 2012

Quito - Ecuador

Aval Académico

Universidad de las Américas (UDLA)
Universidad Central del Ecuador
Ministerio de Salud Pública del Ecuador
Federación Latinoamericana de Sociedades
de Ginecología y Obstetricia (FLASOG)
Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO)

Auspicio Institucional

Asociación Latinoamericana de Ginecología y Obstetricia Infante Juvenil (ALOGIA)
Sociedad Ecuatoriana de Ginecología Infante Juvenil y Adolescencia (SEGOIA)
Sociedad Ecuatoriana de Metabolismo Mineral (SECUAMEM)
Sociedad Ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia, Capítulo de Pichincha (SEGO-P)

XX Congreso Ecuatoriano de Ginecología y Obstetricia
Hotel Hilton – Colón, 25 -28 septiembre del 2012
Quito-Ecuador

Federación Ecuatoriana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FESGO)

Directorio 2010-2012

Presidente

Dr. Wellington Aguirre S.

Secretario

Dr. Enrique Luna R.

Tesorera

Dra. Gladys Sañaycela

Secretario Permanente

Dr. Nelson Cherrez M.

Coordinador Científico

Dr. Andrés Calle M.

Coordinador General

Dr. José Mendoza A.

Vocales

Dr. Armando Chávez A.

Dr. Alfredo Jijón L.

Dr. Javier Bowen M.

Dr. Germán Cisneros M.

Dr. Iván Ruilova O.

Síndico

Ab. Paulina Martínez

Sociedad Ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia, Capítulo de Pichincha
(SEGO-P)

Directorio 2012-2013

Presidente

Dr. José Mendoza A.

Secretario

Dr. Enrique Luna R.

Tesorera

Dra. Gladys Sañaicel

Vocales Principales

Dr. Javier Bowen

Dr. Enrique Amores

Dr. Danilo Salazar

Vocales Suplentes

Dr. Wellington Aguirre S.

Dr. Armando Chávez A.

Dr. Julio Urresta

Síndico

Dr. Andrés Luna

Comité Organizador

Dr. Wellington Aguirre S.
Dr. José Mendoza A.
Dr. Javier Bowen M.
Dr. Santiago Chávez
Dr. Alfredo Jijón L.
Dr. Andrés Calle M.
Dr. Armando Chávez A.

Comité Científico

Dr. Alfredo Jijón L.
Dr. Javier Bowen M.
Dr. Santiago Chávez
Dr. José Mendoza A.
Dr. Andrés Calle M.
Dr. Nelson Cherres M.
Dr. Wellington Aguirre S.

Comité de trabajos libres

Dr. Enrique Luna R.
Dr. Iván Ruilova O.
Dr. Wellington Aguirre S.

Comité Cultural y Social

Dra. Gladys Sañaycela
Dr. Nelson Cherez M.
Dr. Germán Cisneros M.
Dr. Wellington Aguirre S.

- 14.30-15.00: **Resultados de la atención del parto en posición vertical materna**
Dr. Jorge Narváez (Ecuador)
- 15.00-15.30: **Misoprostol -Normas de uso de la OMS**
Dr. Wilfrido León (Ecuador)
- 15.30-16.00: **Bio Ética en el manejo de medicamentos**
Dr. Ángel Garzón
- 16.00-16.10: **Preguntas del auditorio**
- 16.25-16.45: **Coffe break**
- 16.45-17.45. **Simposio: Prevención del HPV en el Ecuador**
- Dra.Carmen Martínez (Ecuador) Moderador
- Dr. Danilo Salazar (Ecuador)
- Dr. Franklin Ruiz (Ecuador)
- Dra.Mónica Cañas (Ecuador)

SESIÓN DE TEMAS LIBRES

Coordinador: Dr. Enrique Luna R.

Sala: Las Juntas

Miércoles 26 de septiembre

12:35 - 13: 35

Jueves 27 de septiembre

12:35 - 13: 35

SIMPOSIOS DE LA INDUSTRIA FARMACEÚTICA

Sala: Shyris A

Bayer Schering

Miércoles 26 septiembre 2012

- 12.35-13.15 : **Tratamientos actuales de la endometriosis**
Dr. Alejandro Morales del Olmo (México)
- 13.15-13.25 : **Preguntas del auditorio**



FESGO

FEDERACION ECUATORIANA DE SOCIEDADES DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
Afilada a FIGO - FLASOG - ALMER

Confiere el presente:

DIPLOMA

A el (la) **Dr. ANDRÉS AGUILAR**

Por su participación en calidad de: **Presentación trabajo libre**
(Ruptura hepática en embarazo sin preeclampsia)

En el **XX CONGRESO ECUATORIANO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**, realizado en la ciudad de San Francisco de Quito, Ecuador, del 26 al 29 de septiembre del 2012.

Duración: 72 horas


Dr. Wellington Aguirre S.
PRESIDENTE FESGO


Dr. Enrique Luna R.
SECRETARIO FESGO


Dr. Raúl Jervis S.
DIRECTOR ESCUELA DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS


Dr. José Mendoza A.
COORDINADOR GENERAL


Dr. Andrés Calte M.
COORDINADOR CIENTIFICO NACIONAL





FEDERACION ECUATORINA DE SOCIEDADES DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA (FESGO)

Filial de FIGO, FLASOG

OF 00180 FESQ

Quito DM, 29 de septiembre del 2012

A quien corresponda:

Directorio Nacional 2010-2012

Presidente

Dr. Wéllington Aguirre S.

Secretario

Dr. Enrique Luna R.

Tesorera

Dra. Gladys Sañaicela

Coordinador Científico Nacional

Dr. Andrés Calle M.

Coordinador General

Dr. José Mendoza A.

Secretario Permanente

Dr. Nelson Chérrez M.

Vocales

Dr. Armando Chávez A.

Dr. Alfredo Jijón L.

Dr. Alfredo Mendoza A.

Dr. Javier Bowen M.

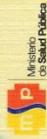
Dr. Germán Cisneros M.

Dr. Iván Ruilova

El suscrito, Presidente de la Federación Ecuatoriana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FESGO), certifica que la Dr. ANDRÉS AGUILAR presentó el tema libre de investigación: RUPTURA HEPÁTICA EN EL EMBARAZO SIN PRECLAMPسيا , en el XX Congreso Ecuatoriano de Ginecología y Obstetricia, realizado en la ciudad de Quito-Ecuador, entre el 26 al 29 de septiembre del 2012.

Atentamente

Dr. Wellington Aguirre S.
Presidente FESGO



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
COLEGIO DE PROFESIONALES EN TECNOLOGÍA MÉDICA
DE SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS CON EL AVAL ACADÉMICO DE
LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA SALUD Y DE LA VIDA
DE LA UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR



Confieren el Presente

Diploma

Al Señor (a): **Dr. Andrés Aguilar**

Por haber participado en calidad de: **Expositor del Tema:**
Control de Calidad en Citología: Aspectos Técnicos y Diagnósticos

En el "I CONGRESO NACIONAL EN TECNOLOGÍA MÉDICA, ENFERMEDADES TROPICALES Y DE TRANSMISIÓN SEXUAL", organizado por el Colegio de Profesionales en Tecnología Médica de Santo Domingo de los Tsáchilas, realizado del 14 al 17 de mayo de 2014, en la ciudad de Santo Domingo de los Tsáchilas.

Duración Académica: 40 Horas

Santo Domingo de los Tsáchilas, 17 de Mayo de 2014

DR. BERNARDO SANDOVAL CÓRDOVA.

Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Salud y de la Vida
 Universidad Internacional del Ecuador

LCDR. OTTO CAZARES MORALES

Presidente COPTEMSAT



**I CONGRESO NACIONAL EN TECNOLOGIA MEDICA
ENFERMEDADES TROPICALES Y DE TRANSMISION SEXUAL**

Quito, 6 de junio de 2014

Dr. Andrés Aguilar
Presente.-

Fue un verdadero honor haber contado con su participación en el “**I CONGRESO NACIONAL EN TECNOLOGIA MEDICA, ENFERMEDADES TROPICALES Y DE TRANSMISION SEXUAL**”, que se realizó del 14 al 17 de mayo de 2014, en el Auditorio del Hotel Zaracay de la ciudad de Santo Domingo de los Tsachilas, con valor curricular de 40 horas.

Nos sentimos muy agradecidos, pues su presencia contribuyo no solo con un importante aporte científico para el desarrollo del Evento, sino también un importante respaldo al conocimiento técnico médico y de enfermería sobre la importancia de la capacidad en gestión para el desarrollo de unidades hospitalarias de alto nivel académico.

Aprovechamos la oportunidad para reiterarle nuestros sinceros agradecimientos.

Atentamente,

LCDO. OTTO CAZARES M.
Presidente
Colegio de Profesionales en Tecnología
Médica de Santo Domingo de los Tsachilas
