

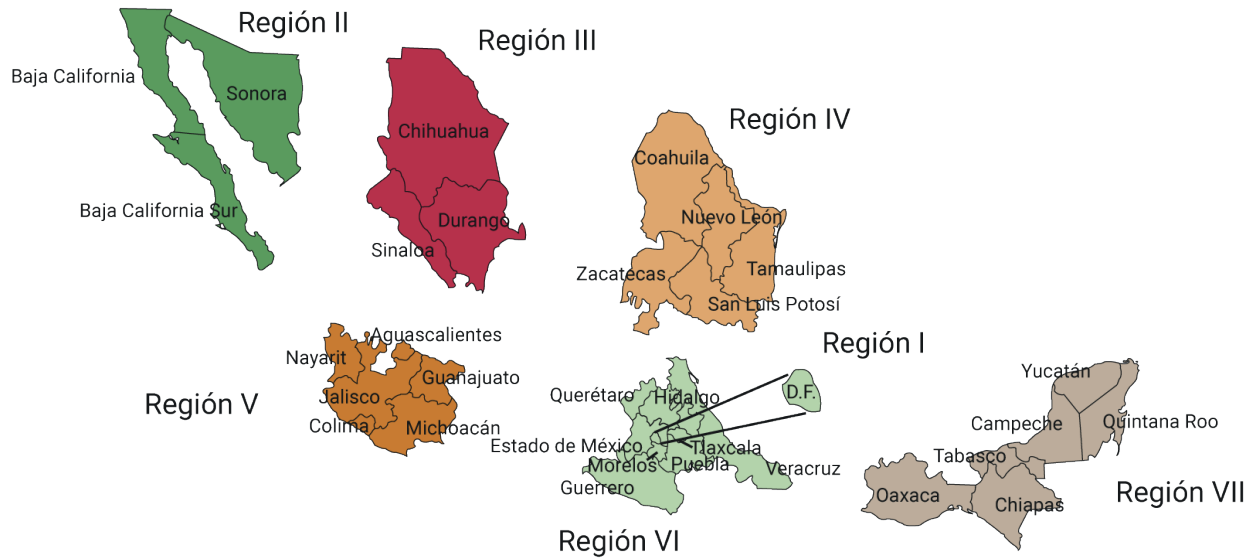
CASOS CLÍNICOS de **Ginecología y Obstetricia de México**

Volumen 3 | Enero-Diciembre 2026 | Publicación continua | ISSN: 3061-8037



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

casosclnicosdegom.org.mx



Agrupaciones federadas

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



GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

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

Fundada en 1960

Consejo Directivo 2025-2027

Jorge Carlos Méndez Trujeque
Presidente

Josefina Lira Plascencia
Vicepresidenta

Emilio Valerio Castro
Primer secretario propietario

Eduardo Juárez de la Luz
Segundo secretario propietario

Ana Cristina Arteaga Gómez
Primera secretaria suplente

Viridiana Gorbea Chávez
Segunda secretaria suplente

Francisco Javier Borrajo Carbajal
Tesorero

Sergio Rosales Ortíz
Subtesorero

Directores regionales 2024-2027

Saúl Vital Reyes
Región I

Leticia Maldonado Gómez
Región IV

Julieta Márquez Villegas
Región II

Sinuhé Torres Medina
Región V

Paúl Alberto Sandoval Quiñones
Región II

José Ramón Rivera Ruiz
Región VI

Gumersindo Gaspar Vázquez Castillo
Región VII

Afiliada a:



FLASOG
Federación Latinoamericana
de Sociedades de Obstetricia
y Ginecología
Fundada en 1952



FIGO
International Federation of
Gynecology and Obstetrics
Fundada en 1954

EDITOR

Sergio Rosales Ortiz

EDITORES ASOCIADOS

Ginecología: Sergio Rosales Ortiz

Biología de la Reproducción: Juan Carlos Barros Delgadillo

Medicina Materno Fetal: Sandra Acevedo Gallegos

Obstetricia: Nallely Moreno Uribe

Uroginecología: Silvia Rodríguez Colorado

Revisión: José Niz Ramos

Inteligencia artificial: Sinuhé Torres Medina

Coordinación: Enrique Nieto Ramírez

CONSEJO EDITORIAL

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

José de Jesús Montoya Romero
Ernesto Castelazo Morales
Cauhtémoc Celis González
Javier Gómezpedroso Rea
Paulo Meade Treviño

COMITÉ DE REVISORES

Obstetricia

Armando Alberto Moreno Santillán
Leidy Marcela Martínez Adame
Ernesto Barrios Prieto
María del Consuelo Álvarez Cabrera
Karina Arroyo Álvarez
Sandra Ivonne Pacheco Ruiz

Ginecología

Denys Elizabeth Delgado Amador
Ana Cristina Arteaga Gómez
Rogelio Robles Morales
Mario Chávez Zamudio
Gerardo Vela Antillón
Diana Vargas Zepeda
Rogelio Castillo Luna
Lilia Barragán Trevilla
Cristina Cevallos Duarte
Olivia Camacho Bustillo
Roberto Sánchez Hernández

Biología de la reproducción

Emilio Valerio Castro
Roberto Santos Haliscak
Carlos Salazar López Ortiz
Víctor Saúl Vital Reyes

Medicina materno fetal

Juan Manuel Gallardo Gaona
Mayela Berenice Gómez Jaime
María José Rodríguez Sibaja
Mario Isaac Lumbregas Márquez
Diana Yazmin Copado
Roberto Arturo Castillo Reyter
Mónica Aguinaga Ríos
Berenice Velázquez Torres

Uroginecología

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

Casos Clínicos de Ginecología y Obstetricia de México es una publicación de la Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología (FEMECOG) de acceso abierto, disponible en: <https://casosclinicosdegom.org.mx>. La publicación de artículos no exige cobros a los autores. El único requisito para su publicación es que el artículo sea aceptado por dos revisores pares y el editor y que los autores atiendan las sugerencias para mejorar el o los casos reportados se prohíbe la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de la publicación sin previa autorización del Instituto Nacional del Derecho de Autor.

Casos Clínicos de Ginecología y Obstetricia de México (abreviatura: Casos Clínicos de GOM) es una publicación de la Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia; es de acceso abierto, publica casos clínicos relacionados con temas relevantes de la Ginecología y Obstetricia.

El contenido está disponible en en: <https://casosclnicosdegom.org.mx/>. No exige cobros a los autores por concepto de envío, edición o publicación de los artículos. Es una publicación exclusivamente electrónica, de aparición mensual, de acceso abierto para autores y lectores.

La correspondencia debe dirigirse a:

Enrique Nieto Ramírez

ginecolobstetmex@gmail.com

Casos clínicos de Ginecología y Obstetricia de México.

Nueva York 38, colonia Nápoles, Ciudad de México 03810.

Teléfono: 555523-1664.

Coordinación revisión por pares

Eduardo Aguirre Alanis

Publicidad

Alejandra Nieto Sánchez

Celular: 5559664509

anieto@nietoeditores.mx

Diagramación

Elidé Morales Del Río

Registro de suscriptores: 9,800

Volumen 3, Enero-Diciembre 2026 - Publicación continua

CONTENIDO/CONTENT

Síndrome de Parry-Romberg y embarazo: reporte de caso complicado con restricción del crecimiento fetal, preeclampsia y tromboembolia pulmonar

Parry-Romberg Syndrome and pregnancy: A case report complicated by fetal growth restriction, preeclampsia and pulmonary thromboembolism

Andrés Iván Pérez González, Javier Ortiz Betancourt, Fausto Moisés Coronel Cruz, Julio César Rodríguez Verduzco, Jacqueline Torpey Islas, Jaretzy García Manteca

Retención urinaria aguda asociada con doxilamina-piridoxina durante el embarazo: reporte de dos casos clínicos

Acute urinary retention associated with doxylamine/pyridoxine during pregnancy: A Report of two clinical cases

María del Pilar Mora Ábalos, Alejandro Serrano Sánchez, Clara Aparicio Martínez, Clara García Fernández, Ana Tello Delsors, Llanos Belmonte Andújar

Embolización arterial transcatóter en hematoma hepático por síndrome HELLP y eclampsia

Transcatheter arterial embolization for hepatic hematoma caused by HELLP syndrome and eclampsia

Abisai De los Santos Solís, Luis Alberto Ruiz Marines, Alondra Yesenia Ramírez Gómez, Néstor Calderón Esquivel, José Antonio Hernández Pacheco

Adenosarcoma mülleriano: reto diagnóstico en el sangrado posmenopáusico

Müllerian adenosarcoma: a diagnostic challenge in postmenopausal bleeding

Vianney Guadalupe Álvarez Esparza, Sara Elia Hernández Flores, Claudia Sofía Meixueiro Calderón

Tumoraciones fetales en cabeza y cuello. Reporte de tres casos

Fetal masses in head and neck. Report of three cases

Francisco Ibarquingoitia Ochoa, Valeria Morales Domínguez, Juan Manuel Gallardo Gaona, Santos Salguero Zacarías, María Fernanda López Torres

Cáncer gástrico y embarazo. Desenlace materno y perinatal

Gastric cancer and pregnancy. Maternal and perinatal outcome

Daniela Santacruz Restrepo, Tatiana Betancur Pérez, Karla Andrea Gutiérrez Martínez, Rosa Alexandra Figueroa, Laura Araujo, Milton Gómez Gómez

Leiomioma parauretral que simula un prolapso genital anterior

Paraurethral leiomyoma simulating anterior genital prolapse

Daniela Santacruz Restrepo, Katherin Téllez García, Mariam Carolina Viloria Vargas, Juan Andrés Gómez Tenorio, Milton César Gómez Gómez

La **publicación continua** permite ofrecer el artículo revisado, aceptado y editado sin esperar a completar un número para su publicación.

CONTENIDO/CONTENT

Síndrome de Parry-Romberg y embarazo complicado con restricción del crecimiento fetal, preeclampsia y tromboembolia pulmonar

Parry-Romberg Syndrome and pregnancy complicated by fetal growth restriction, preeclampsia and pulmonary thromboembolism

Andrés Iván Pérez González, Javier Ortiz Betancourt, Fausto Moisés Coronel Cruz, Julio César Rodríguez Verduzco, Jacqueline Torpey Islas, Jaretzy García Manteca

Retención urinaria aguda asociada con doxilamina-piridoxina durante el embarazo: reporte de dos casos clínicos

Acute urinary retention associated with doxylamine/pyridoxine during pregnancy: A report of two clinical cases

María del Pilar Mora Ábalos, Alejandro Serrano Sánchez, Clara Aparicio Martínez, Clara García Fernández, Ana Tello Delsors, Llanos Belmonte Andújar

Embolización arterial transcatóter en hematoma hepático por síndrome HELLP y eclampsia

Transcatheter arterial embolization for hepatic hematoma caused by HELLP syndrome and eclampsia

Abisai De los Santos Solís, Luis Alberto Ruiz Marines, Alondra Yesenia Ramírez Gómez, Néstor Calderón Esquivel, José Antonio Hernández Pacheco

Adenosarcoma mülleriano: reto diagnóstico en el sangrado posmenopáusico

Müllerian adenosarcoma: a diagnostic challenge in postmenopausal bleeding

Vianney Guadalupe Álvarez Esparza, Sara Elia Hernández Flores, Claudia Sofía Meixueiro Calderón

Tumoraciones fetales en cabeza y cuello. Reporte de tres casos

Fetal masses in head and neck. Report of three cases

Francisco Ibarguengoitia Ochoa, Valeria Morales Domínguez, Juan Manuel Gallardo Gaona, Santos Salguero Zacarías, María Fernanda López Torres

Cáncer gástrico y embarazo. Desenlace materno y perinatal

Gastric cancer and pregnancy. Maternal and perinatal outcome

Daniela Santacruz Restrepo, Tatiana Betancur Perez, Karla Andrea Gutiérrez Martínez, Rosa Alexandra Figueroa, Laura Araujo, Milton Gómez Gómez

Leiomioma parauretral que simula un prolapso genital anterior

Paraurethral leiomyoma simulating anterior genital prolapse

Daniela Santacruz Restrepo, Katherin Téllez García, Mariam Carolina Vilorio Vargas, Juan Andrés Gómez Tenorio, Milton César Gómez Gómez

Diagnóstico prenatal de *situs inversus totalis* en embarazo gemelar

Prenatal diagnosis of *situs inversus totalis* in twin pregnancy

Jaime Andrés Pardo Romero, Cristian Hincapié Porras, Leidy Guzmán, Natalia Andrea Torres

Síndrome de Parry-Romberg y embarazo complicado con restricción del crecimiento fetal, preeclampsia y tromboembolia pulmonar

Parry-Romberg Syndrome and pregnancy complicated by fetal growth restriction, preeclampsia and pulmonary thromboembolism.

Andrés Iván Pérez González,¹ Javier Ortiz Betancourt,² Fausto Moisés Coronel Cruz,² Julio César Rodríguez Verduzco,¹ Jacqueline Torpey Islas,¹ Jaretzy García Manteca³

¹ Residente de primer año de medicina materno fetal.

² Médico adscrito al servicio de medicina materno fetal.

³ Médico pasante del servicio social, Centro Médico ABC, Clínica BriMex, Ciudad de México.

Resumen

ANTECEDENTES: El síndrome de Parry-Romberg es una enfermedad craneofacial de baja frecuencia caracterizada por atrofia hemifacial progresiva que puede afectar la piel, los músculos y huesos. Su causa se desconoce, aunque se ha propuesto un origen autoinmunitario por su asociación con otras enfermedades de este tipo. Además de las manifestaciones cutáneas puede haber alteraciones neurológicas, oftalmológicas y orales. La prevalencia estimada es de 1 caso por cada 700,000 personas, con predominio en mujeres. Su relación con el embarazo se ha descrito solo en pocos casos con desenlaces favorables.

CASO CLÍNICO: Paciente de 28 años, con diagnóstico de síndrome de Parry Romberg, sin seguimiento especializado, con embarazo de 30.6 semanas en curso. Ingresó debido a un cuadro respiratorio, con documentación de tromboembolia pulmonar, con sospecha inicial de hipertensión arterial pulmonar, descartada posteriormente con estudios de imagen. Recibió anticoagulación con enoxaparina y oxígeno suplementario. Se integró el diagnóstico de restricción del crecimiento fetal temprano (estadio I), con adecuado control hemodinámico durante la vigilancia semanal. A las 37.2 semanas se decidió la finalización del embarazo, mediante cesárea, indicada por presentación pélvica en fase latente de trabajo de parto. Se obtuvo una recién nacida de 2015 g, con evolución favorable. Durante el puerperio quirúrgico inmediato tuvo cifras tensionales elevadas y proteinuria en cuantificación de proteínas en orina de 24 horas, por lo que se diagnosticó preeclampsia sin criterios de gravedad, controlada con nifedipino de liberación prolongada.

CONCLUSIÓN: El síndrome de Parry-Romberg es una enfermedad poco frecuente, con evidencia limitada de su asociación con el embarazo. Este caso destaca por ser, hasta donde se tiene conocimiento, el primero en describir la coexistencia de complicaciones maternas y fetales en una paciente con síndrome de Parry-Romberg.

PALABRAS CLAVE: Síndrome de Parry-Romberg; preeclampsia; restricción del crecimiento fetal; tromboembolia pulmonar; embarazo de alto riesgo.

Abstract

BACKGROUND: Parry-Romberg syndrome is an uncommon craniofacial disorder characterized by progressive hemifacial atrophy involving the skin, musculature, and os-

Correspondencia

Andrés Iván Pérez González
drandrespg295@gmail.com

ORCID

<https://orcid.org/0009-0000-8731-2952>

Recibido: octubre 2024

Aceptado: noviembre 2025

Este artículo debe citarse como:

Pérez-González AI, Ortiz-Betancourt J, Coronel-Cruz FM, Rodríguez-Verduzco JC, Torpey-Islas J, García-Manteca J. Síndrome de Parry-Romberg y embarazo complicado con restricción del crecimiento fetal, preeclampsia y tromboembolia pulmonar. Casos Clínicos de GOM 2026; 3: e11063.

seous structures. The etiology remains unidentified, although an autoimmune mechanism has been proposed due to its correlation with other autoimmune conditions. Beyond dermatological involvement, neurological, ophthalmological, and oral abnormalities may also occur. The syndrome is estimated to affect 1 in 700,000 individuals, with a predilection for female patients. Isolated reports have documented favorable outcomes associated with pregnancy.

CLINICAL CASE: A 28-year-old woman diagnosed with Parry-Romberg syndrome without specialized follow-up presented at 30.6 weeks of gestation with respiratory complaints and was diagnosed with pulmonary thromboembolism. Pulmonary arterial hypertension was initially suspected but subsequently excluded through imaging studies. Management included enoxaparin anticoagulation and supplemental oxygen. Early fetal growth restriction (stage I) was identified; weekly monitoring maintained appropriate hemodynamic stability. At 37.2 weeks, cesarean section was performed owing to breech presentation during the latent phase of labor. A female neonate weighing 2015 g was delivered with a favorable outcome. Postoperatively, the patient developed hypertension and proteinuria as measured by 24-hour urine protein quantification, resulting in a diagnosis of preeclampsia that did not meet criteria for severe disease. The condition was effectively managed with extended-release nifedipine.

CONCLUSION: Parry-Romberg syndrome is rarely reported in association with pregnancy, and evidence regarding maternal and fetal outcomes remains limited. This case represents, to our knowledge, the first description documenting both maternal and fetal complications in a patient with Parry-Romberg syndrome.

KEYWORDS: Parry-Romberg syndrome; Preeclampsia; Fetal growth restriction; Pulmonary thromboembolism; High-risk pregnancy.

ANTECEDENTES

El síndrome de Parry-Romberg, descrito por primera vez por Caleb Parry (1815) y Moritz Romberg (1846), es un trastorno craneofacial infrecuente, caracterizado por atrofia hemifacial progresiva que afecta la piel, el tejido subcutáneo, la grasa y, en casos graves, el músculo y hueso subyacentes. Suele manifestarse durante las dos primeras décadas de la vida y es de alivio espontáneo, con aumento de los síntomas durante un lapso de 2 a 10 años, seguido de estabilización espontánea.^{1,2} Además de las alteraciones cutáneas, son frecuentes las manifestaciones extracutáneas, entre las que destacan las complicaciones neurológicas (migraña y crisis convulsivas),^{3,4} oftalmológicas (enofthalmos)⁵ y orales (atrofia lingual),⁶ que pueden manifestarse en cualquier etapa de la enfermedad.¹

La patogénesis del síndrome de Parry-Romberg no se ha esclarecido del todo; sin embargo, se ha propuesto un origen autoinmunitario.⁷ Está descrita su asociación con la esclerodermia lineal, en morfea tipo golpe de sable, variante que afecta la región facial frontoparietal y el cráneo. Ello está respaldado por los hallazgos de histopatología inflamatoria, la existencia de autoanticuerpos séricos y la coexistencia de otras enfermedades autoinmunitarias, como el lupus eritematoso sistémico.⁷

El síndrome de Parry-Romberg es un padecimiento poco frecuente, con una prevalencia estimada aproximada de 1 caso por cada 700,000 personas;^{8,9} con mayor afectación al sexo femenino.¹⁰ Hasta el momento, no se dispone de datos ni referencias de su epidemiología en México.

El primer caso reportado en la bibliografía, que documenta la asociación entre síndrome de Parry-Romberg y embarazo, data del año 2001, descrito en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. Se trató de una paciente de 19 años, con antecedentes de enucleación por glaucoma en el ojo izquierdo, trasplante de córnea en el ojo derecho y rinoseptoplastia. El control prenatal se inició a las 31 semanas de gestación y no se reportaron complicaciones maternas ni eventos adversos perinatales asociados.¹¹

En 2014 se publicó otro caso que documentó la asociación entre síndrome de Parry-Romberg y embarazo, efectuado en Delhi, India. Se trató de una paciente de 35 años, primigesta, que durante la segunda mitad del embarazo tuvo espasmos hemimasticatorios, atrofia hemifacial y lingual progresiva. No se reportaron complicaciones en la madre ni en el feto.¹²

CASO CLÍNICO

Paciente de 28 años, con antecedentes de dos embarazos, un aborto y una cesárea, talla 152 cm, peso 30 kg, índice de masa corporal 13, hemotipo O positivo, originaria y residente de Ayutla de los Libres, Guerrero. A los 15 años se le diagnosticó síndrome de Parry Romberg establecido por un médico internista, por atrofia hemifacial progresiva (**Figura 1**), sin seguimiento.

Ingresó al hospital debido a un cuadro de tos, con expectoración y hemoptisis. El cultivo de la expectoración evidenció el crecimiento de *Escherichia coli* BLEE positivo, con baciloscopia negativa; recibió meropenem durante 10 días. Posteriormente fue trasladada al Hospital General de México para vigilancia y atención en una unidad de tercer nivel. A su ingreso cursaba con 30.6 semanas de embarazo, determinadas por la fecha de la última menstruación, síndrome de Parry Romberg (**Figura 1**), desnutrición aguda y probable hipertensión arterial pulmonar, de acuerdo con el ecocardiograma que reportó una presión sistólica de la arteria pulmonar de 51 mmHg, sin evidencia de insuficiencia cardíaca.

Se determinó la necesidad de atención médica multidisciplinaria, en coordinación con los servicios de neumología, genética, reumatología, cirugía plástica, nutrición clínica, oftalmología y epidemiología. La hipertensión arterial pulmonar se excluyó con base en el ecocardiograma, radiografía de tórax y angiotomografía torácica. En esos estudios se identificaron hallazgos compatibles con tromboembolia pulmonar, evidenciada por el defecto de llenado central en el tronco del lóbulo basal derecho (**Figura 2**). La anticoagulación se inició con 1 mg/kg de enoxaparina. Se le ad-

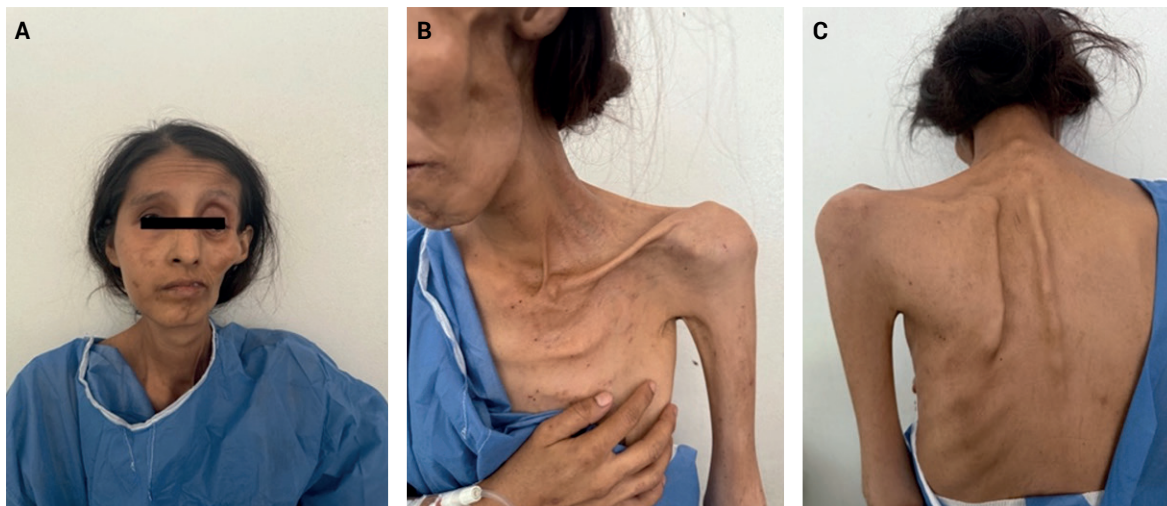


Figura 1. Manifestaciones clínicas del síndrome de Parry-Romberg en la paciente. **A.** Atrofia hemifacial izquierda con pérdida de tejido celular subcutáneo y asimetría facial evidente. **B.** Depresión de tejidos blandos y retracción cutánea. **C.** Afectación progresiva, compatible con atrofia estructural avanzada.



Figura 2. Radiografía de tórax al ingreso. Hiperclaridad en la región pulmonar basal derecha y discreta disminución de la trama vascular, hallazgos compatibles con alteraciones en la perfusión sugerentes de evento tromboembólico. Pulmón izquierdo con destrucción heterogénea del parénquima y cambios fibróticos, quizá secundarios a daño estructural crónico.

ministró oxígeno suplementario mediante puntas nasales a 3 L/minuto, con adecuada respuesta clínica y saturación de oxígeno mantenida por encima del 95%.

Además, se consideró la posibilidad de tuberculosis pulmonar, debido a la coexistencia de bulla en el segmento apical y múltiples nódulos con tendencia a la confluencia en relación con zonas de consolidación (**Figura 3**), que se descartó con la baciloscopia negativa.

Ante la posibilidad de un componente autoinmunitario relacionado con la enfermedad reumática, se solicitó la valoración correspondiente. Se documentaron anticuerpos antinucleares positivos en título elevado (1:640), con panel

autoinmunitario complementario negativo, que incluyó anticuerpos citoplasmáticos, antimitóticos, anti-dsDNA, anti-Sm, anti-Ro, anti-La, anticoagulante lúpico y anticardiolipina. En ausencia de manifestaciones clínicas, serológicas o bioquímicas sugerentes de actividad inflamatoria sistémica o enfermedad autoinmunitaria definida, no se consideró indicado el inicio de tratamiento inmunosupresor.

Por lo que se refiere a las condiciones del feto, se estableció el diagnóstico de restricción del crecimiento fetal temprano, estadio I. De acuerdo con la primera ecografía se documentó la existencia de un feto único vivo en presentación cefálica, con fetometría promedio correspondiente a 29 semanas, peso estimado de 1371 gramos (percentil < 3), hemodinamia fetal conservada (**Figura 4**), volumen del líquido amniótico de 4.1 cm por máxima columna vertical, placenta corporal anterior grado I y longitud cervical de 27 mm. A partir de entonces permaneció en vigilancia mediante ultrasonido de crecimiento y evaluación hemodinámica semanal. En la última ecografía, a las 36 semanas de gestación, se encontró en presentación pélvica, frecuencia cardíaca de 143 lpm, con fetometría promedio correspondiente a 30.1 semanas, con peso fetal estimado de 1579 g (percentil < 3). El índice de líquido amniótico se determinó en 17.0 cm, placenta corporal anterior, hemodinamia fetal conservada y perfil biofísico 8/8. Con base en estos hallazgos se confirmó la persistencia del diagnóstico de restricción del crecimiento fetal estadio I.

A las 37.2 semanas de gestación se decidió la finalización del embarazo. No existió contraindicación médica atribuible al síndrome de Parry-Romberg para la vía vaginal; sin embargo, la indicación quirúrgica se estableció por presentación pélvica y trabajo de parto en fase latente (3 cm de dilatación cervical). Hallazgos perinatales: recién nacida, Apgar 7-9, peso 2015 g, talla 44.5 cm, Capurro de 37.0 semanas, puntaje de Silverman 2, con sangrado total estimado en 200 mL. La recién nacida permaneció en vigilancia durante 24 horas en el cunero de transición, sin requerir soporte ventilatorio, oxígeno suplementario, apoyo hemodinámico ni hospitalización en cuidados neonatales.

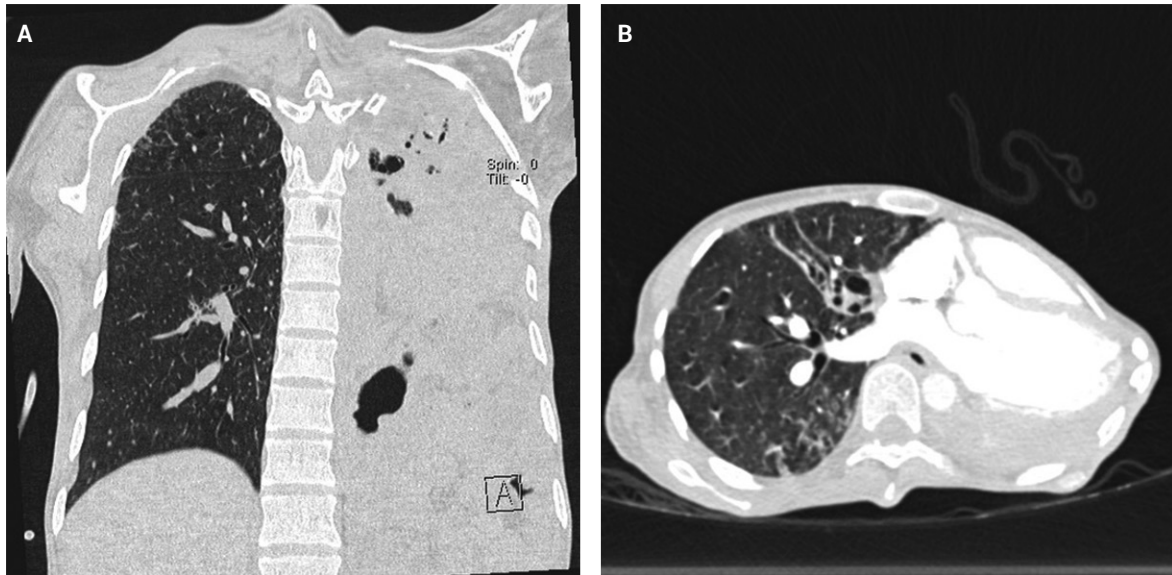


Figura 3. Angiotomografía de tórax con contraste. **A.** Corte coronal que muestra un defecto de llenado en la rama basal derecha de la arteria pulmonar, compatible con tromboembolia pulmonar aguda. **B.** Reconstrucción en ventana del parénquima que evidencia la destrucción pulmonar heterogénea, con áreas bullosas y distorsión, con nódulos confluentes, sugerentes de daño crónico.

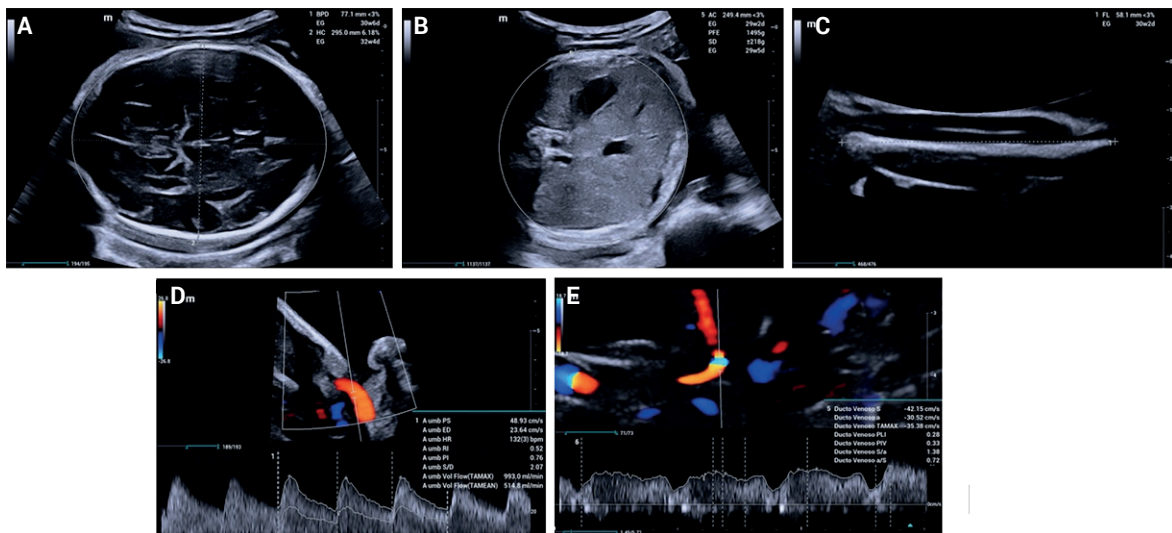


Figura 4. Evaluación ecográfica de crecimiento y hemodinamia fetal. **A.** Corte axial, cefálico, que muestra el diámetro biparietal y la circunferencia cefálica por debajo del percentil 3 para las semanas de gestación. **B.** Corte axial, abdominal, circunferencia abdominal disminuida, sugerente de restricción del crecimiento fetal. **C.** Medición de la longitud femoral igualmente por debajo de percentil 3. **D.** Doppler de la arteria umbilical con índice de pulsatilidad y resistencia en límites normales. **E.** Doppler del ductus venoso con onda a positiva y patrón trifásico normal, consistente con hemodinamia fetal conservada.

Durante el puerperio quirúrgico inmediato se registró una elevación de las cifras tensionales, con predominio de las diastólicas, superiores a 90 mmHg en más de dos determinaciones separadas por 4 horas, sin alcanzar valores correspondientes a crisis hipertensiva. El perfil bioquímico reportó: 15.8 g/dL, hematocrito 48%, 122 plaquetas $\times 10^9/L$, glucosa 77 mg/dL, urea 45 mg/dL, creatinina 0.50 mg/dL, ácido úrico 7.7 mg/dL, bilirrubina total 0.3 mg/dL, ALT 25 U/L, AST 41 U/L, deshidrogenasa láctica 200 U/L y potasio 4.4 mmol/L. El examen general de orina reportó un pH 6.0, esterasa leucocitaria y nitritos negativos, con proteinuria de 200 mg. La cuantificación de proteínas en orina de 24 horas reportó 350 mg/24 h; se integró el diagnóstico de preeclampsia.

El tratamiento se inició con 30 mg de nifedipino de liberación prolongada cada 12 horas, con lo que se consiguió

mantener las cifras tensionales en metas terapéuticas y sin manifestaciones clínicas de encefalopatía hipertensiva. A las 48 horas de vigilancia evolucionó de manera favorable, sin complicaciones derivadas del procedimiento quirúrgico ni del trastorno hipertensivo. Se dio de alta del servicio con diagnósticos de: puerperio quirúrgico mediato, secundario a presentación pélvica y trabajo de parto en fase latente, restricción del crecimiento fetal estadio I, preeclampsia sin criterios de gravedad, síndrome de Parry-Romberg, tromboembolia pulmonar, desnutrición aguda y esterilidad quirúrgica. Se programó el seguimiento durante el puerperio, con registro domiciliario durante tres semanas, en las que permaneció con cifras en metas terapéuticas y con citas semanales. En ese lapso se efectuaron controles clínicos y bioquímicos que no evidenciaron daño a órgano blanco. La paciente se consideró en condiciones aptas para su alta y continuar el seguimiento en el servicio de medicina

materno fetal, con seguimiento ambulatorio subsecuente en los servicios correspondientes.

DISCUSIÓN

El síndrome de Parry-Romberg es una afección craneofacial de excepcional frecuencia, caracterizada por atrofia hemifacial progresiva que afecta la piel, el tejido subcutáneo, el músculo y el hueso.^{1,2} Por lo general es de alivio espontáneo, con inicio en etapas pediátricas o adolescentes. Si bien su causa permanece indeterminada, múltiples autores sugieren un origen autoinmunitario, respaldado por hallazgos histopatológicos, la detección de autoanticuerpos y la asociación con otras enfermedades autoinmunitarias, como esclerodermia lineal y lupus eritematoso sistémico.^{1,7} Su prevalencia estimada es de 1 caso por cada 700,000 habitantes, con predominio femenino y limitada información epidemiológica en Latinoamérica.^{8,10} La bibliografía médica documenta solo dos casos vinculados con el embarazo: uno reportado en México en 2001 sin complicaciones obstétricas o perinatales,¹¹ y otro en India en 2014, igualmente sin desenlaces materno-fetales adversos.¹² Si bien no se ha demostrado una relación causal directa entre el síndrome de Parry-Romberg y las complicaciones observadas en el caso que aquí se reporta (restricción del crecimiento fetal, preeclampsia y tromboembolia pulmonar), la coexistencia temporal de ambas afecciones sugiere una hipótesis fisiopatológica plausible, sobre todo considerando el potencial trasfondo autoinmunitario del síndrome.

No obstante, estas asociaciones deben interpretarse con prudencia, pues podrían corresponder a coincidencias o estar moduladas por otros factores maternos concomitantes, como un estado nutricional gravemente afectado y la ausencia de seguimiento especializado previo. En consecuencia, no es posible establecer una relación causal; son necesarios más casos y estudios sistemáticos para dilucidar esta posible interacción.

El caso aquí reportado resalta la importancia de la atención multidisciplinaria, en la que participaron neumólogos, reumatólogos, cirujano plástico, nutriólogo y un especialista en medicina materno-fetal, esto permitió una vigilancia estrecha, la toma de decisiones oportunas y una evolución favorable para la madre y el neonato. La excepcionalidad del síndrome y la falta de datos en embarazadas justifican la necesidad de continuar reportando casos, con el propósito de optimizar el enfoque diagnóstico y terapéutico en embarazos de alto riesgo.

Limitaciones

El reporte tiene las limitaciones inherentes a un estudio de tipo caso clínico, por lo que no permite establecer relaciones causales entre el síndrome de Parry-Romberg y las complicaciones maternas y fetales observadas. La ausencia de series de casos o estudios comparativos limita la interpretación de los hallazgos, que deben considerarse descriptivos e hipotéticos. Asimismo, la coexistencia de otros factores maternos relevantes, como la desnutrición aguda y la falta de seguimiento especializado previo, pudo influir en la evolución clínica. No obstante, la relevancia del caso

estriba en documentar una presentación no previamente reportada y generar hipótesis para futuras investigaciones.

CONCLUSIONES

El síndrome de Parry-Romberg es una enfermedad de muy baja frecuencia, su asociación con el embarazo está poco documentada en la bibliografía, con muy pocos casos reportados y sin desenlaces maternos o perinatales adversos descritos previamente. El caso que aquí se reporta destaca por ser, hasta donde se tiene conocimiento, el primero en describir la coexistencia de complicaciones maternas y fetales en una paciente con síndrome de Parry-Romberg. Este escenario resalta la necesidad de atención multidisciplinaria que garantice un seguimiento estrecho y una atención integral. La escasez de evidencia publicada subraya la importancia de reportar y analizar estos casos, para optimizar las estrategias diagnósticas y terapéuticas en embarazos con comorbilidades poco frecuentes.

DECLARACIONES

Este caso fue registrado, retrospectivamente, en la plataforma Open Science Framework (OSF) conforme a las recomendaciones de la guía CARE: <https://osf.io/75wmy/overview>

Agradecimientos

Los autores expresan su agradecimiento a la paciente por su confianza y disposición para contribuir al conocimiento médico. Asimismo, agradecen al Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga las facilidades brindadas para la realización de este trabajo.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Financiamiento

Los autores no tienen relación comercial o financiera con algún patrocinador.

Uso de IA

Los autores no recurrieron a la inteligencia artificial para la elaboración del artículo.

Contribución de autores

AIPG: concepción, redacción y diseño del estudio. JCRV: adquisición de datos e información. JGM: análisis e interpretación de datos. JTI: análisis e interpretación de datos. JOB, FMCC, AIPG: planeación del artículo

Declaración de derechos humanos y de los animales

Solo se estudió una paciente y su feto.

Consentimiento informado

Se obtuvo consentimiento informado por escrito de la paciente para la publicación del presente caso clínico.

Referencias clave

- Schultz KP, Dong E, Truong TA, Maricevich RS. Parry Romberg Syndrome. *Clin Plast Surg* 2019; 46 (2): 231-37. <https://doi.org/10.1016/j.cps.2018.11.007>
- López-Leyva E, Dueñas-Arias E, Juárez-Azpilcueta A, Montañón-Uzcanga A, et al. Síndrome de Parry-Romberg con glaucoma y embarazo: primer caso en la literatura. *Gac Méd Méx* 2001; 137 (1): 65-8.

3. Panda AK, Gopinath G, Singh S. Parry-Romberg syndrome with hemimasticatory spasm in pregnancy; A dystonia mimic. *J Neurosci Rural Pract* 2014; 5 (2): 184-6. <https://doi.org/10.4103/0976-3147.131675>
4. Saulle I, Gidaro A, Donadoni M, Vanetti C, et al. Immunological profiles in parry-romberg syndrome: a case-control study. *J Clin Med* 2024; 13 (5): 1219. <https://doi.org/10.3390/jcm13051219>

Permisos

Todas las figuras y cuadros son originales.

REFERENCIAS

1. Schultz KP, Dong E, Truong TA, Maricevich RS. Parry Romberg Syndrome. *Clin Plast Surg*. 2019 Apr;46(2):231-237. <https://doi.org/10.1016/j.cps.2018.11.007>
2. Aydın H, Yologlu Z, Sargin H, Metin MR. Parry-Romberg syndrome. Physical, clinical, and imaging features. *Neurosciences (Riyadh)* 2015; 20 (4): 368-71. <https://doi.org/10.17712/nsj.2015.4.20150142>
3. De la Garza-Ramos C, Jain A, Montazeri SA, Okromelidze L, McGeary R, Bhatt AA, Sandhu SJS, Grewal SS, Feyissa A, Sirven JI, Ritaccio AL, Tatum WO, Gupta V, Middlebrooks EH. Brain Abnormalities and Epilepsy in Patients with Parry-Romberg Syndrome. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2022 Jun;43(6):850-856. <https://doi.org/10.3174/ajnr.A7517>
4. Akkus S, Amatya S, Shrestha K, Sriwastava S, Karides DA. Late-onset Parry-Romberg Syndrome with atypical neurological manifestations: A case report. *Radiol Case Rep*. 2023 Nov 17;19(1):459-463. <https://doi.org/10.1016/j.radcr.2023.10.032>
5. Bucher F, Fricke J, Neugebauer A, Cursiefen C, Heindl LM. Ophthalmological manifestations of Parry-Romberg syndrome. *Surv Ophthalmol*. 2016 Nov-Dec;61(6):693-701. <https://doi.org/10.1016/j.survophthal.2016.03.009>
6. Hariri EM, Sellouti M, Ramdi H. Oral Manifestations of Parry-Romberg Syndrome: A Case Report. *Cureus*. 2024 Jul 6;16(7):e63984. <https://doi.org/10.7759/cureus.63984>
7. Saulle I, Gidaro A, Donadoni M, Vanetti C, Mutti A, Romano ME, Clerici M, Cogliati C, Biasin M. Immunological Profiles in Parry-Romberg Syndrome: A Case-Control Study. *J Clin Med*. 2024 Feb 21;13(5):1219. <https://doi.org/10.3390/jcm13051219>
8. Kumar M, Singla R, Singh G, Kasrija R, Sharma M. Parry Romberg Syndrome: A Case Report and an Insight Into Etiology. *Cureus*. 2023 Jul 6;15(7):e41465. <https://doi.org/10.7759/cureus.41465>
9. Afreh YA, Twum KA, Amankwa AT, Ashley G, Ankomah K, Otoo OK. Parry Romberg syndrome: A case report. *Radiol Case Rep*. 2024;19(9):6208-12. <https://doi.org/10.1016/j.radcr.2024.09.029>
10. Marappan H, Am R. Parry-Romberg Syndrome: A Report of a Rare Case and a Comprehensive Review. *Cureus*. 2024 Aug 20;16(8):e67345. <https://doi.org/10.7759/cureus.67345>
11. López-Leyva E, Dueñas-Arias E, Juárez-Azpilcueta A, Montaño-Uzcanga A, et al. Síndrome de Parry-Romberg con glaucoma y embarazo: primer caso en la literatura. *Gac Méd Méx* 2001; 137 (1): 65-8.
12. Panda AK, Gopinath G, Singh S. Parry-Romberg syndrome with hemimasticatory spasm in pregnancy; A dystonia mimic. *J Neurosci Rural Pract* 2014; 5 (2): 184-6. <https://doi.org/10.4103/0976-3147.131675>

Los artículos publicados, recibidos a través de la plataforma de la revista, con fines de evaluación para publicación, una vez aceptados, aun cuando el caso clínico, un tratamiento, o una enfermedad hayan evolucionado de manera distinta a como quedó asentado, nunca serán retirados del histórico de la revista. Para ello existe un foro abierto (**Cartas al editor**) para retractaciones, enmiendas, aclaraciones o discrepancias.

Las adscripciones de los autores de los artículos son, de manera muy significativa, el respaldo de la seriedad, basada en la experiencia de quienes escriben. El hecho de desempeñarse en una institución de enseñanza, de atención hospitalaria, gubernamental o de investigación no describe la experiencia de nadie. Lo que más se acerca a ello es la declaración de la especialidad acreditada junto con el cargo ocupado en un servicio o una dirección. Cuando solo se menciona el nombre de la institución hospitalaria ello puede prestarse a interpretaciones muy diversas: efectivamente, labora en un gran centro hospitalario, pero se desempeña en funciones estrictamente administrativas, ajenas al tema de la investigación, estrictamente clínico.

Retención urinaria aguda asociada con doxilamina-piridoxina durante el embarazo: reporte de dos casos clínicos

Acute urinary retention associated with doxylamine/pyridoxine during pregnancy: A report of two clinical cases.

María del Pilar Mora Ábalos,¹ Alejandro Serrano Sánchez,¹ Clara Aparicio Martínez,² Clara García Fernández,¹ Ana Tello Delsors,¹ Llanos Belmonte Andújar³

¹ Médico residente en ginecología y obstetricia, servicio de ginecología y obstetricia, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España.

² Facultativo especialista de área en ginecología y obstetricia, servicio de ginecología y obstetricia, Hospital General de Tomelloso, Ciudad Real, España.

³ Facultativo especialista de área en ginecología y obstetricia, servicio de ginecología y obstetricia, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España.

Resumen

ANTECEDENTES: En casos graves de náuseas y vómitos durante el embarazo, la combinación de doxilamina y piridoxina es efectiva, aunque puede causar efectos secundarios de somnolencia y mareos. La retención aguda de orina, aunque rara, está descrita en la ficha técnica de la combinación con clorhidrato de piridoxina y doxilamina succinato, pero no se dispone de bibliografía de su incidencia real.

CASOS CLÍNICOS: *Caso 1:* paciente de 34 años, con 16 semanas de embarazo, diagnóstico de retención aguda de orina, quizá secundaria a la ingesta de la combinación de clorhidrato con piridoxina y doxilamina succinato. Requirió sondaje vesical, tratamiento con tamsulosina y suspensión del tratamiento inicial, lo que resultó en la desaparición del cuadro clínico. *Caso 2:* Paciente de 38 años, con 10 semanas de embarazo. Diagnóstico de retención aguda de orina, quizá relacionada con el consumo de la combinación de clorhidrato con piridoxina y doxilamina succinato. La paciente solo requirió la suspensión del tratamiento de este último con lo que se consiguió la condición de asintomática.

CONCLUSIÓN: Se reportan dos casos de retención aguda de orina en mujeres embarazadas tratadas con la combinación de doxilamina y piridoxina, un efecto adverso excepcional descrito en su ficha técnica, aunque de incidencia desconocida. Estos casos destacan la importancia de considerarlo en la práctica clínica.

PALABRAS CLAVE: Retención urinaria; doxilamina; hiperémesis gravídica; reacciones adversas a medicamentos; embarazo.

Abstract

BACKGROUND: The combination of doxylamine and pyridoxine is effective in treating severe nausea and vomiting during pregnancy, although it may cause side effects such as drowsiness and dizziness. Although rare, acute urinary retention is described in the prescribing information for pyridoxine hydrochloride and doxylamine succinate. However, there is no literature available on its actual incidence.

CLINICAL CASES: *Case 1:* A 34-year-old pregnant woman diagnosed with acute urinary retention possibly due to taking pyridoxine hydrochloride and doxylamine succinate. The patient required bladder catheterization and treatment with tamsulosin.

Correspondencia

María del Pilar Mora Ábalos
mmabalos@sescam.jccm.es

ORCID

<https://orcid.org/0009-0007-9104-3901>

Recibido: febrero 2025

Aceptado: enero 2026

Este artículo debe citarse como:

Mora-Ábalos MP, Serrano-Sánchez A, Aparicio-Martínez C, García-Fernández C, Tello-Delsors, Belmonte-Andújar LI. Retención urinaria aguda asociada con doxilamina-piridoxina durante el embarazo: reporte de dos casos clínicos. Casos Clínicos de GOM 2026; 3: e10983.

Discontinuing the initial treatment resulted in resolution of the clinical symptoms. *Case 2:* A 38-year-old patient who was 10 weeks pregnant. She was diagnosed with acute urinary retention, possibly related to the use of pyridoxine hydrochloride and doxylamine succinate. The patient only required discontinuation of the latter treatment, which resulted in her becoming asymptomatic.

CONCLUSION: We present two cases of acute urinary retention in pregnant women treated with doxylamine and pyridoxine. This is an exceptional adverse effect described in the product information, although its incidence is unknown. These cases underscore the importance of considering this in clinical practice.

KEYWORDS: Urinary retention; Doxylamine; Hyperemesis gravidarum; Adverse reactions.

ANTECEDENTES

Las náuseas y vómitos son comunes durante el embarazo, afectan al 80% de las mujeres en esta condición, sobre todo en el primer trimestre. En algunos casos estos síntomas evolucionan a hiperémesis gravídica, que constituye la principal causa de hospitalización en esta etapa del embarazo.^{1,2} Un tratamiento eficaz es la combinación de doxilamina y piridoxina, que ha demostrado ser más efectiva que la indicación de ambos fármacos por separado.³ Cuando la piridoxina sola no es suficiente se recomienda la combinación de 10 mg de doxilamina y 10 mg de piridoxina, dosis que puede incrementarse hasta cuatro comprimidos al día.^{4,5,6}

Una alternativa más reciente para pacientes con vómitos resistentes es una fórmula de liberación retardada que contiene 20 mg de doxilamina e igual cantidad de piridoxina. Esta formulación se toma, generalmente, antes de acostarse, con la posibilidad de añadir un comprimido por la mañana si los síntomas persisten.⁷

Si bien el tratamiento con doxilamina y piridoxina se considera inocuo para el feto,^{8,9} puede causar efectos adversos de somnolencia, mareos, sequedad bucal y aumento de la secreción bronquial. En raras ocasiones se ha reportado retención aguda de orina, un evento poco frecuente durante el embarazo y escasamente documentado en la bibliografía disponible.¹⁰

La retención aguda de orina, que ocurre en una de cada 3000 a 8000 embarazadas, suele sobrevenir entre las semanas 10 y 16 de la gestación con dolor abdominal y dificultad para orinar. La causa más frecuente de este trastorno es la incarceration uterina por un útero en retroversión.¹¹ Sin embargo, la relación entre la retención urinaria y el consumo de la combinación de doxilamina y piridoxina no está aún del todo clara.

Enseguida se reportan dos casos clínicos de retención aguda de orina en mujeres embarazadas en tratamiento con la combinación de doxilamina y piridoxina, con el fin de alertar a los profesionales de la salud acerca de este posible efecto adverso.

CASOS CLÍNICOS

En ambos casos el medicamento se administró por vía oral cada 12 horas, siguiendo la dosis máxima recomendada como antiemético durante el embarazo. Las pacientes habían estado en tratamiento continuo durante 3 a 4 semanas antes de la aparición de los síntomas urinarios. Posteriormente, ambas mujeres experimentaron dificultad

progresiva para orinar, lo que motivó su evaluación en el servicio de urgencias. Enseguida se describen, en detalle, ambos casos clínicos, incluida su evolución y tratamiento.

Caso 1

Paciente de 34 años, con 16 semanas de embarazo, secundigesta con gestación y parto anterior de evolución normal. Con una colecistectomía, en tratamiento con yodofolatos, progesterona y la combinación de doxilamina y piridoxina, sin otros antecedentes personales de interés. Acudió a urgencias de ginecología debido a un dolor abdominal de varios días de evolución. Desde hacía un mes percibía cierta dificultad para lograr la primera micción de la mañana, circunstancia que aminoraba durante el día pero sin dejar de percibir la sensación de vaciado incompleto.

En la última semana, antes de retornar a la consulta, esos síntomas empeoraron hasta el punto de acudir a urgencias por no conseguir la micción desde la noche anterior. La paciente no refirió disuria, polaquiuria, tenesmo vesical, estreñimiento o fiebre en el domicilio. Desde el punto de vista obstétrico se encontró totalmente asintomática.

A la exploración física la paciente se encontró afebril y normotensa. Los genitales externos de apariencia normal, la vagina con flujo fisiológico, con un quiste en el tercio medio de la cara posterior vaginal, de aproximadamente 1 cm de contenido líquido y consistencia blanda. La movilización cervical no fue dolorosa. El abdomen se palpó blando y depresible y el útero de tamaño acorde con las semanas de amenorrea.

Se indicó el sondaje vesical, con salida de 1000 mL de orina clara. Se remitió al laboratorio una muestra para urocultivo. El análisis y sedimento de orina eran anodinos. En la reevaluación una hora posterior la paciente ya había podido efectuar una micción espontánea. Se dio de alta, con recomendaciones e informada de los signos de alarma por los que debía acudir al servicio médico.

Al siguiente día, la paciente regresó por retención urinaria desde la misma noche de la consulta previa (tras el alta, en su domicilio, había conseguido alguna micción muy escasa). Refirió presión abdominal en el hipogastrio, por lo demás asintomática.

En la exploración física no se advirtieron cambios. Se practicó el sondaje vesical con salida de 1100 mL. El reporte del urocultivo extraído dos días antes fue negativo. Ante el diagnóstico de retención aguda de orina en una paciente con 16 semanas de embarazo se decidió la interconsulta urgente con los especialistas del servicio de urología.

Luego de la valoración se le indicaron 0.4 mg de tamsulosina, un comprimido diario por la noche, retiro de la sonda vesical a la mañana siguiente y practicar micciones frecuentes (cada 2 h).

En la consulta de control de urología, a las 48 h, la paciente se había retirado la sonda la mañana anterior, con buena evolución. Además, por decisión propia, dejó de tomar la combinación de doxilamina y piridoxina y con ello experimentó la completa desaparición de los síntomas de vaciado.

El diagnóstico de sospecha fue: atonía vesical, quizá secundaria a doxilamina. La paciente finalizó el tratamiento con 0.4 mg de tamsulosina durante tres días más, con desaparición de los síntomas urinarios. El resto del embarazo cursó de forma normal y tuvo un parto eutócico a las 38 semanas, con obtención de una recién nacida de 3390 g y APGAR 9-10. El puerperio transcurrió sin complicaciones.

Caso 2

Paciente de 38 años, con 10 semanas del embarazo actual, los dos previos finalizaron en parto, sin complicaciones. Fue intervenida de cirugía refractiva y herniorrafia umbilical. En tratamiento con ácido fólico y la combinación de doxilamina y piridoxina (hasta hacía un mes había estado en tratamiento con la combinación de doxilamina succinato y piridoxina hidrocloreuro (ambas de 10 mg) que había cambiado debido a vómitos resistentes). Acudió a urgencias de ginecología por dificultad para orinar, acentuada por las mañanas. Refirió diuresis normal a lo largo del día. No padecía disuria, polaquiuria, tenesmo vesical o fiebre, ni otros síntomas adicionales. A la exploración el abdomen se palpó blando y depresible, sin visualización del globo vesical.

En la ecografía se observó una sola gestación. El residuo vesical posmiccional fue de 286 mL. Los análisis de orina se reportaron normales, a la espera de los resultados del urocultivo. Se le indicó cesar el tratamiento con la combinación de doxilamina y piridoxina y se citó para revisión de control clínico a los cinco días. En la fecha señalada acudió con mejoría evidente de la clínica luego de dejar el tratamiento con la combinación de doxilamina y piridoxina. Por lo demás se reportó asintomática. La exploración transcurrió normal y en la ecografía abdominal la vejiga se visualizó por completo vacía, enseguida de la micción previa. Se procedió al alta con indicación de continuar con los controles previstos de la gestación.

DISCUSIÓN

La retención aguda de orina es una complicación caracterizada por la incapacidad para vaciar por completo la vejiga y ocasionar dolor, incomodidad e incluso complicaciones graves si no se trata de manera adecuada. La anamnesis debe incluir los antecedentes de consumo de medicamentos, hábito intestinal, déficit sensorial y motor, síntomas en la vía urinaria inferior y cirugías previas, en particular ginecológicas o urológicas. En la exploración física puede observarse la distensión vesical o una tumoración quística suprapúbica.

Las pruebas complementarias deben incluir: tira reactiva de orina, microscopía de orina y cultivo para descartar una infección, además de una ecografía pélvica para identificar cualquier tumoración pélvica oculta.¹² El tratamiento inicial se basa en el sondaje vesical entre 1 y 7 días. En la mayoría de los casos ello resuelve el problema sin necesidad de más intervenciones. Solo algunas pacientes requieren autosondajes intermitentes. El enfoque es conservador y mínimamente invasivo, sin un protocolo terapéutico estandarizado.^{13,14}

La retención aguda de orina, en el primer trimestre del embarazo, es una complicación realmente excepcional. En la mayoría de casos se asocia con útero grávido, con el cuello uterino desplazado que comprime la porción inferior de la vejiga, con una obstrucción del orificio uretral interno.^{15,16} De otro modo, las embarazadas pueden experimentar varios factores que predisponen a la retención aguda de orina: cambios hormonales (particularmente el aumento de progesterona, que relaja el músculo liso de los uréteres), aumento del volumen sanguíneo y la compresión directa de la vejiga por el útero en crecimiento.¹⁷

La doxilamina es un antihistamínico que bloquea los receptores H1 de histamina; se indica para alivio de los síntomas de náuseas y vómitos al disminuir la actividad del sistema nervioso central. También tiene propiedades anticolinérgicas que inhiben la contracción de la vejiga y dificultan la micción, lo que puede provocar retención urinaria.¹⁸ Este efecto ha sido suficientemente documentado en diversas poblaciones, sobre todo en los ancianos, quienes tienen mayor riesgo de experimentar retención urinaria debido a la disminución de la función vesical relacionada con la edad.¹⁹ En el caso de las mujeres embarazadas, la retención urinaria también puede verse influida por estos efectos anticolinérgicos porque durante el embarazo ocurren los cambios fisiológicos mencionados en el sistema urinario. A pesar de que los efectos de los antihistamínicos en el sistema urinario se han estudiado en otras poblaciones, no existen investigaciones específicas que exploren la relación entre la combinación de doxilamina y piridoxina y la retención aguda de orina en embarazadas.

Existen otros factores que pueden predisponer a la retención aguda de orina: por ejemplo, la disminución en la producción de orina durante la noche, debido al reposo del cuerpo y enlentecimiento del proceso de eliminación de líquidos. Además, la disminución de la hormona antidiurética (ADH) por la noche favorece la menor producción y eliminación de orina;²⁰ al despertar esto puede generar una necesidad urgente de orinar. Los cambios posturales al levantarse (el cambio a bipedestación) también pueden generar una redistribución de líquidos en el cuerpo, lo que aumenta la sensación de llenado de la vejiga. Conforme las semanas de gestación transcurren, el útero en crecimiento desplaza la vejiga hacia arriba y hacia adelante y la aplana, lo que puede disminuir la capacidad; más notoria por la mañana, cuando la vejiga está llena.²¹

Todos estos factores, junto con el efecto anticolinérgico de la combinación del clorhidrato de piridoxina con doxilamina succinato y su vida media de 12.43 horas,¹⁶ así como la exacerbación de los síntomas urinarios por la mañana y

la disminución de los mismos al suspender el tratamiento, podrían respaldar la posible asociación entre esa combinación medicamentosa y la retención aguda de orina.

Por tanto, ante compuestos con doxilamina, es fundamental que los profesionales de la salud tengan en cuenta su efecto anticolinérgico al prescribir este medicamento a mujeres embarazadas. Si bien la retención aguda de orina no es un efecto secundario comúnmente asociado con la combinación de doxilamina y piridoxina, las embarazadas que experimenten síntomas urinarios inusuales, como la dificultad para orinar, dolor o sensación de vejiga llena, deben ser controladas para valorar la necesidad de suspender esta medicación.

Se recomienda que las pacientes embarazadas informen a sus médicos cualquier síntoma urinario inusual durante el tratamiento con la combinación de doxilamina y piridoxina. En caso de que se sospeche retención aguda de orina o cualquier otra complicación debe considerarse una evaluación más detallada del sistema urinario, que podría incluir ecografías o análisis de la función renal y vesical.

CONCLUSIONES

Se reportan dos casos de retención aguda de orina en mujeres embarazadas tratadas con la combinación de doxilamina y piridoxina, un efecto adverso excepcional descrito en su ficha técnica, aunque de incidencia desconocida. Estos casos destacan la importancia de considerarlo en la práctica clínica.

DECLARACIONES

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener algún conflicto de interés.

Financiamiento

Los autores declaran no tener relación comercial ni financiera con algún patrocinador.

Uso de IA

Para este trabajo no se recurrió a la inteligencia artificial.

Contribución de los autores

Todos los autores contribuyeron en la recopilación de los datos clínicos, la interpretación de los hallazgos, la redacción del caso clínico, y la revisión y aprobación final del artículo.

Declaración de derechos humanos y de los animales

En relación con los humanos solo se estudiaron las dos pacientes de los casos reportados. El estudio no contempló estudios en animales.

Consentimiento informado

Se obtuvo el consentimiento informado de las pacientes para publicar ambos casos clínicos.

Referencias clave

- Committee on Practice Bulletins Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 189: Nausea and vomiting of pregnancy. *Obstet Gynecol* 2018; 131 (1): 15-30. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002456>
- Summary of Product Characteristics for Bonjesta 20 mg/20 mg Modified Release Tablets. 2025. https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/88756/FT_88756.html
- Koren G, Clark S, Hankins GD, et al. Effectiveness of delayed-release doxylamine and pyridoxine for nausea and vomiting of pregnancy: a randomized placebo controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 203 (5): 571.e1. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2010.07.030>

REFERENCIAS

- Guidelines for the management of hyperemesis gravidarum: A clinical guideline for use in obstetrics and gynaecology, 2023. Norfolk and Norwich University Hospitals NHS Foundation Trust. <https://www.nnuh.nhs.uk/publication/download/hyperemesis-gravidarum-g6-v5/>
- Committee on Practice Bulletins Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 189: Nausea and vomiting of pregnancy. *Obstet Gynecol* 2018; 131 (1): 15-30. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002456>
- Matthews A, Dowswell T, Haas DM, et al. Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010; 8: 9. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007575.pub3>
- Summary of Product Characteristics for Cariban 10 mg/10 mg Modified Release Hard Capsules. 2024. https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/44139/FichaTecnica_44139.html
- Koren G, Hankins GD, Clark S, et al. Effectiveness of doxylamine-pyridoxine for morning sickness. *Am J Obstet Gynecol* 2016; 214 (4): 664. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.01.186>
- Koren G, Clark S, Hankins GD, et al. Effectiveness of delayed-release doxylamine and pyridoxine for nausea and vomiting of pregnancy: a randomized placebo controlled trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2010;203(5):571.e1. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2010.07.030>.
- Smith JA, Fox KA, Clark SM, et al. Nausea and vomiting of pregnancy: treatment and outcome. *UpToDate*. 2024. https://www.uptodate.com/contents/nausea-and-vomiting-of-pregnancy-treatment-and-outcome?search=hiperemesis%20gravidica&source=search_result&selectedTitle=1~102&usage_type=default&display_rank=1
- Hernández Aguado JJ, De Miguel Sesmero JR, Perales Marín A, et al. Hyperemesis gravidarum. *SEGO Consensus Documents* 2008; 3: 61-100.
- Gutiérrez-Castrellón P, Mora-Magaña I, Díaz-García L, et al. Systematic review of the safety and efficacy of the combination of doxylamine + pyridoxine for the treatment of nausea and vomiting during pregnancy. *Perinatol Reprod Hum* 2012; 26 (4): 158-66.
- Summary of Product Characteristics for Bonjesta 20 mg/20 mg Modified Release Tablets. 2025. https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/88756/FT_88756.html
- Trabalón Pastor M, Cabrera Sevilla P, Fernández Alonso AM. Retención urinaria aguda como causa de dolor abdominal durante la gestación. *Suelo Pelv* 2012; 8: 70-2.
- Ramsey S, Palmer M. The management of female urinary retention. *Int Urol Nephrol*. 2006;38(4):533-5. <https://doi.org/10.1007/s11255-005-5790-9>
- O'Leary BD, Kelly L, Keane DP. Antenatal urinary retention: Risk factors, treatment, and effect on pelvic floor dysfunction. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2022; 271: 15-19. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2022.01.029>

14. Dai C, Peng J, Chen R. Acute urinary retention in the first-trimester of pregnancy: A case report. *Cureus* 2022; 14 (3): e23057. <https://doi.org/10.7759/cureus.23057>
15. Yang JM, Huang WC. Sonographic findings of acute urinary retention secondary to an impacted pelvic mass. *J Ultrasound Med* 2002; 21 (10): 1165-9. <https://doi.org/10.7863/jum.2002.21.10.1165>
16. Gibbons JM Jr, Paley WB. The incarcerated gravid uterus. *Obstet Gynecol* 1969; 33 (6): 842-5.
17. Cheung KL, Lafayette RA. Renal physiology of pregnancy. *Adv Chronic Kidney Dis* 2013; 20 (3): 209-14. <https://doi.org/10.1053/j.ackd.2013.01.012>
18. Verhamme KMC, Sturkenboom MCJM, Stricker BHC, et al. Drug-induced urinary retention: incidence, management and prevention. *Drug Saft* 2008; 31 (5): 373-88. <https://doi.org/10.2165/00002018-200831050-00002>
19. Selius BA, Subedi R. Urinary retention in adults: diagnosis and initial management. *Am Fam Physician* 2008; 77 (5): 643-50.
20. Eggert P, Kühn B. Antidiuretic hormone regulation in patients with primary nocturnal enuresis. *Arch Dis Child* 1995; 73 (6): 508-11. <https://doi.org/10.1136/adc.73.6.508>
21. Thorp JM, Norton PA, Wall LL, et al. Urinary incontinence in pregnancy and the puerperium: a prospective study. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181 (2): 266-73. [https://doi.org/10.1016/s0002-9378\(99\)05466-6](https://doi.org/10.1016/s0002-9378(99)05466-6)

Los artículos publicados, recibidos a través de la plataforma de la revista, con fines de evaluación para publicación, una vez aceptados, aun cuando el caso clínico, un tratamiento, o una enfermedad hayan evolucionado de manera distinta a como quedó asentado, nunca serán retirados del histórico de la revista. Para ello existe un foro abierto (**Cartas al editor**) para retractaciones, enmiendas, aclaraciones o discrepancias.

REQUISITO PARA AUTORES

ORCID es un proyecto que tiene por objetivo proporcionar un identificador único y permanente para cada investigador, para evitar errores y confusiones en los nombres de los autores, en el momento de identificar su producción científica y poder distinguir claramente sus publicaciones.

Por lo anterior, es requisito la inclusión de este identificador de autores en todos los artículos enviados para publicación en **Ginecología y Obstetricia de México**.

Embolización arterial transcatéter en hematoma hepático por síndrome HELLP y eclampsia

Transcatheter arterial embolization for hepatic hematoma caused by HELLP syndrome and eclampsia.

Abisai De los Santos Solís,¹ Luis Alberto Ruiz Marines,² Alondra Yesenia Ramírez Gómez,³ Néstor Calderón Esquivel,⁴ José Antonio Hernández Pacheco⁵

¹ Residente de segundo año de medicina crítica, adscrito a la unidad de terapia intensiva.

² Médico intensivista, adscrito a terapia intensiva.

³ Residente del cuarto año de cirugía general.

⁴ Unidad de terapia intensiva, Hospital General Dr. Manuel Gea González, Ciudad de México.

⁵ Médico adjunto al Fellow de Obstetricia Crítica, Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Resumen

ANTECEDENTES: El hematoma hepático subcapsular es una complicación infrecuente pero potencialmente mortal del síndrome HELLP y la eclampsia. La embolización arterial transcatéter emergió como una intervención crítica que incrementa, significativamente, la supervivencia en comparación con el tratamiento quirúrgico radical.

CASO CLÍNICO: Paciente de 27 años, multigesta, con antecedentes de cesárea complicada por hemorragia y consumo activo de metanfetaminas. Tras el puerperio inmediato tuvo preeclampsia, dolor abdominal en el hipocondrio derecho, agitación, estupor, hipotensión y hemoperitoneo (700 mL). Ingresó a cuidados intensivos ventilada; TA 183-57 mmHg, FC 106 lpm, saturación de oxígeno 95%. Hallazgos: palidez, abdomen con herida quirúrgica reciente, laboratorio compatible con síndrome HELLP clase I, insuficiencia orgánica múltiple, hematoma hepático subcapsular (50%) y edema cerebral. Se indicó la laparotomía con empaquetamiento hepático y drenajes, posteriormente embolización arterial selectiva. Evolucionó favorablemente, fue extubada y dada de alta al día siguiente; al sexto día consciente, orientada y con mejoría de la función hepática y renal.

CONCLUSIONES: El hematoma hepático subcapsular asociado con eclampsia y síndrome HELLP es una urgencia obstétrica compleja. Su diagnóstico requiere sospecha clínica ante hipertensión, dolor abdominal y deterioro hemodinámico. El tratamiento actual prioriza el enfoque multimodal que combina el empaquetamiento hepático y la radiología intervencionista para mejorar la supervivencia. En la paciente del caso, la embolización arterial selectiva evitó la ruptura y aceleró la recuperación. Los factores de riesgo, como el consumo de metanfetaminas, deben considerarse, y la colaboración entre equipos médicos es decisiva para un buen pronóstico.

PALABRAS CLAVE: Síndrome de HELLP; eclampsia; rotura hepática; embolización terapéutica; metanfetamina.

Abstract

BACKGROUND: Subcapsular hepatic hematoma is a rare but serious complication of HELLP syndrome and eclampsia that can be life-threatening. Transcatheter arterial embolization has emerged as a critical intervention that significantly improves survival compared with radical surgical treatment.

Correspondencia

Abisai De los Santos Solís

ORCID

<https://orcid.org/0009-0005-3320-7766>

<https://orcid.org/0009-0008-8878-4781>

<https://orcid.org/0009-0000-3706-4209>

<https://orcid.org/0000-0002-0208-0265>

<https://orcid.org/0000-0003-3254-3248>

Recibido: febrero 2026

Aceptado: marzo 2026

Este artículo debe citarse como:

De los Santos-Solís A, Ruiz-Marines LA, Ramírez-Gómez AY, Calderón-Esquivel N, Hernández-Pacheco JA. Embolización arterial transcatéter en hematoma hepático por síndrome HELLP y eclampsia. Casos Clínicos de GOM 2026; 3: e11029.

CLINICAL CASE: The patient is a 27-year-old with a history of multiple pregnancies, C-sections, and hemorrhaging. The patient also has a history of methamphetamine use. In the immediate postpartum period, she developed preeclampsia, right upper quadrant abdominal pain, agitation, stupor, hypotension, and hemoperitoneum (700 mL). She was admitted to the intensive care unit on mechanical ventilation, with blood pressure measurements of 183-57 mmHg, heart rate of 106 beats per minute, and oxygen saturation of 95%. The following findings were documented: pallor, a recent surgical wound on the abdomen, laboratory findings consistent with Class I HELLP syndrome, multiple organ failure, and a subcapsular hepatic hematoma (50%), as well as cerebral edema. The patient underwent a laparotomy with liver packing and drains, followed by selective arterial embolization. She showed significant improvement, was extubated, and was discharged the following day. By the sixth day, she was conscious and oriented, and her liver and kidney function had improved.

CONCLUSIONS: Subcapsular hepatic hematoma associated with eclampsia and HELLP syndrome is a complex obstetric emergency. To diagnose this condition, healthcare professionals must have a high level of suspicion in cases of hypertension, abdominal pain, and hemodynamic deterioration. Current treatment prioritizes a multimodal approach combining liver packing and interventional radiology to improve survival. In this particular case, selective arterial embolization effectively prevented rupture and significantly accelerated recovery. Risk factors, such as methamphetamine use, must be considered, and collaboration among medical teams is crucial for a favorable prognosis.

KEYWORDS: HELLP Syndrome; Eclampsia; Liver Rupture; Therapeutic Embolization; Methamphetamine.

ANTECEDENTES

Los trastornos hipertensivos del embarazo son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna en el mundo.¹ La evolución conceptual de estas afecciones ha pasado de considerarse enfermedades estrictamente del sistema nervioso central (eclampsia) a reconocerlas como síndromes multisistémicos complejos, originados por una disfunción placentaria y endotelial.² El síndrome HELLP es parte de este espectro y representa una de las variantes más graves, con el potencial de desencadenar complicaciones orgánicas catastróficas.^{1,3}

Una de las complicaciones de más baja frecuencia y letal es el hematoma hepático subcapsular. Si bien su incidencia es baja, su ruptura espontánea es una urgencia crítica que requiere intervención quirúrgica, asociada con elevadas tasas de mortalidad materna y perinatal.^{4,5} El mecanismo fisiopatológico implica una cascada de eventos que incluyen: hipoperfusión sinusoidal, depósito de fibrina y necrosis periportal, lo que deriva en una hemorragia bajo la cápsula de Glisson.^{4,6}

Por tradición, el tratamiento de esta complicación se centró en intervenciones quirúrgicas invasivas. Hoy, la evidencia más reciente sugiere que un enfoque multidisciplinario que combine el empaquetamiento hepático con técnicas de radiología intervencionista, como la embolización de la arteria hepática, puede mejorar de manera muy importante el pronóstico de las pacientes.^{4,5} En este contexto, la identificación de factores de riesgo adicionales que pongan en riesgo la estabilidad vascular, como el consumo de sustancias simpaticomiméticas, resulta fundamental para la atención médica moderna.⁶

Enseguida se expone el caso clínico de una paciente en el puerperio, con eclampsia y síndrome HELLP complicado con la ruptura de un hematoma hepático subcapsular y edema cerebral [síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES)], en el que se hace hincapié en la conveniencia del tratamiento combinado de empaquetamiento quirúrgico con embolización selectiva.

CASO CLÍNICO

Paciente de 27 años, multigesta (tres embarazos, una cesárea y dos abortos), con antecedente de complicación hemorrágica en la cesárea previa. Ignoró si tenía enfermedades crónico-degenerativas preexistentes, solo reconoció la toxicomanía activa a metanfetaminas ("cristal"). Fue enviada a una unidad de segundo nivel luego de cursar un puerperio quirúrgico inmediato, complicado con eclampsia. El cuadro inició con cefalea intensa, cifras tensionales superiores a 180-110 mmHg y una crisis convulsiva tónico-clónica generalizada. Posterior al evento convulsivo, la paciente tuvo dolor abdominal súbito, de intensidad 10 de 10 en el hipocondrio derecho, seguido de un estado de agitación psicomotriz y posterior estupor. Durante el traslado se documentó hipotensión y un hemoperitoneo clínico con pérdida sanguínea estimada de 700 mL. A su ingreso a la unidad de cuidados intensivos se inició el soporte ventilatorio mecánico invasivo con sedoanalgesia.

Signos vitales: tensión arterial de 183-57 mmHg, frecuencia cardíaca de 106 lpm y saturación de oxígeno del 95%. A la exploración física destacó la palidez generalizada de tegumentos y llenado capilar de 3 segundos. El abdomen se advirtió con una herida quirúrgica media, infraumbilical reciente, sin sangrado activo. Al tacto vaginal se encontraron loquios hemáticos escasos. Los estudios de laboratorio confirmaron el síndrome HELLP clase I (clasificación de Mississippi) y la insuficiencia orgánica múltiple. Hemoglobina de 8.2 g/dL y trombocitopenia aguda (40,700/ μ L); elevación crítica de transaminasas (AST 4744 U/L, ALT 3326 U/L) y deshidrogenasa láctica (DHL 3762 U/L); creatinina sérica de 1.72 mg/dL.

El ultrasonido y la tomografía axial computada confirmaron el hematoma subcapsular hepático que afectaba el 50% de la superficie glandular (**Figura 1**). La resonancia magnética sugirió un edema cerebral compatible con síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES). Ante el diagnóstico de hematoma hepático subcapsular y el alto riesgo de avance, se procedió a la laparotomía exploradora. Se encontró un hemoperitoneo de 200 mL y un



Figura 1. Tomografía computada de abdomen en fase simple. Se observa una colección hipodensa, de morfología biconvexa, localizada bajo la cápsula de Glisson en el lóbulo hepático derecho, compatible con un hematoma subcapsular contenido. La lesión comprime el parénquima hepático adyacente sin evidencia de extravasación franca del medio de contraste hacia la cavidad abdominal en este corte, lo que confirma la integridad capsular al momento del estudio.

hematoma subcapsular del 50%. Se decidió el empaquetamiento hepático y la colocación de drenajes. De manera complementaria, el radiólogo intervencionista llevó a cabo una embolización selectiva de la arteria hepática común mediante la aplicación de 5 mL de espuma hemostática, vía cateterismo del tronco celiaco (**Figura 2**). Luego del procedimiento, la paciente evolucionó hacia la estabilidad hemodinámica, con logro de una extubación satisfactoria y alta al servicio de ginecología al día siguiente de la embolización. Al sexto día de estancia hospitalaria la paciente se reportó consciente, orientada y con mejoría sustancial del perfil hepático (AST 420 U/L, ALT 1139 U/L) y recuperación de la función renal.

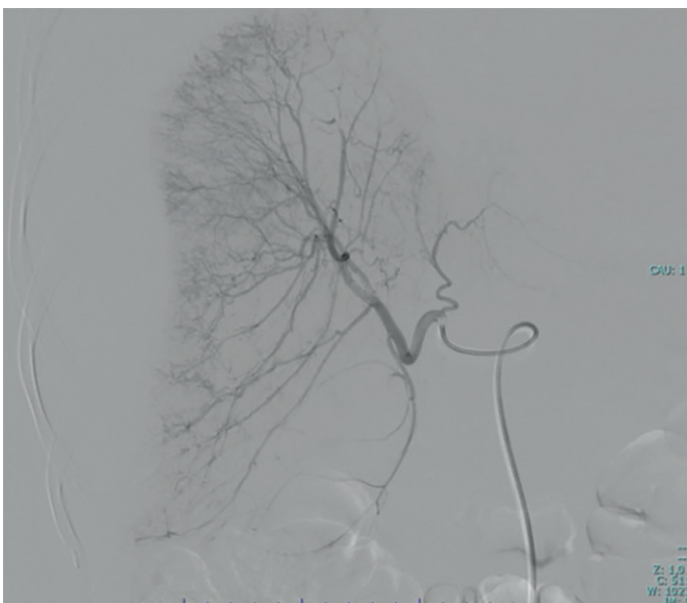


Figura 2. Angiografía por sustracción digital. Se observa el cateterismo selectivo de la arteria hepática común a través de un acceso femoral. Se identifica la anatomía arterial del hígado con una adecuada perfusión parenquimatosa inicial.

DISCUSIÓN

La ruptura hepática espontánea, en el contexto de preeclampsia y síndrome HELLP, es una de las complicaciones más críticas de la práctica obstétrica. Dabi y colaboradores mencionan que la ausencia de signos específicos a menudo genera un dilema diagnóstico que retrasa el tratamiento; el dolor en el cuadrante superior derecho es el síntoma guía más común.⁷

En este caso, la evolución hacia el hemoperitoneo obligó a una intervención quirúrgica inmediata. Tegene y su grupo defienden el empaquetamiento hepático porque es una medida de salvamento eficaz cuando el diagnóstico es transoperatorio y porque permite el control mecánico del sangrado en una paciente hemodinámicamente inestable.⁸ El empaquetamiento, por sí solo, puede tener limitaciones, por el riesgo de resangrado al retirar las compresas o la persistencia de la hemorragia de los vasos menores difíciles de ligar durante el procedimiento quirúrgico.

En este reporte, la innovación radica en la atención multimodal en la que destaca que la embolización arterial transcáteter ofrece una ventaja pronóstica significativa. A diferencia del empaquetamiento aislado, la embolización arterial transcáteter permite una oclusión selectiva y definitiva de los focos de sangrado con una menor tasa de complicaciones vasculares.

De acuerdo con Zhou y Liu y sus correspondientes colaboradores, la embolización arterial transcáteter ha demostrado una mayor supervivencia en pacientes con hematomas hepáticos, incluso luego del fracaso de la cirugía, debido a su naturaleza mínimamente invasiva que no exacerba la coagulopatía de consumo propia del síndrome de HELLP.^{3,9} Lühning y Marinelli y sus respectivos grupos hacen hincapié en que la ruptura exige una coordinación inmediata entre el obstetra, el cirujano y el radiólogo intervencionista, donde la embolización arterial transcáteter se consolida como la técnica con mejores resultados reportados en los metanálisis recientes para garantizar la supervivencia de la madre.^{10,11}

CONCLUSIÓN

El hematoma hepático subcapsular asociado con eclampsia y síndrome HELLP es una urgencia obstétrica compleja. Su diagnóstico requiere sospecha clínica ante hipertensión, dolor abdominal y deterioro hemodinámico. El tratamiento actual prioriza el enfoque multimodal que combina el empaquetamiento hepático y la radiología intervencionista para mejorar la supervivencia. En la paciente del caso, la embolización arterial selectiva evitó la ruptura y aceleró la recuperación. Los factores de riesgo, como el consumo de metanfetaminas, deben considerarse, y la colaboración entre equipos médicos es decisiva para un buen pronóstico.

DECLARACIONES

Conflicto de interés

Los autores declaran que no existe algún conflicto de intereses de orden económico, profesional o personal que pudiera haber influido en la realiza-

ción, análisis o redacción de este manuscrito. No se recibió financiamiento de empresas farmacéuticas o de dispositivos médicos relacionados con las técnicas descritas (embolización y empaquetamiento).

Financiamiento

Esta investigación no recibió financiamiento externo de agencias operadoras de fondos concursables, organizaciones gubernamentales, ni de la industria privada. Los recursos utilizados para el diagnóstico y tratamiento de la paciente fueron los propios de la institución de salud pública donde se brindó la atención.

Uso de IA

No se recurrió al uso de IA.

Contribución de los autores

ADSS: concepción y diseño del estudio, redacción del borrador original y revisión crítica del contenido intelectual. **LARM:** recolección de datos clínicos, revisión del expediente y obtención de imágenes diagnósticas. **AYRG:** análisis metodológico, búsqueda bibliográfica y revisión de la discusión técnica. **NCE:** análisis metodológico, búsqueda bibliográfica y revisión de la discusión técnica. **JAFP:** supervisión clínica, validación del tratamiento descrito y aprobación de la versión final del manuscrito.

Consentimiento informado

Se obtuvo el consentimiento informado de la paciente para publicar este artículo.

Referencias clave

1. Augustin GM, Hadzic JJ, Oreskovic S. Hypertensive disorders in pregnancy complicated by liver rupture or hematoma: a systematic review of 391 reported cases. *World J Emerg Surg* 2022; 17 (1): 40. <https://doi.org/10.1186/s13017-022-00444-w>
2. Fernández-Gordon Sánchez FM, Cudero Quintana L, Algara San Nicolás M, Alvarez-Nava Torrego T, et al. Hepatic subcapsular hematoma post-endoscopic retrograde cholangiopancreatography requiring embolization. *Rev Esp Enferm Dig* 2023; 115 (9): 523-24. <https://doi.org/10.17235/reed.2022.9342/2022>
3. Zhou X, Shi QZ, Xie L, Wang L, et al. Transcatheter arterial embolization in postpartum hellp syndrome: a case report. *Int J Surg Case Rep* 2024; 123: 110291. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2024.110291>

Permisos

Todas las figuras e imágenes son originales. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de la paciente para la publicación de su caso clínico, datos de laboratorio e imágenes diagnósticas (tomografía y angiografía), garantizando en todo momento el anonimato y la confidencialidad de su identidad.

REFERENCIAS

1. Augustin GM, Hadzic JJ, Oreskovic S. Hypertensive disorders in pregnancy complicated by liver rupture or hematoma: a systematic review of 391 reported cases. *World J Emerg Surg* 2022; 17 (1): 40. <https://doi.org/10.1186/s13017-022-00444-w>
2. Chen H, Y Li, S Yang, X Pan, et al. Spontaneously ruptured huge hepatic subcapsular hematoma associated with preeclampsia: a case report and literature review. *J Int Med Res* 2024; 52 (7): 3000605241264220. <https://doi.org/10.1177/03000605241264220>
3. Dabi BK, Mohammed FAD, Merga OT. Spontaneous hepatic rupture complicating preeclampsia and hellp syndrome: a case report. *Case Rep Med* 2024: 4616669. <https://doi.org/10.1155/carm/4616669>
4. Editorial Office of Asian, Biomedicine. Hypertension, Preeclampsia, and Hellp Syndrome in Pregnancy. *Asian Biomed (Res Rev News)* 2023; 17 (5): 206-7. <https://doi.org/10.2478/abm-2023-0061>
5. Erez OR, Romero E, Jung P, Chaemsaithong M, et al. Preeclampsia and eclampsia: the conceptual evolution of a syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 2022; 226 (2S): S786-S803. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.12.001>
6. Fernandez-Gordon Sanchez FM, Cudero Quintana M, Algara San Nicolas T, Alvarez-Nava Torrego JC, et al. Hepatic subcapsular hematoma post-endoscopic retrograde cholangiopancreatography requiring embolization. *Rev Esp Enferm Dig* 2023; 115 (9): 523-24. <https://doi.org/10.17235/reed.2022.9342/2022>
7. Liu JL, Liu GL, Yao L. Conservative treatment of huge hepatic subcapsular hematoma complicated with hepatic infarction after cesarean section caused by hellp syndrome - a case report and literature review. *Z Geburtshilfe Neonatol* 2023; 227 (3): 219-26. <https://doi.org/10.1055/a-1967-2451>
8. Luhnig KH, MacCormick B, Macaulay M, Saunders CC. Subcapsular hepatic hematoma as a complication of severe preeclampsia: a case report. *J Med Case Rep* 2021; 15 (1): 625. <https://doi.org/10.1186/s13256-021-03166-w>
9. Marinelli A, Hill J. Management of ruptured subcapsular liver hematoma as a result of hemolysis, elevated liver enzyme, and low platelet syndrome in a rural facility. *Cureus* 2023; 15 (1): e33852. <https://doi.org/10.7759/cureus.33852>
10. Tegene DG, Regassa AU, Ayalew N. Successful management of intraoperatively diagnosed ruptured spontaneous subcapsular liver hematoma in a woman with preeclampsia. *Int J Women's Health* 2021; 13: 1175-79. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S333905>
11. Zhou XQ, Shi Z, Xie L, Wang L, et al. Transcatheter arterial embolization in postpartum hellp syndrome: a case report. *Int J Surg Case Rep* 2024; 123: 110291. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2024.110291>

REQUISITO PARA AUTORES

ORCID es un proyecto que tiene por objetivo proporcionar un identificador único y permanente para cada investigador, para evitar errores y confusiones en los nombres de los autores, en el momento de identificar su producción científica y poder distinguir claramente sus publicaciones.

Por lo anterior, es requisito la inclusión de este identificador de autores en todos los artículos enviados para publicación en **Ginecología y Obstetricia de México**.

Adenosarcoma mülleriano: reto diagnóstico en el sangrado posmenopáusico

Müllerian adenosarcoma: a diagnostic challenge in postmenopausal bleeding.

Vianney Guadalupe Álvarez Esparza,¹ Sara Elia Hernández Flores,² Claudia Sofía Meixueiro Calderón³

¹ Residente de Ginecología y Obstetricia, Departamento de Ginecología y Obstetricia.

² Ginecoobstetra, alta especialidad en endoscopia ginecológica, departamento de ginecología y obstetricia, jefa del departamento de tococirugía.

³ Anatomopatóloga, departamento de patología, jefa del departamento de patología. Centro Médico Naval, Secretaría de Marina, Armada de México, Ciudad de México.

Resumen

ANTECEDENTES: El adenosarcoma mülleriano es un tumor bifásico, de baja prevalencia. Su estudio ha sido posible gracias a los reportes de casos. Gran parte de las investigaciones se han centrado en el adenosarcoma mülleriano de bajo grado y poco se ha analizado el de alto grado, salvo que se ha reconocido que es una neoplasia agresiva y con mayor mortalidad asociada que la de bajo grado.

CASO CLÍNICO: Paciente de 68 años, con síntomas de sangrado transvaginal moderado, de dos meses de evolución, con astenia, adinamia, pérdida de peso y diaforesis nocturna. En la biopsia de endometrio y revisión de laminillas se observó una neoplasia maligna, con patrón de crecimiento bifásico. Se indicó la histerectomía total, con salpingooforectomía bilateral, asistida por robot Da Vinci. El reporte de patología fue de adenosarcoma mülleriano de alto grado, sin sobrecrecimiento sarcomatoide, Ki-67 de 55%, sin p53 mutado. No reportó complicaciones ni requirió reintervención.

CONCLUSIÓN: Si bien el adenosarcoma mülleriano es poco frecuente, el de alto grado poco se ha estudiado. Al comparar el caso aquí comunicado, con los reportados en la bibliografía, se identificaron algunos resultados heterogéneos que se sugiere continuar estudiando; en particular, un Ki-67 alto, la mutación del p53 y el sobrecrecimiento sarcomatoso.

PALABRAS CLAVE: Adenosarcoma; neoplasias de alto grado; adenosarcoma mülleriano de alto grado; neoplasias uterinas; robot Da Vinci.

Abstract

BACKGROUND: Müllerian adenosarcoma is a rare, biphasic tumor. Our understanding of this condition has been shaped primarily by case reports. Much of the research has focused on low-grade Müllerian adenosarcoma, while high-grade cases have received little attention, although it is recognized that high-grade adenosarcoma is an aggressive neoplasm associated with higher mortality than the low-grade form.

CLINICAL CASE: A 68-year-old female patient presented with symptoms of moderate transvaginal bleeding that had persisted for two months, along with asthenia, adinamia, weight loss, and night sweats. Endometrial biopsy and microscopic examination revealed a malignant neoplasm with a biphasic growth pattern. A total hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy was indicated, performed with the assistance of the Da Vinci robot. The pathology report indicated high-grade Müllerian adenosarcoma, without sarcomatoid overgrowth, Ki-67 55%, and no p53 mutation. No complications were reported, and no reoperation was required.

Correspondencia

Vianney Guadalupe Álvarez Esparza
dra.vianney@gmail.com

ORCID

<https://orcid.org/0009-0002-6614-3680>

<https://orcid.org/0009-0009-2431-6505>

<https://orcid.org/0009-0000-6678-1434>

Recibido: julio 2024

Aceptado: diciembre 2025

Este artículo debe citarse como:

Álvarez-Esparza VG, Hernández-Flores SE, Meixueiro-Calderón CS. Adenosarcoma mülleriano: reto diagnóstico en el sangrado posmenopáusico. Casos Clínicos de GOM 2026; 3: e10977.

CONCLUSION: Although Müllerian adenosarcoma is rare, high-grade cases have been little studied. When comparing the case reported here with those in the literature, some heterogeneous findings were identified that warrant further study; in particular, high Ki-67, p53 mutation, and sarcomatous overgrowth.

KEYWORDS: Adenosarcoma; High-grade neoplasms; High-grade Müllerian adenosarcoma; Uterine neoplasms; Da Vinci robot.

ANTECEDENTES

El adenosarcoma mülleriano es un tumor bifásico, con componentes epiteliales y mesenquimales, que crece en el aparato genital femenino, derivado del conducto de Müller. Crece, sobre todo, del tejido mesodérmico mülleriano del epitelio endometrial.^{1,2} En el ámbito internacional la prevalencia reportada es baja, entre 5 y 10% de los sarcomas uterinos.^{3,4,5} El tipo de adenosarcoma genital más común es el uterino,⁶ seguido del de ovarios, pelvis y cuello uterino.⁴ Al tratarse de un tumor de baja prevalencia, el conocimiento del adenosarcoma mülleriano ha avanzado gracias a los reportes de casos clínicos. La bibliografía generada se ha centrado en adenosarcomas de bajo grado; por ello se ha reconocido que los de alto grado son poco frecuentes y, por tanto, poco estudiados.²

El adenosarcoma mülleriano fue descrito por primera vez por Clement y Scully en 1974. Por sus características clínicas y patológicas se distingue por el sangrado transvaginal y las lesiones polipoides; aunque también se han reportado casos con curso asintomático.^{3,7,8} En las investigaciones actuales, el adenosarcoma de bajo grado se asocia con diagnóstico benigno. En contraste, los de alto grado se han asociado con malignidad, con sobrecrecimiento sarcomatoso, con predominio del componente mesenquimatoso, propensión a la recurrencia y metástasis a corto plazo, con elementos heterólogos, alteraciones genómicas en el gen supresor de tumores TP53. Se trata de una neoplasia agresiva y de mayor mortalidad.^{2,6,9} Ante el vacío de conocimiento del adenosarcoma mülleriano y, en especial, el de alto grado, se comunica el siguiente caso clínico, previo consentimiento informado de la paciente y una revisión de la bibliografía más reciente.

CASO CLÍNICO

Paciente de 68 años, residente en Coatzacoalcos, Veracruz, con antecedentes ginecoobstétricos de: menarquia a los 14 años, inicio de la vida sexual a los 24 años, cuatro embarazos y cuatro partos eutócicos, con una sola pareja sexual, oclusión tubárica bilateral a los 35 años, citología cérvico-vaginal a los 38 años negativa para malignidad, menopausia a los 50 años, sin antecedentes declarados de enfermedades de transmisión sexual. Cirugía de fistulectomía perianal a los 62 años. Además, con acúfeno crónico, trastorno de ansiedad generalizado en tratamiento con desvenlafaxina cada 24 horas, alergia a la penicilina.

Acudió al Hospital Naval de Coatzacoalcos debido a un sangrado transvaginal moderado de dos meses de evolución, con síntomas adicionales de astenia, adinamia, pérdida de peso inexplicable y diaforesis nocturna en el último mes. En la exploración física inicial, a la palpación media del abdomen, no se advirtieron datos de tumoraciones. En la

especuloscopia, para inspección de la vulva, se advirtió una atrofia y sangrado transvaginal moderados. Como parte del protocolo de estudio del sangrado transvaginal en pacientes posmenopáusicas se tomó una biopsia de endometrio y se indicó la revaloración con resultados. El reporte histopatológico inicial fue de: neoplasia mesenquimal.

Para un análisis más minucioso se envió al departamento de patología un bloque de parafina rotulado como Q-24-12, con la correspondiente lámina teñida con hematoxilina y eosina. El patólogo observó una neoplasia maligna, con patrón de crecimiento bifásico, con componente estromal maligno, formado por células con atipia moderada, que se disponían predominantemente por debajo del epitelio y alrededor de las estructuras glandulares y vasculares, con patrón de crecimiento de aspecto foliáceo, con componente glandular, con contornos rígidos y dilatación quística focal. Las glándulas se observaron revestidas por epitelio cilíndrico simple, sin proliferación ni atipia, con áreas de metaplasia escamosa. Diagnóstico histopatológico definitivo: adenosarcoma mülleriano.

Los estudios de laboratorio informaron: leucocitos 7710 por microlitro; hemoglobina 15.5 g/dL; hematocrito 47.1%; plaquetas 366/μL; colesterol 202 mg/dL; triglicéridos 271 mg/dL; glucosa 101 mg/dL; creatinina 0.71 mg/dL; marcadores tumorales CA 125 11.80 U/mL; CA 19-9 U/mL; 18.90 U/mL; ACE 2.85 ng/mL; TP 12.6 segundos; TPT 45.4 segundos; INR 1.13.

La resonancia magnética de pelvis, con gadolinio, reportó una lesión ocupante de espacio en la cavidad endometrial, con probable etiología maligna, sin crecimientos ganglionares. La tomografía axial computada de tórax simple con dos nódulos pulmonares de carácter indeterminado a nivel del segmento apicoposterior, con diámetros promedio de 4 mm: un nódulo lingular de 2 mm, y un nódulo segmentario apical del lóbulo superior derecho de 3 mm. Como parte del protocolo de estudio se programó para una histeroscopia diagnóstica con nueva toma de muestra de tejido endometrial, en la que se observó un pólipo endometrial con endometrio atrófico (**Figura 1**), orificio cervical externo con evidencia de una lesión polipoide, orientada hacia el fondo uterino. **Figura 2**

Durante el proceso diagnóstico no se reportaron barreras culturales con la paciente. Para tratarla, el caso se comentó con los especialistas en oncología quirúrgica y clínica, con protocolo de estudio completo, y se decidió la histerectomía total y la salpingooforectomía bilateral, asistida por Robot Da Vinci (**Figuras 3 y 4**). La intervención quirúrgica transcurrió sin complicaciones. No se practicó la linfadenectomía porque no había daño de penetración ganglionar demostrado en el reporte de los estudios de extensión. Los hallazgos macroscópicos fueron: útero de 10 x 8 x 4 cm, sin sospecha de neoplasia, ni adenopatías.

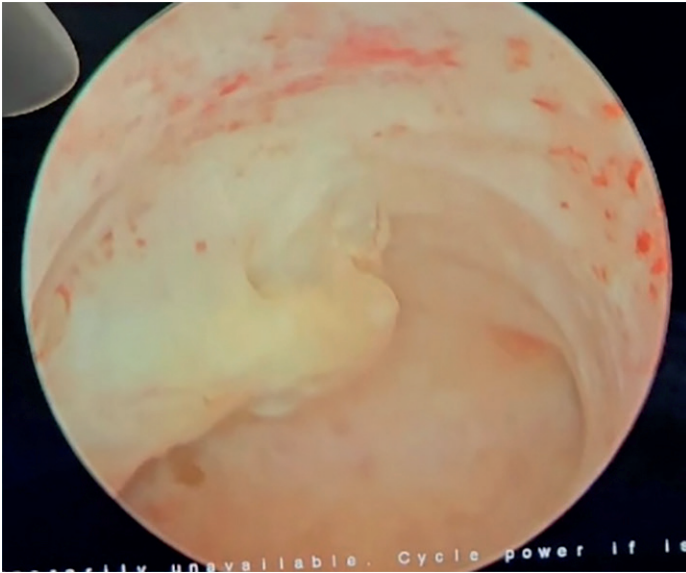


Figura 1. Pólipo endometrial. Fondo de endometrio atrófico con lesión de características polipoides con evidencia de vasos atípicos, puntillo con calcificaciones aproximadamente de 3 cm cerca de ostium y receso derecho. Fuente: Centro Médico Naval.

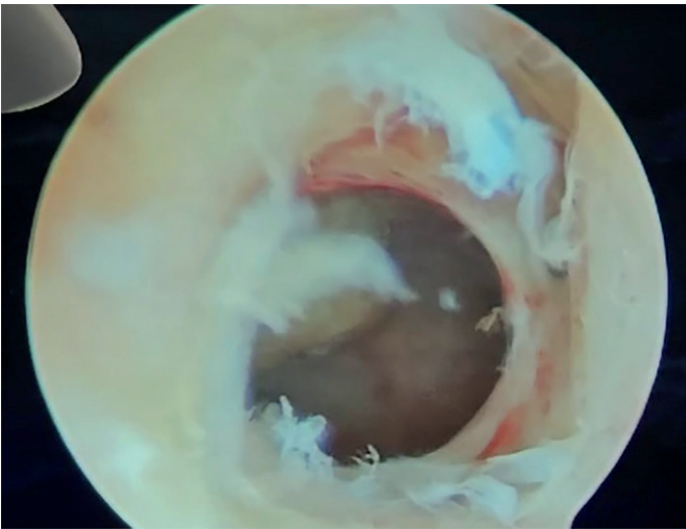


Figura 2. Canal endocervical. Orificio cervical externo, permeable, sin descripción de lesiones cervicales donde se evidencia, al fondo, una lesión polipoide hacia el fondo uterino. Fuente: Centro Médico Naval.

En el reporte de patología del útero, y de ambos ovarios, se diagnosticó un adenosarcoma mülleriano de alto grado y un tumor de 4.9 x 3.6 x 3.0 cm localizado en la pared anterior (**Figura 5**). No se observaron sobrecrecimiento sarcomaotíde ni elementos heterólogos. No se informó invasión miometrial al estroma cervical o linfovascular. Los márgenes quirúrgicos de resección se encontraron libres de neoplasia. La biopsia de la lesión pélvica se reportó con: mucina, quistes mesoteliales simples, cervicitis, endocervicitis crónica y adenomiosis. A los 13 días posquirúrgicos se reportaron los estudios de inmunohistoquímica con Ki67 de 55% y P53 no mutado.

En la valoración posquirúrgica a los 10 días se dio cita para seguimiento en cuatro meses, con tomografía abdominopélvica simple y contrastada. En el informe de la TAC simple y contrastada se reportó sin evidencia de enfermedad, y CA 125 de control de 8 U/mL, con indicador

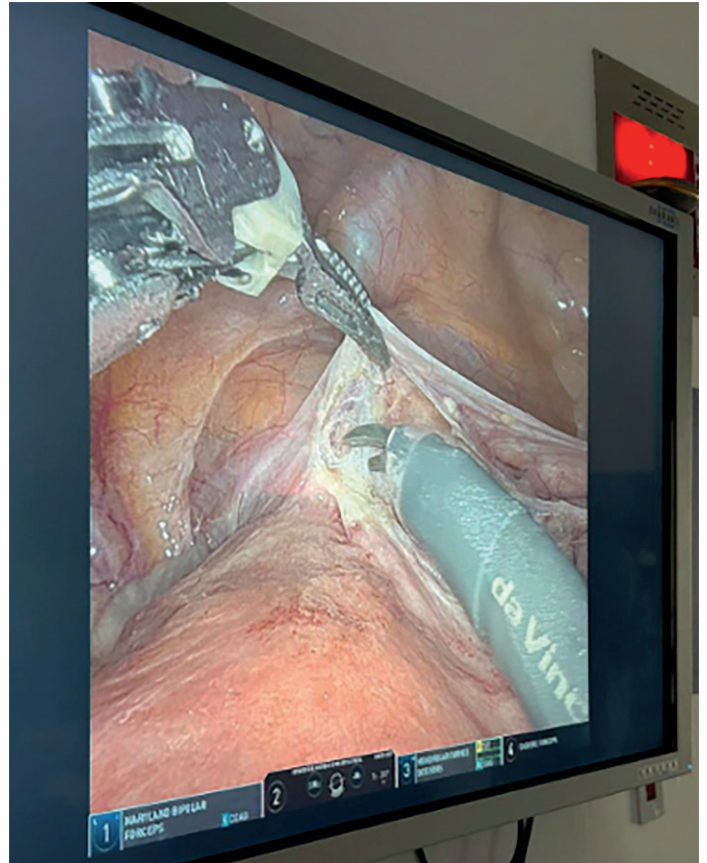


Figura 3. Cirugía robótica Da Vinci. Histerectomía total con salpingooforectomía y apertura del pliegue vesicouterino. Fuente: archivo del Centro Médico Naval.

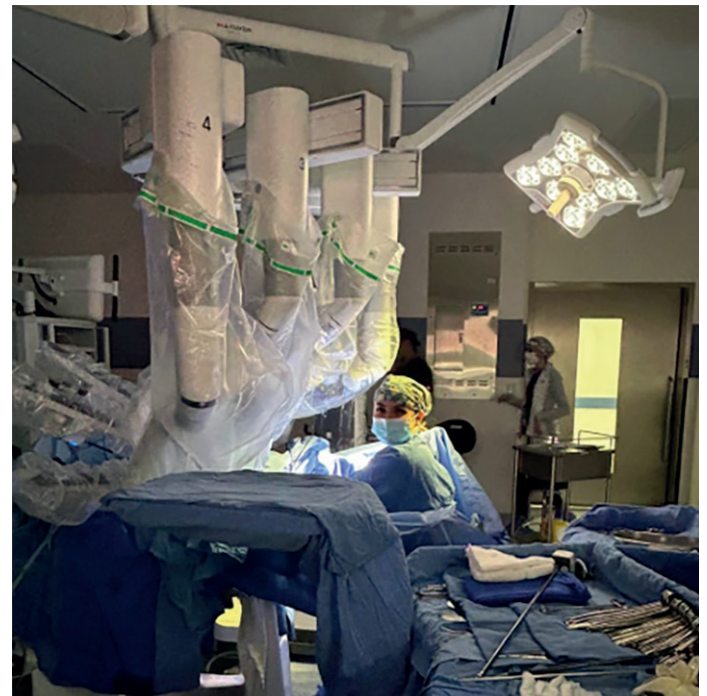


Figura 4. Cirugía robótica Da Vinci, archivo del Centro Médico Naval.

previo de 11 U/mL. Se indicó seguimiento en seis meses con nueva TAC y citología vaginal. Durante esa valoración no se reportaron complicaciones posquirúrgicas ni necesidad de reintervención. La paciente acudió a revisión de control en la fecha indicada, con reportes en parámetros de normalidad, con indicación de seguimiento en seis meses.

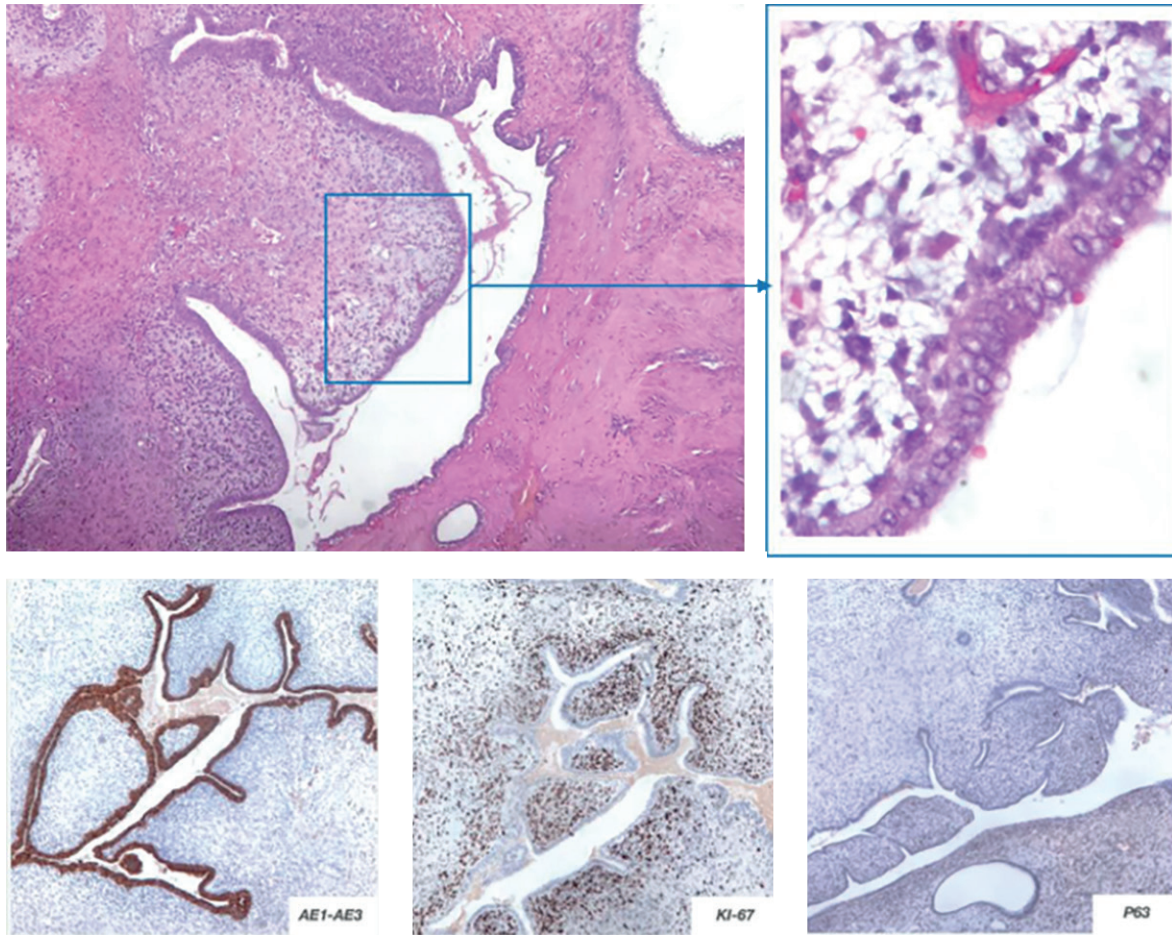


Figura 5. Adenosarcoma mülleriano de alto grado: Neoplasia bifásica (glandular y estroma), con componente glandular benigno conformado por glándulas irregulares, dilatadas, revestidas por epitelio cilíndrico simple, sin proliferación, ni atipia. El componente estromal muestra una proliferación marcada, que comprime las glándulas. Hiper celular con condensación periglandular y formación de proyecciones intraglandulares. Constituido por células fusiformes con atipia leve y actividad de mitosis aumentada (más de 2 en 10 campos de alto poder), otros campos muestran mitosis atípicas hasta 10 en 10 campos de gran aumento. Fuente: archivo del Centro Médico Naval.

Revisión de la bibliografía

Se emprendió una búsqueda en PubMed, Google Académico y Scielo con las palabras clave: "Müllerian adenosarcoma AND case report" de artículos publicados en los últimos 10 años, escritos en inglés o español. De 6964 artículos identificados se seleccionaron 7 por ser los que reportaron mayor evidencia clínica comprobable y ser los más actuales. Una vez identificados se construyó una matriz comparativa. **Cuadro 1**

DISCUSIÓN

La manifestación clínica y el diagnóstico del adenosarcoma mülleriano del caso aquí reportado coinciden con lo que se encontró en la bibliografía respecto del sangrado transvaginal como síntoma principal.^{10,11,12} Está reportado que los casos asintomáticos y de diagnóstico fortuito sugieren desenlaces heterogéneos en la manifestación clínica del adenosarcoma.⁶ En referencia a la edad, el caso coincide con lo asentado en la bibliografía en cuanto a que la mayoría de pacientes se encuentran en la posmenopausia.^{8,10,11,12} Desde luego que hay reportes de casos de adenosarcoma mülleriano en mujeres jóvenes, de 20 años que, incluso, desean preservar la fertilidad. Al igual que hay pacientes que están en los finales de los 30 y principios de los 40

años.^{13,14} Si bien es más frecuente en la posmenopausia, hay evidencia de que es posible que lo haya en mujeres jóvenes.

En cuanto al grado histológico y agresividad, el caso aquí comunicado aporta hallazgos que amplían el conocimiento del adenosarcoma mülleriano de alto grado, en particular el referente de 55% de concentraciones de Ki-67 (un marcador inmunohistoquímico de proliferación celular que indica cuántas células dentro del tumor están dividiéndose), porcentaje superior a los casos revisados, que en su mayoría fueron bajos o menores de 50%.^{11,13,14}

A pesar de un Ki-67 elevado, en la paciente del caso no se reportó sobrecrecimiento sarcomatoso, a diferencia de otros informes con sobrecrecimiento y concentraciones de Ki-67 de 40%.¹³ Este hallazgo puede sugerir que la paciente del caso tuvo una evolución temprana, lo que refuerza la necesidad de continuar estudiando la caracterización histórica del adenosarcoma mülleriano.

La evaluación del p53, un marcador inmunohistoquímico que refleja alteraciones en el gen TP53, no se reportó mutada, ni tampoco en la mayoría de los casos revisados, salvo un caso con bajo grado.¹⁰ Si bien en la bibliografía se reportan mutaciones frecuentes del TP53 en tumores de

Cuadro 1. Antecedentes de investigación (continúa en la siguiente página)

Autores	Edad	Tipo de tumor	Síntomas principales	Comorbilidades	Método diagnóstico inicial	Evaluación imagenológica y patológica	Tratamiento	Seguimiento y evolución	Comentario clínico relevante
Wang et al., 2024 ¹⁰	Finales de los 50	Uterino y de bajo grado	Sangrado posmenopáusico	No reportadas	TAC, RM y biopsia posquirúrgica	Resonancia magnética: masa polipoide con quistes, ocupante de espacio en la cavidad uterina; tamaño no claro. P53 mutado, CD10+, ER/PR+	HT, salpingooforectomía, linfadenectomía pélvica y paraaórtica	Sin recurrencia a 10 meses	Coexistencia con carcinoma endometriode. Sin metástasis
Fujito et al., 2025 ¹¹	60	Uterino, cavidad endometrial y de bajo grado	Sangrado vaginal de un mes, dolor abdominal bajo, masa prolapsada	DM2, hipertensión	RM, TAC y biopsia quirúrgica	Resonancia magnética: masa con señal mixta; 5x6.3 cm; invasión no reportada; diagnóstico postquirúrgico. GB de 17,000/μL y PCR de 7,53 mg/dL. No se reportó sobrecrecimiento sarcomatoso. Ki-67 bajo.	HT + salpingooforectomía	Sin recurrencia inmediata	Diagnóstico inicial erróneo de leiomioma. La paciente deseó conservar su útero.
Rafiq et al., 2025 ¹²	52	Uterino, con endometrio y alto grado	Sangrado vaginal anormal, dolor abdominal bajo	Hipertensión	Biopsia y resonancia magnética	Resonancia magnética: masa endometrial; tamaño no especificado y de tipo benigno. Análisis histopatológico de: tumor bifásico maligno. Diagnóstico final: adenosarcoma	HT, salpingooforectomía bilateral + quimioterapia adyuvante	Al publicar el artículo continuaba con seguimiento	Riesgo alto de recurrencia y sin evidencia de enfermedad metastásica.
Wang et al., 2023 ¹⁴	38	Cervical con endometrio y bajo grado	Sangrado vaginal persistente de 15 días	Cesárea previa	Ultrasonido, resonancia magnética e histeroscopia	Resonancia magnética: masa de 3.8 cm, señal mixta; Ki67 <50%; sin invasión; CD10+, márgenes libres. Examen patológico: reveló que el tumor compuesto por elementos glandulares benignos y componentes estromales malignos.	Histerectomía, salpingooforectomía, linfadenectomía + QT	Libre de enfermedad a 15 meses	Buen pronóstico; diagnóstico inicial como pólipo
Qing et al., 2024 ⁶	56	Uterino y cervical de bajo grado	Ninguno, (hallazgo fortuito por resultados anormales en detección de cáncer de cuello uterino).	Sin sangrado, sin dolor, ni distensión abdominal.	Citología y biopsia cervical	TAC de tórax sin anomalías. MA y carcinoma in situ cervical confirmados por histopatología. Los resultados histopatológicos reportaron cuello uterino con neoplasia intraepitelial escamosa de alto grado. Ki-67 bajo y mutación de p53 negativo.	HT + anexectomía bilateral	Seguimiento ambulatorio, sin datos de recurrencia	Coexistencia de MA con carcinoma in situ; hallazgo fortuito
Bruguier et al., 2024 ⁵	41	Cervical y de bajo grado	Sangrado menstrual abundante, dolor pélvico crónico	Endometriosis	Telemedicina y biopsia cervical	RM preoperatoria sin endometriosis activa. MA cervical; sin metástasis visible. No se observaron elementos heterólogos. La histología del pólipo no mostró sobrecrecimiento sarcomatoso.	HT radical conservando fertilidad sin tratamiento adyuvante.	Seguimiento con estudios de imagen.	Relación con endometriosis; reconocen el reto de las opciones de tratamiento para MA; sobre todo, en casos para preservar la fertilidad.

Cuadro 1. Antecedentes de investigación

Autores	Edad	Tipo de tumor	Síntomas principales	Comorbilidades	Método diagnóstico inicial	Evaluación imagenológica y patológica	Tratamiento	Seguimiento y evolución	Comentario clínico relevante
Chen et al., 2024 ¹³	20	Cervical de alto grado	Tumoración vulvar con secreción mucoide y sanguinolenta	No reportadas	Exploración física, biopsia e inmunohistoquímica	Masa cervical con sobrecrecimiento sarcomatoso; sin componente heterogéneo; márgenes libres; Ki67 elevado de 40%. Resultados negativos para desmina, miogenina	Resección tumoral conservadora	6 meses sin recurrencia	Paciente asexual con deseo de fertilidad; no aceptó segunda cirugía

Nota: HT= histerectomía total, MA= adenosarcoma mülleriano, GB=recuento de leucocitos, PCR=proteína C reactiva.

alto grado,^{2,9} la evidencia empírica coincide en la ausencia de sobreexpresión y de pérdida de p53. Este hallazgo sugiere que es necesario continuar explorando los síntomas y complicaciones que distinguen a los adenosarcomas de alto grado.

Con respecto al procedimiento clínico puede reconocerse que en la mayoría de los casos se optó por la histerectomía total, salvo en pacientes jóvenes que eligieron el tratamiento conservador por deseo de embarazo.^{5,13} Un aspecto novedoso, respecto de la bibliografía previa, es la utilización del robot Da Vinci para asistir en la histerectomía con salpingooforectomía, que constituye una innovación en el tratamiento quirúrgico de este padecimiento que podría ofrecer ventajas en términos de precisión y recuperación posoperatoria, con una técnica laparoscópica convencional, con tecnología robótica de alta precisión.

CONCLUSIONES

El adenosarcoma mülleriano de alto grado es una neoplasia realmente excepcional en mujeres posmenopáusicas, con escasa documentación en la bibliografía más reciente. El caso clínico aquí comunicado reporta hallazgos de una variante de alto grado sin sobrecrecimiento sarcomatoso ni metástasis evidente, y mutación en p53, con concentraciones de Ki-67 muy elevadas en comparación con estudios previos. La investigación coincide en reconocer la importancia de considerar este diagnóstico en mujeres con sangrado posmenopáusico, pero sin descartarlo en mujeres en edad fértil.

DECLARACIONES

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener algún conflicto de intereses.

Financiamiento

Los autores declaran no tener relación comercial ni financiera con algún patrocinador.

Uso de IA

Para este trabajo no se recurrió a la inteligencia artificial.

Contribución de los autores

VGAE: redacción, búsqueda de información y recolección de datos. SEHF: análisis de datos y redacción. CMC: elaboración de cuadros y figuras.

Declaración de derechos humanos y de los animales

Se estudió la paciente del caso; no se requirieron estudios en animales.

Consentimiento informado

Se obtuvo el consentimiento informado de la paciente para publicar este artículo

Referencia clave

- Zhong ND. Fertility-sparing treatment for cervical mullerian adenocarcinoma: A case report and literature review. *Journal of Central South University* 2022; 47 (11): 1622-28. <https://doi.org/10.11817/j.issn.1672-7347.2022.220453>
- Hodgson A, Amemiya Y, Seth A, Djordjevic B, et al. High-grade müllerian adenocarcinoma: genomic and clinicopathologic characterization of a distinct neoplasm with prevalent TP53 pathway alterations and aggressive behavior. *Am J Surg Pathol* 2017; 41: 1513-22. https://journals.lww.com/ajsp/abstract/2017/11000/high_grade_mullerian_adenocarcinoma_genomic_and.9.aspx#:~:text=10.1097/PAS.0000000000000907
- Fujito H, et al. A case of postmenopausal uterine adenocarcinoma with concomitant diabetes mellitus. *Cureus* 2025. <https://doi.org/10.7759/cureus.78978>

Permisos

Todas las figuras y cuadros son originales.

REFERENCIAS

- Reyna-Villasmil E, Guerra-Velásquez M, Torres-Cepeda D. Adenosarcoma mülleriano del útero. Reporte de caso. *Rev Obstet y Ginecol Ven* 2006; 66: 97-99. [cholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=1.%09Reyna-Villasmil+E%-2C+Guerra-Velásquez+M%2C+Torres-Cepeda+D.+Adenosarcoma+mülleriano+del+útero.+Reporte+de+caso.+Rev+Obstet+y+Ginecol+Ven+2006%3B+66%3A+97-99.&btnG=](https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=1.%09Reyna-Villasmil+E%-2C+Guerra-Velásquez+M%2C+Torres-Cepeda+D.+Adenosarcoma+mülleriano+del+útero.+Reporte+de+caso.+Rev+Obstet+y+Ginecol+Ven+2006%3B+66%3A+97-99.&btnG=)
- Zhong ND. Fertility-sparing treatment for cervical mullerian adenocarcinoma: A case report and literature review. *Journal of Central South University* 2022; 47 (11): 1622-28. <https://doi.org/10.11817/j.issn.1672-7347.2022.220453>
- Frías-Sánchez, Z. et al. Adenosarcoma de alto grado de endocervix y cavidad endometrial con componente heterólogo de rhabdomyosarcoma. Reporte de caso y revisión de la literatura.

- ra. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2019; 70: 122-28. <https://doi.org/10.18597/rcog.3258>
4. Teco-Cortes J, Grube-Pagola P, Saldaña-Quiroz V, Alderete-Vázquez G. Adenosarcoma mulleriano del cérvix: reporte de caso con manejo conservador. *Cir Cir* 2018; 191-95. <https://dx.doi.org/10.24875/CIRU.M18000027>
 5. Bruguier H, et al. Rare Mullerian adenosarcoma of the uterine cervix arising on a background of endometriosis: A diagnostic challenge with risk of malignant transformation. A case report and review of the current literature. *Clin Cas Rep* 2024; 12: e9075. <https://doi.org/10.1002/ccr3.9075>
 6. Qing X, Xie M, Guo H, Zhang H, et al. Mullerian adenosarcoma accidentally detected and coexisting with cervical carcinoma in situ: a rare case report. *Front Oncol* 2024; 14: 01-09. <https://doi.org/10.3389/fonc.2024.1482768>
 7. Cobos Baena P, Días-García J, Ibañez-Feijoo E, et al. Tratamiento conservador del adenosarcoma mülleriano de cérvix uterino. *Prog Obstet Gineco* 2014; 57: 83-87. <https://doi.org/10.1016/j.pog.2013.07.004>
 8. Hodgson A, Amemiya Y, Seth A, Djordjevic B, et al. High-grade müllerian adenosarcoma: genomic and clinicopathologic characterization of a distinct neoplasm with prevalent TP53 pathway alterations and aggressive behavior. *Am J Surg Pathol* 2017; 41: 1513-22. https://journals.lww.com/ajsp/abstract/2017/11000/high_grade_m_lleri-an_adenosarcoma_genomic_and.9.aspx#:~:text=10.1097/PAS.0000000000000907
 9. Wang W. et al. Coexistence of uterine adenosarcoma and endometrioid endometrial carcinoma: A case report and literature review. *Sci Prog.* 2024; 107(4). <https://doi.org/10.1177/00368504241296291>
 10. Fujito H, et al. A case of postmenopausal uterine adenosarcoma with concomitant diabetes mellitus. *Cureus* 2025. <https://doi.org/10.7759/cureus.78978>
 11. Rafiq S, Ali S, Makky Abouzied H, Qamar Y. A rare case of endometrial adenosarcoma and its management: A case report and literature review. *Cureus* 2025; 17 (3). <https://doi.org/10.7759/cureus.79970>
 12. Qing X. et al. Mullerian adenosarcoma accidentally detected and coexisting with cervical carcinoma in situ: a rare case report. *Front Oncol* 2024; 10 (14). <https://doi.org/10.3389/fonc.2024.1482768>
 13. Chen JW. et al. Mullerian adenosarcoma of the uterus with MASO: a case report of cervical adenosarcoma in a young female that never had sexual behavior. *BMC Women's Health* 2024; 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12905-024-03140-w>
 14. Wang Q, Sun S, Cai J, Yang L, et al. Uterine adenosarcoma: a case report and review of the literature. *Am J Nucl Med Mol Imaging* 2023; 13 (2): 70-76. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10193199/>

Los artículos publicados, recibidos a través de la plataforma de la revista, con fines de evaluación para publicación, una vez aceptados, aun cuando el caso clínico, un tratamiento, o una enfermedad hayan evolucionado de manera distinta a como quedó asentado, nunca serán retirados del histórico de la revista. Para ello existe un foro abierto (**Cartas al editor**) para retractaciones, enmiendas, aclaraciones o discrepancias.

Las adscripciones de los autores de los artículos son, de manera muy significativa, el respaldo de la seriedad, basada en la experiencia de quienes escriben. El hecho de desempeñarse en una institución de enseñanza, de atención hospitalaria, gubernamental o de investigación no describe la experiencia de nadie. Lo que más se acerca a ello es la declaración de la especialidad acreditada junto con el cargo ocupado en un servicio o una dirección. Cuando solo se menciona el nombre de la institución hospitalaria ello puede prestarse a interpretaciones muy diversas: efectivamente, labora en un gran centro hospitalario, pero se desempeña en funciones estrictamente administrativas, ajenas al tema de la investigación, estrictamente clínico.

Tumoraciones fetales en cabeza y cuello. Reporte de tres casos

Fetal masses in head and neck. Report of three cases.

Francisco Ibarguengoitia Ochoa,¹ Valeria Morales Domínguez,^{2,5} Juan Manuel Gallardo Gaona,^{3,5} Santos Salguero Zacarías,^{4,5} María Fernanda López Torres⁵

¹ Ginecoobstetra, adscrito al Departamento de Obstetricia.

² Radióloga, adscrita al Departamento de Radiología.

³ Especialista en medicina materno fetal, adscrito al Departamento de Medicina Materno Fetal.

⁴ Ginecoobstetra, adscrito a la Unidad Tocoquirúrgica.

⁵ Ginecoobstetra, residente del quinto año de la especialidad en medicina materno fetal. Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, Ciudad de México.

Resumen

ANTECEDENTES: Las tumoraciones cervicales fetales requieren una evaluación cuidadosa debido a su potencial afectación de la vía aérea. Las tumoraciones incluyen linfangiomas y teratomas.

CASOS CLÍNICOS: *Paciente 1* de 26 años, con diagnóstico de feto con tumoración cervical a las 29 semanas a quien a los dos días se insertó un catéter para drenaje y aplicación de doxiciclina en tres ocasiones; se practicó la traqueostomía y el tumor se resecó a los 25 días de vida. *Paciente 2* de 22 años, con diagnóstico a las 28 semanas de feto con teratoma inmaduro de cuello, resecado a las 48 horas de vida. *Paciente 3* de 28 años, con diagnóstico de tumoración multiquística a las 27 semanas, con cuatro ciclos de escleroterapia. Posterior al nacimiento los tres pacientes se trasladaron a una institución pediátrica de tercer nivel para tratamiento quirúrgico y de escleroterapia.

CONCLUSIONES: El tratamiento de las tumoraciones cervicales fetales representa un reto. El pronóstico es variable, dependiente del tamaño, tipo y afectación de estructuras adyacentes. Las estrategias de diagnóstico han robustecido el tratamiento al momento del nacimiento y durante la supervivencia.

PALABRAS CLAVE: Tumoraciones fetales de cabeza y cuello; linfangioma; teratoma.

Abstract

BACKGROUND: Fetal cervical masses require careful evaluation due to their potential to obstruct the airway. These masses include lymphangiomas and teratomas.

CLINICAL CASES: *Patient 1:* A 26-year-old woman diagnosed with a fetal cervical tumour at 29 weeks. Two days later, a catheter was inserted for drainage and doxycycline was administered three times. A tracheostomy was performed and the tumour was resected at 25 days of life. *Patient 2,* a 22-year-old woman, was diagnosed with an immature cervical teratoma at 28 weeks. The tumour was resected 48 hours after birth. *Patient 3,* a 28-year-old woman, was diagnosed with a multicystic mass at 27 weeks and underwent four cycles of sclerotherapy. Following birth, all three patients were transferred to a tertiary paediatric centre for surgical treatment and sclerotherapy.

CONCLUSIONS: The management of fetal cervical tumours is challenging. The prognosis varies depending on the tumour's size, type and whether it has spread to adjacent structures. Improved diagnostic strategies have enhanced treatment at birth and during the postnatal period.

KEYWORDS: Fetal head and neck masses; Lymphangioma; Teratoma.

Correspondencia

María Fernanda López Torres
ferlopezt95@gmail.com

ORCID

<http://orcid.org/0000-0001-7655-2723>

Recibido: diciembre 2025

Aceptado: febrero 2026

Este artículo debe citarse como:

Ibarguengoitia-Ochoa F, Morales-Domínguez V, Gallardo-Gaona JM, Salguero-Zacarías S, López-Torres MF. Tumoraciones fetales en cabeza y cuello. Reporte de tres casos. Casos Clínicos de GOM 2026; 3: e11010.

ANTECEDENTES

Las tumoraciones cervicales fetales representan un aspecto crítico de la medicina prenatal.^{1,2,3} Es frecuente que requieran una evaluación cuidadosa y tratamiento debido a la potencial afectación de la vía aérea.⁴⁻⁷ Esas tumoraciones comprenden una diversidad de neoplasias, como los linfangiomas y teratomas que afectan de forma significativa el desenlace del neonato cuando no se tratan oportuna y adecuadamente.^{3,8} El establecimiento temprano del diagnóstico correcto mediante técnicas de imagen avanzadas, como el ultrasonido y la resonancia magnética nuclear, son de suma importancia para un tratamiento efectivo que influya en la decisión de la vía de nacimiento que requiera del procedimiento EXIT (*Ex-utero Intrapartum Treatment procedure*) y cuidado neonatal posterior.^{4,9} **Cuadros 1 y 2**

CASOS CLÍNICOS

Caso 1

Paciente de 26 años, con diagnóstico de tumoración cervical en el feto a las 29 semanas, con polihidramnios, ultrasonido y resonancia magnética con reporte de tumoración

Cuadro 1. Características de las madres de fetos con tumoraciones de cabeza y cuello

	Caso 1	Caso 2	Caso 3
Edad de la madre	26 años	22 años	28 años
Paridad	E/2 C/1	E/1	E/3 P/1 A/1
Diagnóstico (semanas de gestación)	29	28	27
Imagen	US/RM	US/RM	US/RM
Polihidramnios	Si	SI	Si
Semanas de gestación al nacimiento	38	37/3	37
Anestesia	Neuroaxial	Neuroaxial	Neuroaxial

E = embarazo, C = cesárea, P = parto, A = aborto, US = ultrasonido, RM = resonancia magnética.

en la región cervical anterior y derecha (8.1 x 7.3 cm), redondeada, con bordes debidamente limitados, contenido heterogéneo y con algunas regiones hiperecogénicas: sólido y quístico, con septos, sin vascularidad interna. El recién nacido se obtuvo, por cesárea, a las 38 semanas, con peso de 3590 g, Apgar 8-9, llanto sostenido, con apnea a los 10 minutos que obligó a la intubación. En el ultrasonido se advirtió una tumoración quística. A las 48 horas se insertó un catéter para drenaje y aplicación de doxiciclina en tres ocasiones. En virtud del tamaño del tumor y afectación de la ventilación se procedió a la traqueostomía y resección del tumor a los 25 días de vida. Se dio de alta del hospital con la traqueostomía. **Figura 1**

Caso 2

Paciente de 22 años, con diagnóstico de tumoración en el cuello del feto a las 28 semanas, con polihidramnios. En el ultrasonido y la resonancia magnética se observó un tumor en el lado izquierdo y anterior del cuello (5 x 5.9 cm),

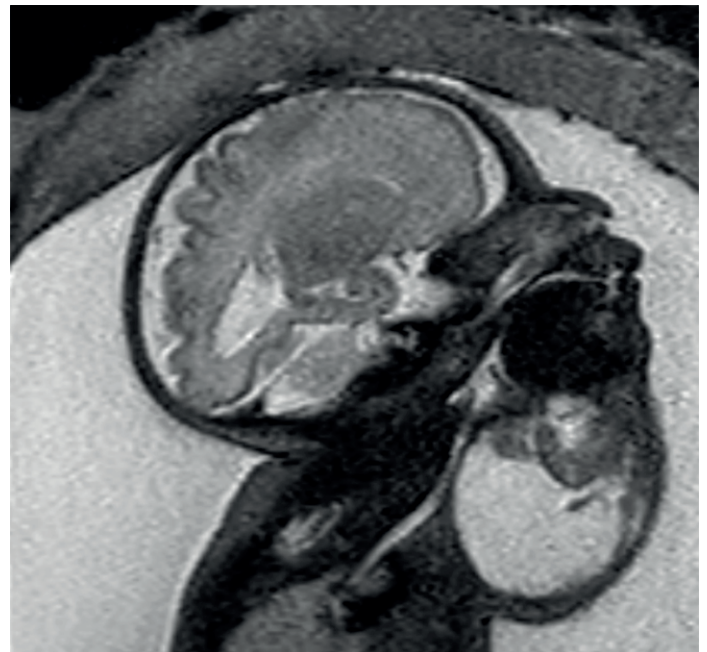


Figura 1. Resonancia a las 32 semanas, secuencia T2, feto con hiperextensión del cuello, secundaria a lesión quística, con escaso componente sólido en el hemicuello derecho.

Cuadro 2. Características neonatales de los fetos con tumoraciones de cabeza y cuello

	Caso 1	Caso 2	Caso 3
Vía nacimiento	Cesárea	Cesárea	Cesárea
Apgar (1-5 min)	8-9	5-9	9-9
Sexo	Masculino	Femenino	Masculino
Peso (g)	3590	2820	3210
Tratamiento vía aérea	Intubación	Intubación	No
Afección	Linfangioma	Teratoma	Linfangioma
Traqueo-gastrostomía	Traqueostomía	No/No	No/No
Tratamiento	Escleroterapia y resección	Resección	Escleroterapia

heterogéneo en su interior, con partes quísticas y sólidas, con aparente vaso nutricio a la aplicación del Doppler. El nacimiento por cesárea se llevó a cabo a las semana 37 semanas, de una niña de 2820 g, Apgar 5-9. Se intubó mediante video-laringoscopia. En el ultrasonido se advirtió una tumoración sólida, y la resección se efectuó a las 48 horas de vida, por teratoma inmaduro. Se dio de alta con indicación de interconsulta. **Figura 2**

Caso 3

Paciente de 28 años, con diagnóstico a las 27 semanas de feto con tumoración y polihidramnios. En el ultrasonido y resonancia magnética, a la altura del cuello, se advirtió una tumoración anterior, derecha, de contenido quístico y sólido (mixta) de aproximadamente 9.16 cm x 6.94 cm x 7.40 cm sin afectar la tráquea. A la aplicación del Doppler color la tumoración se observó sumamente vascularizada. El embarazo finalizó por cesárea, a las 37 semanas, con obtención de un recién nacido masculino, Apgar 8-9. Previo drenaje se procedió a la escleroterapia en tres ocasiones, con dioxiacilina. Se dio de alta del hospital a los 12 días, con aplicación de un cuarto ciclo de escleroterapia. Continuó en control en la consulta externa. **Figura 3 y Cuadros 1 y 2**

Los tres neonatos se trasladaron, posterior al nacimiento, a una institución pediátrica de tercer nivel para la atención quirúrgica y de escleroterapia.

El protocolo seguido y señalado se comentó en el Comité de Ética institucional, quien autorizó llevar a cabo el estudio al tratarse de una investigación de carácter retrospectivo. El uso de imágenes y datos clínicos provenientes de los expedientes se hizo de manera anónima, con garantía de

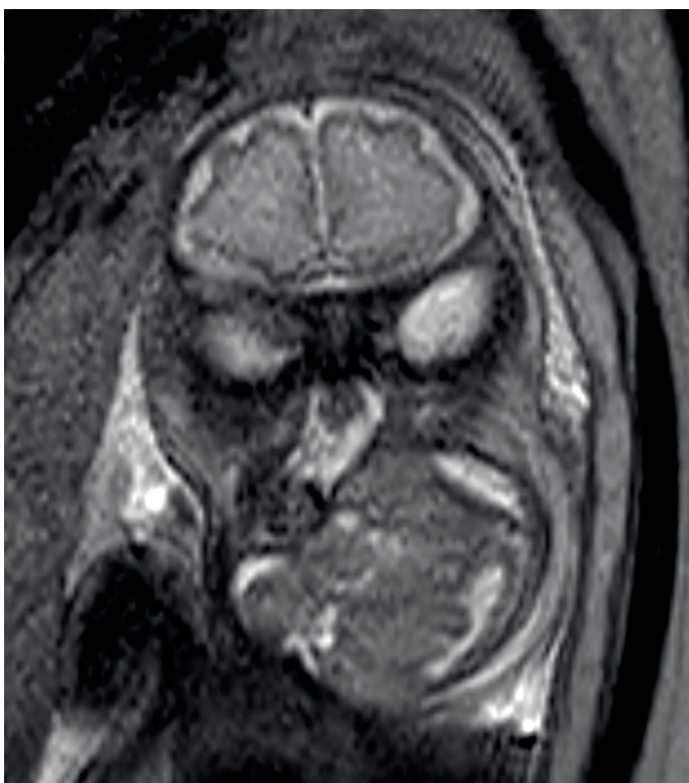


Figura 2. Resonancia a las 35 semanas, secuencia T2. Se observa una lesión heterogénea mixta, quística-sólida, en el hemicuello izquierdo, con extensión al piso de la boca y desplazamiento de la vía aérea.



Figura 3. Recién nacido con lesión en el hemicuello derecho. En la resonancia magnética se advirtió una lesión multiquística que afectaba el piso de la boca, con extensión a la hipofaringe y mediastino.

la confidencialidad y protección de la información personal, sin poner en riesgo, en algún momento, la identidad de las pacientes.

DISCUSIÓN

Las tumoraciones en el cuello del feto no son comunes; pueden descubrirse durante la evaluación ecosonográfica a partir del segundo trimestre tardío. Es por demás importante distinguir entre varios padecimientos por su repercusión en la consejería prenatal y en el cuidado posterior. Gran parte de las tumoraciones del cuello que se diagnostican antes del nacimiento son malformaciones linfáticas o teratomas, con una prevalencia de 1 en 10 a 30,000 embarazos.¹⁰

El punto importante es que puede estar afectada la vía aérea y para ello es pertinente planear un procedimiento "EXIT" (*Ex utero Intrapartum Treatment*), que ha permitido salvar la vida de fetos con una vía aérea crítica.^{4,9} El procedimiento consiste en oxigenar al feto a través de la placenta durante el nacimiento por cesárea, hasta que se asegura la vía aérea por laringoscopia, video-laringoscopia o traqueostomía.

Los teratomas congénitos son poco frecuentes, con una incidencia de 1 en 20 a 40,000 nacimientos.¹¹

Los teratomas de cabeza y cuello representan, aproximadamente, del 3 al 5% de los teratomas neonatales. Lo común es que se originen de estructuras antero-laterales, con extensión hacia la línea media. Si bien estas lesiones suelen ser benignas (95%), por su tamaño y localización, la mortalidad puede alcanzar incluso 80%, como consecuencia de la obstrucción de la vía aérea.^{1,12} Predominan en el sexo femenino en el 75% de los casos.¹³

El ultrasonido en etapa fetal tiene una alta sensibilidad para identificar teratomas, grandes tumoraciones irregulares caracterizadas por componentes sólidos y quísticos con

algunas calcificaciones, lo que puede ser patognomónico. La tumoración puede protruir y causar hiperextensión de la cabeza. La resonancia magnética mejora el diagnóstico al poder observar si es uni o multilocular, debidamente circunscrito, quístico y sólido, así como la extensión y anatomía de la vía aérea.^{2,13,14} En los casos aquí reportados se hicieron los dos estudios de imagen. Puede haber polihidramnios hasta en el 30%,⁷ en los tres casos los hubo.

Las anomalías congénitas del sistema linfático resultan del secuestro de sacos linfáticos primitivos de la circulación linfática normal. Consisten en tumoraciones quísticas benignas de vasos linfáticos agrandados referidas como linfangiomas. El tamaño de los quistes varía desde pequeños a grandes. Lo común es que se encuentren en el cuello. La prevalencia ha variado entre 1:4,000 a 65,000 nacidos vivos; el 85% son unilaterales.³

En el 50 a 70% de los casos los linfangiomas son evidentes en el ultrasonido prenatal o en el recién nacido. La resonancia magnética puede ser útil para el diagnóstico diferencial, sobre todo para diagnósticos inadecuados, con comunicaciones con estructuras intracraneales y afectación de la vía aérea, en particular si hay polihidramnios. La lesión puede ser muy grande, algunas veces de proporciones grotescas.¹⁵

Otros diagnósticos posibles para tumores congénitos del cuello incluyen: higroma quístico, hemangioma, lipoma, quiste dermoide, bocio congénito, quiste broncogénico, quiste branquial y quiste tirogloso.¹⁶

La atención médica perinatal de una gran tumoración en el cuello siempre es un reto por la dificultad para acceder a la vía aérea distorsionada; cuando no es posible identificarla la mortalidad es del 80 al 100%.

El procedimiento "Exit" está indicado en lesiones diagnosticadas durante el periodo prenatal, para prevenir la obstrucción de la vía aérea a la hora del nacimiento e incrementar las posibilidades de supervivencia. La cesárea se practica con anestesia general. Cuando la cabeza, el cuello y un miembro superior fetal están fuera del cuerpo de la madre, se practican los procedimientos necesarios para asegurar la vía aérea. La placenta permanece in útero para mantener la circulación y continuar la oxigenación del feto. Luego de asegurar la vía aérea se corta el cordón umbilical y se completa el nacimiento. Las intervenciones fetales durante el "Exit" pueden incluir: intubación endotraqueal, fibroscopio y traqueostomía.¹⁷

La bibliografía relacionada con el tratamiento quirúrgico de los teratomas congénitos de cabeza y cuello es limitada. La resección pronta y temprana con bordes marginales libres es muy efectiva a largo plazo.^{8,14,18} En los casos aquí reportados la resección se efectuó a las 48 horas. La mortalidad quirúrgica puede ser del 15% al 80% si no se atienden oportuna y debidamente las complicaciones debidas a la obstrucción de la vía aérea.¹

En 2019, Jiang y colaboradores, en una revisión de 83 casos de teratoma cervical, el 81% requirió tratamiento de las complicaciones de la vía aérea.⁷ De una revisión efectuada en 2023 por Patel y su grupo, de 21 pacientes con teratoma, la resección promedio se efectuó a los cuatro días, con complicaciones de parálisis de cuerdas vocales, hemorragia y muerte en el 2%.⁸

Las indicaciones para tratar fetos con linfangiomas incluyen: el desfiguramiento, gran tamaño, fuga de fluido linfático e infecciones recurrentes. La dificultad respiratoria y la disfagia pueden ser razón para un tratamiento temprano de tumores que afectan el cuello y la cavidad oral. La modalidad más practicada es la escisión quirúrgica completa. Otras modalidades de tratamiento son: el drenaje simple, la aspiración, los corticosteroides, la escleroterapia, la radiación, el láser, la radiofrecuencia y la cauterización. La escleroterapia puede evitar la morbilidad a corto y largo plazo. Los agentes esclerosantes de elección incluyen: doxiciclina, corticosteroides, bleomicina, etanol y OK-432. En dos de los casos aquí comunicados se indicó escleroterapia con doxiciclina. Puede haber recurrencia en 5 a 15% de los casos.^{3,19}

CONCLUSIÓN

Si bien el tratamiento de las tumoraciones fetales de cabeza y cuello plantea un reto debido a su complejidad y variabilidad, en tiempos recientes se han conseguido avances significativos que se reflejan en mejores condiciones de supervivencia de los neonatos afectados. El pronóstico puede ser pobre debido al tamaño del tumor, pero un equipo multidisciplinario representa un avance promisorio, aunado a procedimientos como el "Exit" que ha demostrado su potencial para disminuir la morbilidad. La evolución del diagnóstico prenatal y las estrategias quirúrgicas han robustecido el tratamiento de estas tumoraciones poco frecuentes que ponen en riesgo la vida.

DECLARACIONES

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Financiamiento

Los autores declaran no tener relación comercial ni financiera con ningún patrocinador.

Uso de IA

Para este trabajo no se recurrió a la inteligencia artificial.

Contribución de los autores

FIO: concepción y diseño, búsqueda de datos e información, análisis e interpretación, planeación y revisión final. *VMD*: concepción, reunión de datos, análisis, interpretación, redacción del borrador. *JMGG*: reunión de datos, participación en la redacción. *SSZ*: adquisición de información, planeación para la publicación del artículo. *MFLT*: reunión de datos e información, y revisión final del texto.

Declaración de derechos humanos y de los animales

La investigación se hizo con base en los expedientes de pacientes, no se recurrió a intervenciones con animales.

Consentimiento informado

Se obtuvo el consentimiento informado de las pacientes para publicar este artículo.

Referencias clave

- Sousa B, Oliveira M J, Castro R, et al. Diagnosis and management of fetal cervical masses. *Acta Med Port* 2024; 37(2): 147-8. <https://doi.org/10.20344/amp.20588>
- Kingsley GMJ, Tenev AG, Kitova TT, et al. A rare massive congenital cervical lymphangioma: case report with systematic review of the literature. *Int J Infert Fetal Med* 2023; 14 (1): 51-4. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10016-1303>
- Zheng W, Gai S, Qin J, et al. Role of prenatal imaging in the diagnosis and management of fetal facio-cervical masses. *Sci Rep* 2021; 11 (1): 1385. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-80976-4>

Permisos

Todas las figuras y cuadros son originales.

REFERENCIAS

- Sousa B, Oliveira MJ, Castro R, et al. Diagnosis and management of fetal cervical masses. *Acta Med Port* 2024; 37 (2): 147-8. <https://doi.org/10.20344/amp.20588>
- Abiad M, Zargarzadeh N, Javinani A, et al. Fetal teratomas: advances in diagnosis and management. *J Clin Med* 2024; 13 (29): 6245. <https://doi.org/10.3390/jcm13206245>
- Kingsley GMJ, Tenev AG, Kitova TT, et al. A rare massive congenital cervical lymphangioma: case report with systematic review of the literature. *Int J Infert Fetal Med* 2023; 14 (1): 51-4. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10016-1303>
- Zheng W, Gai S, Qin J, et al. Role of prenatal imaging in the diagnosis and management of fetal facio-cervical masses. *Sci Rep* 2021; 11 (1): 1385. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-80976-4>
- Szymanowski AR, Bax DP, Behar P. Cervical teratoma causing airway obstruction in a premature infant. *Ear Nose Throat J* 2021; 100 (5): 335-6. <https://doi.org/10.1177/0145561319870479>
- García DL, Chimenea A, De Agustín JC, et al. Exutero intrapartum treatment (EXIT): indications and outcome in fetal cervical and oropharyngeal masses. *BMC Pregnancy Childbirth* 2020; 20 (1): 598. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03304-0>

- Jiang S, Yang C, Bent J, et al. Ex utero intrapartum treatment (EXIT) for fetal neck masses: a tertiary center experience and literature review. *Int J Ped Otorhin* 2019; 127: 109642. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2019.109642>
- Patel S, Kunnath AJ, Gallant JN, et al. Surgical management and outcomes of pediatric congenital head and neck teratomas: a scoping review. *OTO Open* 2023; 7 (3): e66. <https://doi.org/10.1002/oto2.66>
- Shamshirsaz AA, Aalipour S, Stewart KA, et al. Perinatal characteristics and early childhood follow up after ex utero intrapartum treatment for head and neck teratomas. *Prenat Diagn* 2021; 41 (4): 497-504. <https://doi.org/10.1002/pd.5894>
- Davidson JR, Uus A, Mathew J, et al. Fetal body MRI and its application to fetal and neonatal treatment: an illustrative review. *Lancet Child Adolesc Health* 2021; 5 (6): 447-58. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30313-8](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30313-8)
- Tonni G, Graneses R, Martins SEF, et al. Prenatally diagnosed fetal tumors of the head and neck: a systematic review and antenatal and postnatal outcomes over the past 20 years. *JJ Perinat Med* 2017; 45 (2): 149-65. <https://doi.org/10.1515/jpm-2016-0074>
- Hochwald O, Gil Z, Gordin A, et al. Three-step management of a newborn with a giant, highly vascularized cervical teratoma: a case report. *J Med Case Rep* 2019; 13 (1): 73. <https://doi.org/10.1186/s13256-019-1976-0>
- Sellami M, Mnejja M, Ayadi L, et al. Congenital teratoma of the neck: a case report and literature review. *Egypt J Ear Nose Throat Allied Sci* 2015; 16 (1): 101-4. <https://doi.org/10.1016/j.ejenta.2014.10.004>
- Gezer HO, Oguzkurt P, Temiz A, et al. Huge neck masses causing respiratory distress in neonates: two cases of congenital cervical teratoma. *Pediat Neonat* 2016; 57 (6): 526-30. <https://doi.org/10.1016/j.pedneo.2014.02.009>
- Acar H, Turan BI, Baksu B, et al. A rare cause of fetal neck mass: cervical lymphangioma. *Int Women's Health Reprod Sci* 2016; 4 (1): 42-4. <https://doi.org/10.15296/ijwhr.2016.10>
- Ali IM, Yasar M, Abdi AA, et al. Successful surgical management of a giant neck teratoma in a newborn baby: a case report. *Ann Med Surg* 2022; 82: 104694. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.104694>
- Nogueira GC, Da Silva LC, Hatanaka DM, et al. Management of congenital cervical teratoma with application of EXIT protocol. A case report. *Clin J Obstet Gynecol* 2023; 6: 172-8. <https://doi.org/10.29328/ajournal.cjog.1001147>
- Ziyadeh F, Forooghi M, Geramizadeh B, et al. Large congenital cervical mass in a neonate: prenatal diagnosis and postnatal management of teratoma: a case report. *Med Case Rep* 2024; 18 (1): 254. <https://doi.org/10.1186/s13256-024-04535-x>
- Jaiswal AA, Garg AK, Ravindranath M, et al. A huge congenital cervical lymphangioma. Case report with review of literature. *Egypt J Ear Throat All Sci* 2015; 16 (3): 283-90. <https://doi.org/10.1016/j.ejenta.2015.07.005>

REQUISITO PARA AUTORES

ORCID es un proyecto que tiene por objetivo proporcionar un identificador único y permanente para cada investigador, para evitar errores y confusiones en los nombres de los autores, en el momento de identificar su producción científica y poder distinguir claramente sus publicaciones.

Por lo anterior, es requisito la inclusión de este identificador de autores en todos los artículos enviados para publicación en **Ginecología y Obstetricia de México**.

Cáncer gástrico y embarazo. Desenlace materno y perinatal

Gastric cancer and pregnancy. Maternal and perinatal outcome.

Daniela Santacruz Restrepo,¹ Tatiana Betancur Perez,¹ Karla Andrea Gutiérrez Martínez,¹ Rosa Alexandra Figueroa,² Laura Araujo,³ Milton Gómez Gómez⁴

¹ Residente de ginecología y obstetricia.

² Ginecóloga intensivista, Fundación Hospital San Pedro, Pasto, Colombia.

³ Médica general, Fundación Hospital San Pedro, Pasto, Colombia

⁴ Ginecoobstetra, magíster en epidemiología, Departamento de Ginecología y Obstetricia Universidad Libre, Cali, Colombia.

Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad Libre, Cali, y Fundación Hospital San Pedro (Pasto), Colombia.

Resumen

ANTECEDENTES: El cáncer gástrico en la mujer embarazada tiene una incidencia de entre 0.026% y 0.1%. El diagnóstico suele establecerse en etapas avanzadas, lo que contribuye a un pronóstico desfavorable.

CASO CLÍNICO: Paciente de 32 años, con antecedentes de: legrado por aborto retenido (2021), salpingooforectomía izquierda por quiste torcido de ovario izquierdo (2022), conización por NIC III (2023), coleditiasis y antecedente materno de cáncer de mama; dos embarazos y un aborto, en curso de las 23.1 semanas de la gestación actual. Acudió a urgencias debido a un cuadro de dos días de evolución, de episodios eméticos de hemorragia digestiva alta, asociados con dispepsia, pirosis y pérdida de 4 kg en el último mes. La endoscopia digestiva alta evidenció la existencia de una lesión tumoral antral en el conducto pilórico hasta la primera porción del duodeno, de aspecto mucinoso, que provocaba estenosis pilórica secundaria. Para disminuir la estenosis pilórica y poder lograr la nutrición enteral y posterior quimioterapia paliativa se decidió la colocación de un stent duodenal por vía endoscópica.

CONCLUSIÓN: La trascendencia del reporte se apoya en comunicar la experiencia que, por lo menos, en algo contribuya a la ausencia de guías clínicas específicas de tratamiento, con necesidad de atención multidisciplinaria, toma de decisiones individualizadas, prioridad de la supervivencia de la madre y valoración de la salud del feto y la viabilidad del embarazo.

PALABRAS CLAVE: Neoplasias gástrica; gravidez; quimioterapia adyuvante.

Abstract

BACKGROUND: Gastric cancer during pregnancy is rare, with an incidence ranging from 0.026% to 0.1%. Typically, diagnosis occurs at an advanced stage, resulting in a poor prognosis.

CLINICAL CASE: A 32-year-old woman presented with a medical history including curettage for retained abortion (2021), left salpingo-oophorectomy for ovarian torsion (2022), conization for CIN III (2023), cholelithiasis, and a maternal history of breast cancer. She has experienced two pregnancies and one abortion, and is currently at 23.1 weeks gestation. The patient sought emergency care due to two days of vomiting episodes accompanied by upper gastrointestinal bleeding, along with dyspepsia, heartburn, and a recent weight loss of 4 kg over the past month. Upper gastrointestinal endoscopy revealed a mucinous antral tumor lesion located in the pyloric canal, extending into the first portion of the duodenum and causing secondary pyloric stenosis. To alleviate the obstruction and facilitate enteral nutrition followed by palliative chemotherapy, an endoscopic duodenal stent was placed.

Correspondencia

Daniela Santacruz Restrepo
daniela-santacruzr@unilibre.edu.co

ORCID

<https://orcid.org/0000-0001-9602-2500>

<https://orcid.org/0000-0002-9048-6491>

<https://orcid.org/0000-0002-6349-6176>

<https://orcid.org/0009-0004-4378-421X>

<https://orcid.org/0000-0001-6416-0482>

Recibido: julio 2024

Aceptado: diciembre 2025

Este artículo debe citarse como:

Santacruz-Restrepo D, Betancur-Pérez T, Gutiérrez-Martínez K, Figueroa R, Araujo L, Gómez-Gómez M. Cáncer gástrico y embarazo. Desenlace materno y perinatal. Casos Clínicos de GOM 2026; 3: e10966.

CONCLUSION: This report highlights the importance of documenting such cases, given the lack of specific clinical guidelines for treatment. It underscores the necessity of multidisciplinary management, individualized therapeutic decisions, prioritizing maternal survival, and ongoing evaluation of fetal health and pregnancy viability.

KEYWORDS: Gastric neoplasms; Pregnancy; Adjuvant chemotherapy.

ANTECEDENTES

El cáncer gástrico ocupa el sexto lugar mundial de todas las neoplasias, con diferencias poblacionales, geográficas y socioeconómicas. La edad promedio a la aparición es de 50 años, con predominio del género masculino. Los factores de riesgo son hereditarios, exposición al tabaco y antecedentes de reflujo gastroesofágico, úlcera gástrica, infección por *Helicobacter pylori* o enfermedad inmunosupresora.^{1,2} Es poco común en mujeres en edad fértil; en la gestación o posparto complica entre el 0.026 y el 0.1% de los embarazos, sin que existan datos exactos de su incidencia en este grupo poblacional.^{1,3} Se ha encontrado un vínculo con la alimentación rica en dietas con sal, conservantes y carnes rojas. Su relación con *H. pylori* aumenta, incluso, 10 veces el riesgo de padecer cáncer gástrico; esta bacteria es el precursor más relevante del proceso de carcinogénesis.⁴ Desde el punto de vista histológico, el cáncer gástrico tiene diferentes formas de manifestación: intestinal (54%) asociada con factores ambientales y geográficos y difuso (32%) relacionado con causas genéticas y la indeterminada (10 a 12%).⁵

Según Isoabe y colaboradores,⁶ el aumento de estrógenos y el estado inmunosupresor característicos del embarazo participan en su etiopatogenia. Su reconocimiento temprano es complejo porque los síntomas iniciales de la gestación: náuseas, vómitos y dispepsia se superponen,⁷ lo mismo que los cambios fisiológicos del embarazo, como el estado de hemodilución, con disminución de las concentraciones de hemoglobina y albúmina. A lo anterior se agrega la predisposición a un estado protrombótico por cambios en los factores de la coagulación.⁸ Si los síntomas gástricos persisten con pérdida de peso, melenas, hematemesis y anemia, se sugiere descartar una neoplasia maligna, con estudio endoscópico (esofagogastroduodenoscopia o colonoscopia) para establecer un diagnóstico oportuno.⁹ A su vez, deben practicarse estudios imagenológicos. La ecografía abdominal es una opción rápida y segura porque no expone al feto a la radiación ionizante.¹⁰ También puede recurrirse a pruebas más complejas: tomografía axial computada y la resonancia magnética nuclear, que estadifican la enfermedad y descartan complicaciones asociadas. Para evitar el riesgo de malformaciones se recomienda su práctica después del periodo de organogénesis. Está demostrado que una exposición menor a 50 mGy después del primer trimestre no tiene efectos relevantes en el feto.¹¹ De igual manera, se tiene conocimiento de que el gadolinio, como medio de contraste, no se vincula con efectos teratogénicos.¹²

Posterior a la identificación debe procederse a la estadificación, conforme a lo señalado en la octava edición de la clasificación TNM de la American Joint Committee on Cancer (AJCC) y de la Union for International Cancer Con-

trol (2017), que se basa en invasión tumoral (T), afectación ganglionar (N) y metástasis (M). El cáncer gástrico suele clasificarse en dos grupos: temprano y avanzado. El cáncer gástrico temprano se limita a la mucosa o submucosa (T1), con una supervivencia a 5 años del 90%. El cáncer gástrico avanzado es una neoplasia maligna epitelial con origen en las glándulas de la mucosa gástrica, que afecta capas más profundas (T2-T4), con una supervivencia a 5 años del 7 al 27%.¹³ Las clasificaciones histológicas más utilizadas son la de Lauren y la Organización Mundial de la Salud (OMS). La primera divide al adenocarcinoma gástrico en tipo intestinal (54%), difuso (32%) e indeterminado (14%). El tipo difuso es más común en jóvenes y discretamente más frecuente en mujeres; afecta al cuerpo gástrico, con peor pronóstico. La clasificación de la OMS separa el adenocarcinoma gástrico en tubular, papilar y mucinoso.¹⁴

La atención médica de estas pacientes debe ser multidisciplinaria e integral, por sus implicaciones éticas, legales y psicológicas en la madre y su entorno familiar. Se considera un reto porque la vida de la madre prevalece cuando no es posible salvaguardar ambas; claro está que la decisión de la madre es decisiva en el desenlace de la gestación.¹ La atención médica dependerá de la etapa del diagnóstico, cuando es temprana la indicación primaria es la cirugía mediante gastrectomía, con intención curativa. En estadios localmente avanzados la opción es la quimioterapia neoadyuvante seguida de la cirugía y en estadios avanzados (metastásico o irreseccable) la quimioterapia paliativa.¹⁵

La decisión del procedimiento quirúrgico dependerá de la estadificación y las semanas de gestación transcurridas.¹ Hasta las 22 semanas, en estadios tempranos, se recomienda la resección endoscópica; y si la afectación de la madre lo exige se optará por una cirugía mayor, con la posible pérdida gestacional, con bajo riesgo de muerte de la madre (menos de 1 por cada 10,000).¹⁶ Entre las 22 y 28 semanas el panorama para el feto mejora con una resección quirúrgica luego de la finalización del embarazo mediante cesárea. Después de las 28 semanas el nacimiento puede ocurrir por parto o cesárea y, aproximadamente, 15 días después se hará la resección, para disminuir la morbilidad y mortalidad de la madre.¹⁷ En los casos de neoplasias avanzadas, complicadas por perforación o hemorragia, lo indicado es la resección paliativa, con el fin de preservar la vida de la madre, pero con aumento del riesgo de pérdida del feto. También se dispone de maniobras terapéuticas conservadoras, como la inyección de epinefrina, termocoagulación y electrocoagulación mediante imagenología, para disminuir la hemorragia de vías digestivas y los síntomas.¹

La quimioterapia es un agente citotóxico durante el embarazo, la FDA lo clasifica en las categorías C (no se puede descartar riesgo) y D (existe riesgo para el feto). El esquema más indicado es una combinación de platino y fluoropiri-

midina, como folfox (5-fluorouracilo, leucovorina, oxaliplatino). En referencia a la dosis, no existen recomendaciones diferentes a las de la población general; solo deben hacerse ajustes según el peso corporal y las semanas de gestación.¹⁸ Los riesgos de daño al feto disminuyen conforme avanza el embarazo. A partir del segundo trimestre se recomienda disminuir el riesgo de malformaciones, carcinogénesis y retraso en el desarrollo.¹⁹ Con estudios limitados en cáncer gástrico se indica la quimioterapia, que debe administrarse, de preferencia, hasta las 33 semanas con tiempo libre de 3 semanas entre el parto y la aplicación para evitar la aplasia medular en los recién nacidos.²⁰ Desde luego, también puede recurrirse a la inmunoterapia.²¹

Los desenlaces de la madre y el feto se asocian con un diagnóstico en etapa avanzada y una histología pobremente diferenciada, con una supervivencia a los 3 años del 23.3%.²² A su vez, se ha evidenciado una relación entre preeclampsia y el diagnóstico oncológico, lo que obliga a finalizar la gestación antes de lo previsto.³ La propagación de células tumorales de la madre al feto es poco común, debido a que el sincitiotrofoblasto actúa como la primera barrera de protección; sin embargo, la invasión a las vellosidades placentarias aumenta el riesgo de metástasis al feto. Por lo anterior, es decisivo examinar la placenta, y si se encuentra afectada, deberá estudiarse la metástasis durante el periodo neonatal y la infancia.²³ La supervivencia del feto es más favorable, con un pronóstico del 77%. Los fetos menores de 28 semanas son los más sensibles al aborto, parto prematuro y muerte intrauterina. Mientras que los mayores de 30 semanas alcanzan una tasa de supervivencia cercana al 100%.²⁴ La mayoría de los recién nacidos ingresan a la unidad de cuidados intensivos neonatales debido a la prematurez y bajo peso al nacer; a pesar de esto, no hay evidencia de desenlaces neonatales adversos si los esquemas de tratamiento se administraron después de la organogénesis.³

CASO CLÍNICO

Paciente de 32 años, procedente de Nariño, con antecedente de dos embarazos y un aborto, en curso de las 23.1 semanas de la gestación actual, con historial de colelitiasis, conización por NIC III (2023), salpingooforectomía izquierda por quiste torcido de ovario izquierdo (2022), legrado por aborto retenido (2021) y antecedente materno de cáncer de mama. Ingresó al hospital debido a un cuadro de dos días de evolución de episodios eméticos, asociado con dispepsia, pirosis y pérdida de 4 kg en el último mes. En el reporte ecográfico abdominal del hospital local se evidenciaron las lesiones hepáticas y la tumoración intraperitoneal de 47 x 40 mm en el epigastrio y adenopatías adyacentes al tronco celiaco, con alta sospecha de proceso neoproliferativo. Los estudios paraclínicos reportaron: anemia moderada ferropénica (hemoglobina 7.6 mg/dL, volumen corpuscular medio: 93.3), hiponatremia, función hepática y renal adecuada y albúmina (2.7 g/dL). La endoscopia de vías digestivas altas evidenció la existencia de una lesión tumoral antral en el conducto pilórico que abarcaba hasta la primera porción del duodeno, de aspecto mucinoso, con estenosis pilórica secundaria. En la resonancia magnética del abdomen se

advirtieron las metástasis hepáticas, adenopatías retroperitoneales y peripancreáticas, la lesión tumoral de 4.9 x 5.1 cm en contacto con la curvatura menor del estómago y el cuerpo del páncreas. Se inició el tratamiento antiemético y el inhibidor de bomba de protones, además de transfusión de hemoderivados. El reporte histopatológico fue de: cáncer gástrico, tipo adenocarcinoma mixto difuso (tubular e intestinal moderadamente diferenciado G3), con células en anillo de sello.

Se inició la intervención multidisciplinaria, por parte los perinatólogos, ginecoobstetras, intensivista, oncólogo clínico, cirujano oncólogo, neonatólogo, especialista en medicina del dolor y psicología. Se estableció el diagnóstico de cáncer gástrico en estadio avanzado (IV), con beneficio de quimioterapia paliativa. A la paciente se le explicaron los riesgos y beneficios e hizo hincapié en que la meta era preservar ambas vidas, siempre que fuera posible.

La evolución fue tórpida, por la persistencia de los episodios de hematemesis e intolerancia a la vía oral. Se le colocó un stent duodenal por vía endoscópica, para disminuir la estenosis pilórica y lograr la nutrición enteral (**Figura 1**); sin embargo, la paciente requirió la embolización de vasos cortos, dependientes de la arteria esplénica y múltiples transfusiones para lograr una hemoglobina óptima e iniciar el tratamiento neoadyuvante.

Con respecto al bienestar del feto, las ecografías obstétricas no evidenciaron alteraciones; sin embargo, 19 días posteriores al ingreso, la paciente tuvo cifras tensionales elevadas, sin rango de crisis (estadio I), y perfil endotelial con trombocitopenia leve (104,000 por microlitro) y hemólisis (LDH: 1.805, AST: 88 y ALT: 188). El Doppler fetal reportó anemia aguda; con estos parámetros se integró el diagnóstico de síndrome HELLP. Se decidió la cesárea de urgencia, con hallazgos de focos de desprendimiento placentario, obtención de un recién nacido pretérmino de 25.5 semanas, sexo femenino, peso 750 g, APGAR 5-5 al minuto y a los 5 minutos, respectivamente. Se efectuaron las maniobras de reanimación e ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales, donde la recién nacida permaneció hospitalizada durante 101 días, por prematurez extrema, anemia multifactorial, con requerimiento de varias transfusiones, foramen oval de 4.3 mm, retinopatía del prematuro estadio 2 zona II AO, sin avance y displasia broncopulmonar moderada; a quien se dio el alta del hospital.

Luego de la finalización del embarazo se registró la normalización de las pruebas hepáticas y plaquetas, sin nuevos eventos hipertensivos. Durante su permanencia en el hospital se inició el tratamiento neoadyuvante, con 10 sesiones de radioterapia y seis ciclos de quimioterapia e inmunoterapia con folfox-nivolumab en un periodo de seis meses. Al mes, la paciente reingresó al hospital en malas condiciones generales, con hipotensión, taquicardia, dolor en el epigastrio y palidez mucocutánea asociada con hematemesis y melenas. Se consideró el choque hipovolémico secundario a hemorragia de vías digestivas altas; hemoglobina en 3.9 mg/dL y tiempos de coagulación pro-

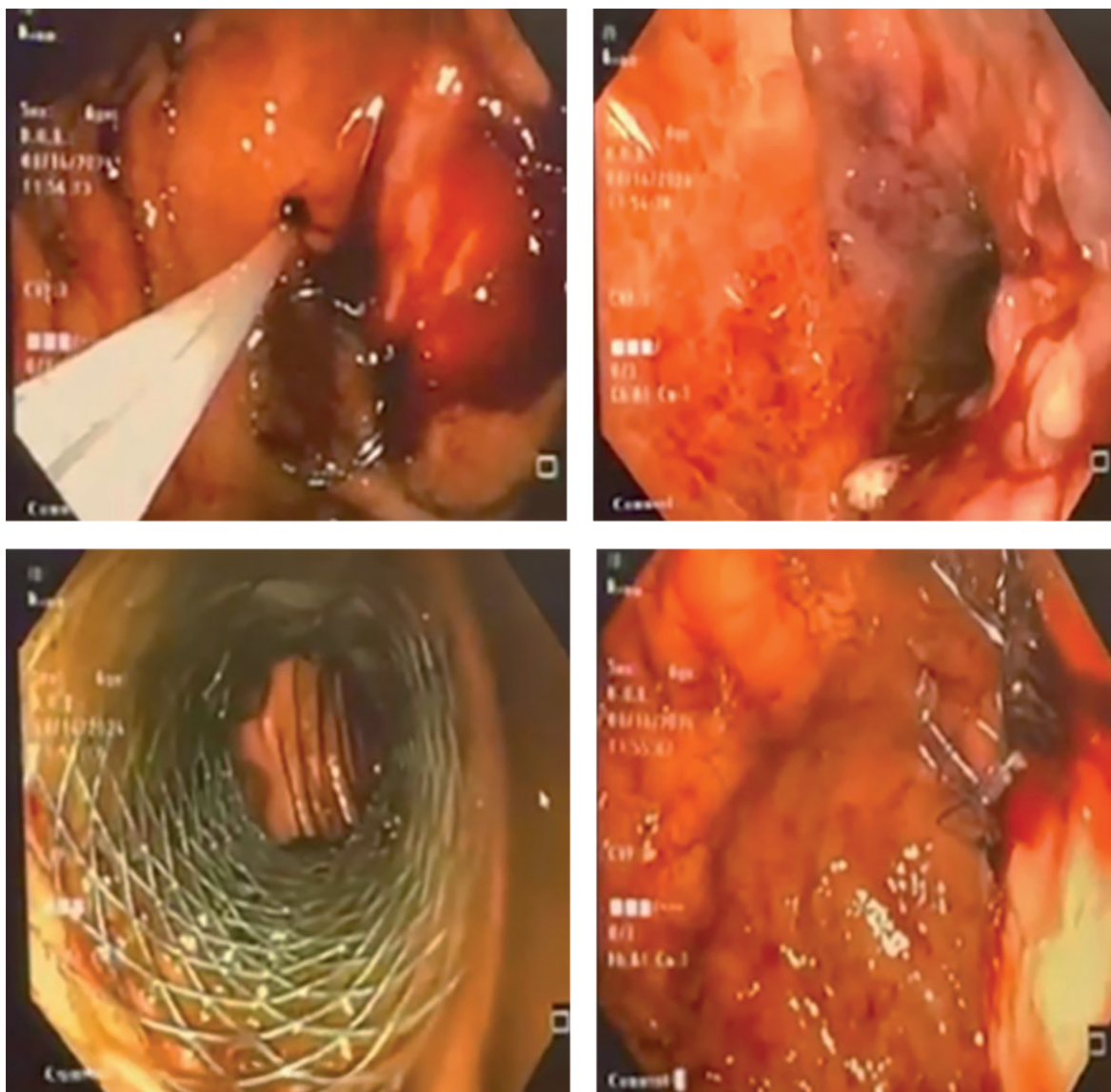


Figura 1. Imágenes endoscópicas de la vía digestiva superior, con inserción de stent y escleroterapia con argón.

longados. Recibió transfusión de 3 unidades de glóbulos rojos y plasma fresco congelado.

En la endoscopia, a través del stent, se observó una tumoración friable que se introducía al interior de este y no permitía el avance del instrumental al duodeno. Se procedió a la escleroterapia, con adrenalina al 1:20.000 UI y argón plasma para control del sangrado. Durante su estancia tuvo varias complicaciones: coagulopatía, neumotórax derecho, trombosis de la vena subclavia, axilar y humeral, con deceso a los 11 días de su ingreso a pesar de las múltiples intervenciones; la familia decidió no practicar más medidas de soporte.

DISCUSIÓN

La frecuencia del cáncer gástrico en la población general varía según la ubicación geográfica y los factores de riesgo.²⁵ Llega a afectar al 6.5% de personas menores de 40 años. Según GLOBOCAN (2022) Colombia se encuentra entre los países con mayor incidencia de cáncer gástrico en el mundo; ocupa el cuarto lugar, con una incidencia de 17.5 casos por cada 100,000 habitantes en la población femenina.²⁶ Los estudios clínicos han demostrado que la

aparición y evolución del cáncer gástrico en mujeres se relaciona con factores biológicos y hormonales,²⁷ donde el predominio de los estrógenos contribuye a la aparición de células neoplásicas, sobre todo del tipo indiferenciado.²⁸

El cáncer gástrico es una enfermedad de baja prevalencia en el embarazo, que se diagnostica en estadios avanzados debido a que los síntomas son similares a los de la gestación temprana,²⁹ como se evidenció en el caso clínico aquí reportado y en una revisión de Zeng y Zhou³⁰ en 2015 de 65 pacientes embarazadas con cáncer gástrico estadio IV. Las características histológicas son similares a las observadas en mujeres no embarazadas; sin embargo, su pronóstico es desfavorable, según lo reportado por Lee y su grupo²⁷ donde el 60% de los casos eran irresecables, lo que evidencia una tasa de supervivencia anual hasta del 46.7%. Este hallazgo durante el embarazo representa una situación preocupante para la madre y su familia, por ello se requiere de un acompañamiento multidisciplinario.³¹

La evaluación ecográfica puede detectar la enfermedad en etapas tempranas, y su aplicación está permitida en cualquier semana del embarazo; es necesario recurrir a

estudios complementarios de tomografía axial computada y de resonancia magnética nuclear para estadificar la lesión.^{11,12} Por su parte, la endoscopia es decisiva para establecer el diagnóstico y tratamiento inicial del cáncer gástrico, como se confirma en el caso aquí reportado; es un procedimiento seguro en el embarazo, con un 95% de fetos sin complicaciones.²⁸

El tratamiento con intención curativa solo se ofrece en etapas tempranas;¹⁶ como lo evidencian Sakamoto y otros³² con 136 casos donde solo el 43.5% se beneficiaron de una resección. La quimioterapia puede indicarse de forma neoadyuvante o paliativa según corresponda, lo que aumenta la supervivencia general de las pacientes.³³ La administración en el primer trimestre aumenta el riesgo de aborto espontáneo, malformaciones y muerte del feto. Mientras que la administración en el segundo y tercer trimestre carece de riesgos significativos para el feto.³⁴

El pronóstico de la madre y el feto va a estar relacionado, directamente, con el estadio del cáncer gástrico. Jeong Song y su grupo³⁵ informaron que las bajas tasas de supervivencia general de estas pacientes se debieron a la etapa avanzada en el momento del diagnóstico asociado con el embarazo. Concluyeron que el diagnóstico temprano y el tratamiento quirúrgico son los únicos factores que pueden mejorar los desenlaces finales de este cáncer. Además, en el estudio de Maggen y colaboradores se evidenció la asociación entre cáncer gástrico y preeclampsia aguda o sus complicaciones, lo que conduce a la finalización de la gestación de manera prematura; así como ocurrió en la paciente del caso, por la concomitancia con síndrome HELLP.³

La supervivencia del feto aumenta conforme avanzan las semanas de gestación, con pocas repercusiones en la vida posnatal.²⁴ La metástasis fetal es excepcional, aunque puede ocurrir debido a la inmadurez del sistema inmunológico.²¹ Altman y coautores sugieren que las metástasis placentarias deben considerarse estadio IV y tratarse como tal.²³ En la paciente del caso, a pesar de la prematuridad, la recién nacida logró superar su estancia en cuidados intensivos y en la actualidad se encuentra en buenas condiciones generales, sin evidencia de metástasis fetal.

CONCLUSIÓN

La relevancia del cáncer gástrico durante el embarazo radica en su excepcional frecuencia y en las dificultades para su diagnóstico, sobre todo cuando sus síntomas se confunden con los propios del embarazo, lo que retrasa su identificación. La mayoría de los casos diagnosticados en etapas avanzadas son irreversibles y requieren tratamiento con quimioterapia paliativa. Una intervención multidisciplinaria repercute de manera positiva en la supervivencia de la madre y en el pronóstico del feto y neonato.

Agradecimientos

Al departamento de Ginecología y Obstetricia de la Universidad Libre -seccional Cali, Valle, Colombia y el Hospital Fundación San Pedro, Pasto, Nariño, Colombia.

DECLARACIONES

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener intereses contrapuestos.

Financiación

El proyecto se llevó a cabo con recursos propios.

Uso de inteligencia artificial

Los autores declaran no haber recurrido a la inteligencia artificial en ninguno de los apartados de este reporte de caso.

REFERENCIAS

1. Constantin A, Constantin R, Achim F, Socea B, et al. Pregnancy and gastric cancer: a narrative review. *Diagnostics (Basel)* 2023; 13 (11): 1909. <https://doi.org/10.3390/diagnostics13111909>.
2. Center MM, Jemal A, Smith RA, Ward E. Worldwide variations in colorectal cancer. *CA Cancer J Clin* 2009; 59 (6): 366-78. <https://doi.org/10.3322/caac.20038>.
3. Maggen C, Lok CA, Cardonick E, van Gerwen M, et al. Gastric cancer during pregnancy: report of 13 cases and review of the literature with focus on chemotherapy during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2020; 99 (1): 79-88. <https://doi.org/10.1111/aogs.13731>.
4. Wen S, Moss SF. Helicobacter pylori virulence factors in gastric carcinogenesis. *Cancer Lett* 2009; 282 (1): 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.canlet.2008.11.016>.
5. Hu B, El Hajj N, Sittler S, Lammert N, et al. Gastric cancer: classification, histology and molecular pathology. *J Gastrointest Oncol* 2012; 3 (3): 251-61. <https://doi.org/10.3978/j.issn.2078-6891.2012.021>.
6. Isoe T, Hashimoto K, Kizaki J, Miyagi M, et al. Clinicopathological characteristics and prognosis of gastric cancer in young patients. *Oncol Rep* 2013; 30 (1): 43-49. <https://doi.org/10.3892/or.2013.2467>.
7. Lee NM, Saha S. Nausea and vomiting of pregnancy. *Gastroenterol Clin North Am* 2013; 40 (2): 1-27. <https://doi.org/10.1016/j.gtc.2011.03.009>.
8. Tan EK, Tan EL. Alterations in physiology and anatomy during pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2013; 27 (6): 791-802. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.08.001>.
9. Ludvigsson JF, Leibold B, Ekblom A, Kiran RP, et al. Outcomes of pregnancies of women undergoing endoscopy while pregnant: a nationwide cohort study. *Gastroenterology* 2017; 152 (3): 554-63.e9. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.10.016>.
10. Copel J, El-Sayed Y, Heine RP, Wharton KR. Guidelines for diagnostic imaging during pregnancy and lactation. *Am Coll Obstet Gynecol* 2016; 656: 1-6. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001316>.
11. Chen MM, Coakley FV, Kaimal A, Laros RK Jr. Guidelines for computed tomography and magnetic resonance imaging use during pregnancy and lactation. *Obstet Gynecol* 2008; 112 (2 Pt 1): 333-40. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e318180a505>.
12. Kanal E, Barkovich AJ, Bell C, Borgstede JP, et al. Expert Panel on MR Safety. ACR guidance document on MR safe practices: 2013. *J Magn Reson Imaging* 2013; 37 (3): 501-30. <https://doi.org/10.1002/jmri.24011>.
13. López Sala P, Leturia Etxeberria M, Inchausti Iguñiz E, Astizaran Rodríguez A, et al. Gastric adenocarcinoma: a review of the TNM classification system and ways of spreading. *RadioLogia (Engl Ed)* 2023; 65 (1): 66-80. <https://doi.org/10.1016/j.rxeng.2022.10.011>.
14. Arias-Rodríguez FD, Ganchozo-Solís RV, Mosquera-López ED, Chávez-Pasquel DA, et al. Gastric cancer – update on diagnosis and treatment: a literature review. *Rev Gastroenterol Latinoam* 2024; 35 (3): 151-59. <https://doi.org/10.46613/gastro-lat2024003-06>.

15. ESMO Guidelines Committee. Gastric cancer: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2016; 27 (Suppl 5): v38-v49.
16. Marbun VMG, Putranto AS. Diagnosis and treatment of gastric cancer in pregnancy: a case report based on evidence. *Int J Surg Case Rep* 2020; 75: 338-44. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2020.09.109>.
17. Okeagu CN, Anandi P, Gennuso S, Hyatali F, et al. Clinical management of the pregnant patient undergoing nonobstetric surgery: review of guidelines. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* 2020; 34 (2): 269-81. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2020.04.004>.
18. Abdel-Rahman O, Ghosh S. Pregnancy and perinatal outcomes following exposure to antineoplastic agents during pregnancy in the FDA adverse event reporting system. *Future Oncol*. 2022;18(23):2635–2642. <https://doi.org/10.2217/fon-2021-1255>.
19. Van Gerwen M, Maggen C, Cardonick E, et al. Association of chemotherapy timing during pregnancy with congenital malformations. *JAMA Netw Open*. 2021;4(6):e2113180. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.13180>.
20. Triarico S, Rivetti S, Capozza MA, Romano A, et al. Transplacental passage and fetal effects of antineoplastic treatment during pregnancy. *Cancers (Basel)* 2022; 14 (13): 3103. <https://doi.org/10.3390/cancers14133103>
21. Janjigian YY, Bendell J, Calvo E, Kim JW, et al. CheckMate-032 study: efficacy and safety of nivolumab and nivolumab plus ipilimumab in patients with metastatic esophagogastric cancer. *J Clin Oncol* 2018; 36 (28): 2836-844. <https://doi.org/10.1200/JCO.2017.76.6212>
22. Tavares A, Gandra A, Viveiros F, Cidade C, et al. Analysis of clinicopathologic characteristics and prognosis of gastric cancer in young and older patients. *Pathol Oncol Res* 2013; 19 (1): 111-17. <https://doi.org/10.1007/s12253-012-9530-z>
23. Altman JF, Lowe L, Redman B, Esper P, et al. Placental metastasis of maternal melanoma. *J Am Acad Dermatol*. 2003;49(6):1150-1154. [https://doi.org/10.1016/S0190-9622\(03\)00124-5](https://doi.org/10.1016/S0190-9622(03)00124-5)
24. Cift T, Aydogan B, Akbaş M, Aydin B, et al. Case report: Gastric carcinoma diagnosed at the second trimester of pregnancy. *Case Rep Obstet Gynecol* 2011; 2011: 532854. <https://doi.org/10.1155/2011/532854>
25. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, et al. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 2011; 61 (2): 69-90.
26. International Agency for Research on Cancer (IARC). GLOBOCAN 2022: Colombia fact sheet. Lyon (France): World Health Organization; 2024.
27. Lee HJ, Lee IK, Kim JW, et al. Clinical characteristics of gastric cancer associated with pregnancy. *Dig Surg* 2009; 26 (1): 31-36. <https://doi.org/10.1159/000193330>.
28. Kamani L, Achakzai MS, Ismail FW, Kayani F. Safety and outcomes of endoscopy during pregnancy. *Cureus* 2019; 11 (10): e6301. <https://doi.org/10.7759/cureus.6301>.
29. Hussain N, Selvakumari N, Afadapa F, Amu O. Pregnancy and gastric cancer: diagnostic and treatment dilemma. *BMJ Case Rep* 2018; 2018: bcr2017222963. <https://doi.org/10.1136/bcr-2017-222963>.
30. Zeng H, Zhou X, Xie H, Zhao Y, et al. Gastric cancer during pregnancy in China: case reports and a mini-review. *J Surg* 2015; 11: 165-68. <https://doi.org/10.7438/1584-9341-11-4-9>.
31. Parangi S, Levine D, Henry A, Isakovitch N, et al. Surgical gastrointestinal disorders during pregnancy. *Am J Surg* 2007; 193 (2): 223-32.
32. Sakamoto K, Kanda T, Ohashi M, Kurabayashi T, et al. Management of patients with pregnancy-associated gastric cancer in Japan: a mini-review. *Int J Clin Oncol* 2009; 14 (5): 392-96. <https://doi.org/10.1007/s10147-009-0903-6>.
33. Spiegel D, Palta M, Uronis H. Role of chemotherapy and radiation therapy in the management of gastric adenocarcinoma. *Surg Clin North Am* 2017; 97 (2): 421-35. <https://doi.org/10.1016/j.suc.2016.11.013>.
34. Esposito S, Tenconi R, Preti V, Groppali E, et al. Chemotherapy against cancer during pregnancy: a systematic review on neonatal outcomes. *Medicine (Baltimore)*. 2016; 95 (38): e4899. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000004899>.
35. Song MJ, Park YS, Song HJ, Park SJ, et al. Prognosis of pregnancy-associated gastric cancer: a case-control study matched by age, sex, and stage. *Gut Liver* 2016; 10 (5): 731-38. <https://doi.org/10.5009/gnl15323>

Los artículos publicados, recibidos a través de la plataforma de la revista, con fines de evaluación para publicación, una vez aceptados, aun cuando el caso clínico, un tratamiento, o una enfermedad hayan evolucionado de manera distinta a como quedó asentado, nunca serán retirados del histórico de la revista. Para ello existe un foro abierto (**Cartas al editor**) para retractaciones, enmiendas, aclaraciones o discrepancias.

Las adscripciones de los autores de los artículos son, de manera muy significativa, el respaldo de la seriedad, basada en la experiencia de quienes escriben. El hecho de desempeñarse en una institución de enseñanza, de atención hospitalaria, gubernamental o de investigación no describe la experiencia de nadie. Lo que más se acerca a ello es la declaración de la especialidad acreditada junto con el cargo ocupado en un servicio o una dirección. Cuando solo se menciona el nombre de la institución hospitalaria ello puede prestarse a interpretaciones muy diversas: efectivamente, labora en un gran centro hospitalario, pero se desempeña en funciones estrictamente administrativas, ajenas al tema de la investigación, estrictamente clínico.

Leiomioma parauretral que simula un prolapso genital anterior

Paraurethral leiomyoma simulating anterior genital prolapse.

Daniela Santacruz Restrepo,¹ Katherin Téllez García,¹ Mariam Carolina Viloria Vargas,¹ Juan Andrés Gómez Tenorio,² Milton César Gómez Gómez³

¹ Residente de cuarto año de Ginecología y Obstetricia, Universidad Libre, Cali, Colombia.

² Estudiante de Medicina, Universidad Javeriana, Colombia.

³ Ginecoobstetra, magíster en epidemiología, coordinador del Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad Libre, Cali, Colombia.
Clínica Versalles.

Resumen

ANTECEDENTES: El leiomioma parauretral es un tumor benigno de baja frecuencia, derivado del músculo liso, que puede confundirse con lesiones quísticas más comunes o prolapso genitales.

CASO CLÍNICO: Paciente de 44 años, con sensación de una tumoración vaginal en aumento constante de tamaño, dolor pélvico, sangrado e incontinencia urinaria en los últimos tres años. En un inicio, la lesión se interpretó como quiste de la glándula de Skene, lo que retrasó el diagnóstico. Por último, se hizo la resección quirúrgica completa, por vía vaginal, con preservación uretral. El estudio histopatológico confirmó el leiomioma parauretral. La paciente evolucionó sin contratiempos, con desaparición de los síntomas y adecuada cicatrización.

CONCLUSIÓN: Es importante pensar en la posibilidad de un leiomioma parauretral como parte del diagnóstico diferencial de las tumoraciones periuretrales y en la necesidad de atención multidisciplinaria para conseguir que el tratamiento sea seguro y eficaz.

PALABRAS CLAVE: Leiomioma; prolapso; incontinencia urinaria; dolor pélvico; posmenopausia.

Abstract

BACKGROUND: Paraurethral leiomyoma is a rare benign tumor derived from smooth muscle that can be mistaken for more common cystic lesions or genital prolapse.

CLINICAL CASE: A 44-year-old patient presented with a sensation of a vaginal mass that was progressively increasing in size, along with pelvic pain, bleeding, and urinary incontinence over the past three years. Initially, the lesion was interpreted as a Skene's gland cyst, which delayed the diagnosis. Ultimately, complete surgical resection was performed vaginally, with preservation of the urethra. Histopathological examination confirmed paraurethral leiomyoma. The patient recovered without complications, with resolution of symptoms and proper healing.

CONCLUSION: It is important to consider the possibility of a paraurethral leiomyoma in the differential diagnosis of periurethral tumors and to emphasize the need for multidisciplinary care to ensure safe and effective treatment.

KEYWORDS: Leiomyoma; Prolapse; Urinary incontinence; Pelvic pain; Postmenopause.

Correspondencia

Katherin Téllez García
katherintellez14@gmail.com

ORCID

<https://orcid.org/0000-0001-9602-2500>

<https://orcid.org/0000-0003-0859-3085>

<https://orcid.org/0000-0002-1521-228X>

<https://orcid.org/0009-0009-0110-8586>

<https://orcid.org/0000-0001-6406-7229>

Recibido: octubre 2024

Aceptado: noviembre 2025

Este artículo debe citarse como:

Santacruz-Restrepo D, Téllez-García K, Viloria-Vargas MC, Gómez-Tenorio JE, Gómez-Gómez MC. Leiomioma parauretral que simula un prolapso genital anterior. Casos Clínicos de GOM 2026; 3: e10967.

ANTECEDENTES

Los leiomiomas son tumores benignos derivados del músculo liso; su localización más frecuente es el útero.^{1,2} La aparición de los leiomiomas parauretrales es excepcional, con pocos casos descritos en la bibliografía mundial, representan, aproximadamente, el 5% de los tumores parauretrales, que ocurren en 1 de cada 1000 mujeres.^{3,4}

Estos tumores suelen diagnosticarse en mujeres en edad reproductiva, con una media de edad entre 40 y 44 años, aunque se han comunicado casos en adolescentes y en pacientes posmenopáusicas.^{5,6} Su causa no está totalmente clara; se ha sugerido un posible origen en remanentes embrionarios o fibras musculares residuales, con posible influencia hormonal, en virtud de la asociación con su crecimiento durante el embarazo y regresión luego de la menopausia.^{6,7}

Los síntomas dependen del tamaño y localización y van desde sensación de un tumor vaginal, dolor pélvico, dispareunia y sangrado hasta la incontinencia urinaria.^{1,8} Incluso 50% de los casos pueden ser asintomáticos.³ El diagnóstico diferencial incluye: quistes de Skene, divertículos uretrales, quistes de Gartner y leiomiosarcoma.^{2,9} Estos tumores pueden confundirse con un prolapso genital anterior porque ambos padecimientos pueden manifestarse con síntomas similares.¹⁰

La resonancia magnética es el método más útil para caracterizar estas lesiones y descartar diagnósticos alternativos.⁹ El tratamiento de elección es la resección quirúrgica completa, casi siempre por vía vaginal, con evolución favorable y bajo riesgo de recurrencia.^{1,7}

CASO CLÍNICO

Paciente de 44 años, con antecedente de dos embarazos y dos partos, sin historial de enfermedades; solo una esterilización quirúrgica y citología cervicovaginal. La prueba para VPH se reportó negativa. Inicialmente consultó debido a un cuadro clínico de un año de evolución de sensación en aumento de tamaño de una tumoración vaginal, acompañada de dolor pélvico e incontinencia urinaria de urgencia, sin fiebre ni secreción local.

En el examen físico se evidenció el tumor parauretral derecho, de aproximadamente 4 cm, consistencia dura, móvil, de bordes regulares, sin descartar que se tratara de un prolapso anterior. Para poder establecer el diagnóstico diferencial se envió para estudio con los urólogos, quienes consideraron que se trataba de un quiste de la glándula de Skene; le indicaron tratamiento con cefalexina y la solicitud de una ecografía transvaginal. Lamentablemente, la paciente no acudió a los controles solicitados.

A los 14 meses regresó a la consulta debido a la persistencia de los síntomas. Se advirtió el crecimiento del tumor a 6 cm, con área central ulcerada, sin signos de infección ni fluctuación. Se solicitó nuevamente una ecografía y se indicó control, al que tampoco acudió.

Transcurridos ocho meses acudió debido al mayor crecimiento de la lesión, ahora acompañada de sangrado vaginal y empeoramiento de la incontinencia urinaria, deterioro en la calidad de vida y en la salud sexual. El examen reveló una tumoración sólida, inmóvil y vascularizada en la región parauretral derecha, que desviaba la uretra y distorsionaba la anatomía, sin sangrado activo que simulaba un prolapso en la pared anterior. **Figura 1**

Se decidió hospitalizarla para un estudio integral. Los análisis paraclínicos descartaron que hubiera infección o inflamación sistémica. La tomografía de abdomen y pelvis mostró una lesión sólida, vulvar, sin adenomegalias inguinales ni pélvicas. El urólogo le practicó la cistoscopia, que descartó el daño vesical. La ginecóloga oncóloga le indicó la toma de una biopsia diagnóstica y la resección quirúrgica.

Durante el procedimiento quirúrgico con anestesia se evidenció la lesión parauretral derecha, de aproximadamente 6 cm, que desplazaba la uretra hacia la izquierda y se extendía hasta el fondo en la región anterior del pubis, sin afectar el cuello del útero, con tejido fibroso y vascularizado. Enseguida se procedió al cateterismo vesical. Se infiltró la pared anterior de la vagina, se practicó la disección circular y la resección completa de la lesión, con separación de la fascia vesicovaginal. Se hicieron la plicatura uretral, la hemostasia cuidadosa y el cierre por planos con reducción del espacio muerto, y se procedió al cierre de la mucosa vaginal, con sutura absorbible, multifilamento (**Figura 2**). Al extraer el espécimen se evidenció la lesión redondeada, de aproximadamente 10 cm de diámetro, de consistencia dura y bordes regulares. **Figura 3**



Figura 1. Antes del procedimiento quirúrgico.



Figura 2. Después del procedimiento quirúrgico.

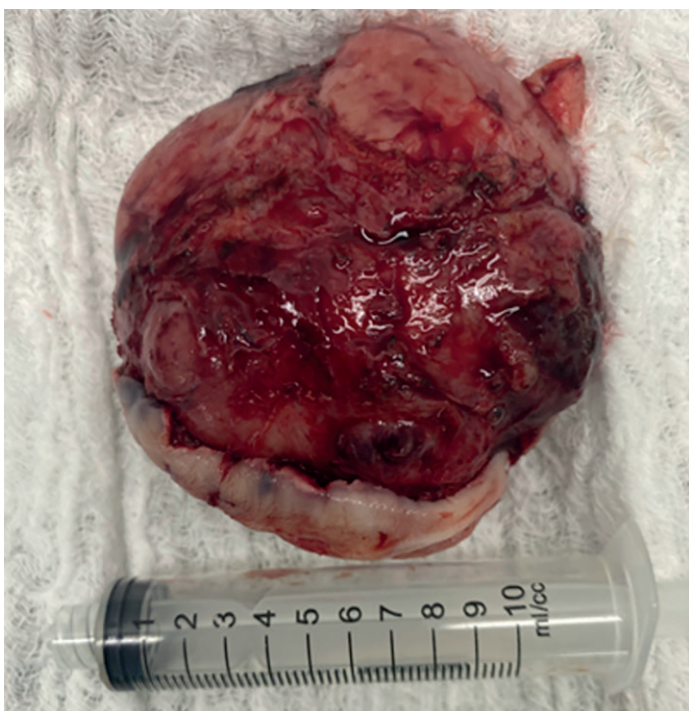


Figura 3. Lesión tumoral extraída, de consistencia dura, bordes regulares, sin excrecencias, de 10 cm de diámetro, aproximadamente.

La paciente evolucionó satisfactoriamente, con micción espontánea y sin complicaciones, por lo que se dio de alta al día siguiente. En el control posoperatorio se evidenció la adecuada cicatrización y la desaparición de los síntomas. El reporte histopatológico confirmó que se trató de un leiomioma parauretral benigno (Figura 4). Se indicó seguimiento anual en la consulta de ginecología.

DISCUSIÓN

El leiomioma parauretral es una neoplasia benigna infrecuente, con menos de 100 casos documentados en la bi-

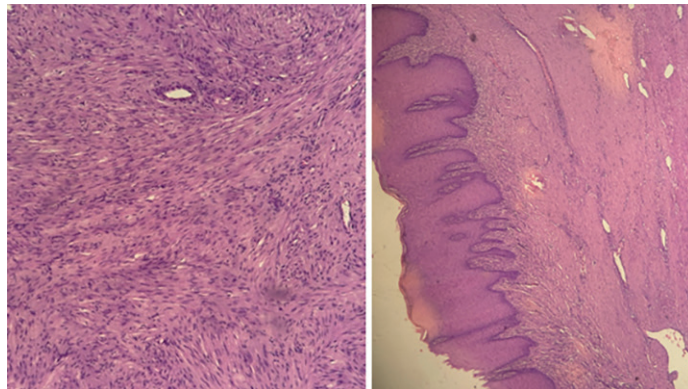


Figura 4. Leiomioma con proliferación de leiomiocitos entremezclados, sin atipia citológica ni arquitectural. La actividad mitótica es de 1 por 10 campos de alta resolución.

bliografía internacional, hasta la fecha, y constituye una causa excepcional de tumor periuretral en mujeres.^{1,2} Se origina a partir del músculo liso de los tejidos periuretrales y comparte características histológicas con los leiomiomas uterinos, aunque su manifestación clínica y el diagnóstico pueden ser más desafiantes debido a su baja prevalencia y síntomas inespecíficos.^{1,3,7}

A partir de la perspectiva genética, los leiomiomas uterinos tienen susceptibilidad hereditaria y mutaciones somáticas. Está demostrada la mayor frecuencia en mujeres con antecedentes familiares, con síndromes de leiomiomatosis hereditaria y carcinoma de células renales, asociado con mutaciones en el gen *FH*. Entre las mutaciones somáticas destacan las de *MED12*, que se encuentran incluso en 70% de los casos, que alteran la regulación transcripcional y favorecen la proliferación e inestabilidad genómica. También se describen anomalías cromosómicas, como reordenamientos en 12q14-15 que aumentan la expresión de *HMG2*, deleciones en 7q22 que afectan genes como *CUX1* y alteraciones en cromosomas sexuales, que modifican el comportamiento tumoral. Estos cambios genéticos se relacionan no solo con la aparición, sino también con el tamaño, cantidad y localización de los miomas.^{11,12}

Además de la genética, los mecanismos epigenéticos cumplen un papel decisivo en la patogénesis. Las alteraciones en la metilación del ADN y de histonas, junto con la desregulación de microARN e lncARN, modifican la expresión de genes relacionados con la proliferación, angiogénesis y remodelación de la matriz extracelular. En paralelo, se reconoce un origen celular ligado a la transformación de células madre o progenitoras del miometrio, que al adquirir mutaciones (como en *MED12* o *HMG2*) y estar expuestas a factores ambientales y epigenéticos, dan inicio a los tumores. Este modelo integra genética, epigenética y microambiente que explica por qué los miomas son tumores benignos monoclonales con alta variabilidad clínica, y abre la puerta a tratamientos dirigidos más allá de la cirugía.^{11,13}

El caso clínico aquí comunicado es el de una paciente de 44 años, con edad dentro de los límites reportados en gran parte de los casos descritos, que suelen manifestarse en mujeres en edad reproductiva o en la perimenopausia.^{2,3} La paciente experimentó síntomas que fueron evolucionando

durante casi dos años, incluida la sensación de una tumoreación vaginal, incontinencia urinaria de urgencia y dolor pélvico. Este perfil clínico es concordante con lo reportado en diversas series, donde los leiomiomas parauretrales pueden originar síntomas relacionados con la compresión uretral, disuria, urgencia miccional, dispareunia o masa palpable.^{2,4,7}

Uno de los aspectos más relevantes del caso fue el retraso diagnóstico inicial, con una presunción clínica de quiste de Skene. Esta confusión diagnóstica es común porque los síntomas urinarios y la existencia de un tumor periuretral son hallazgos compartidos con enfermedades benignas más frecuentes, como los quistes parauretrales, divertículos uretrales o, incluso, el prolapso anterior.^{2,4,8} La ausencia de seguimiento oportuno favoreció el crecimiento progresivo del tumor, con afectación de la función urinaria y deterioro de la salud sexual, aspectos que se han descrito como consecuencias clínicas importantes del leiomioma parauretral.^{2,7}

En cuanto al diagnóstico por imágenes, si bien en la paciente del caso se practicó una tomografía computada de abdomen y pelvis, la bibliografía hace hincapié en que la resonancia magnética nuclear es la modalidad de elección para caracterizar tumores periuretrales; esto por su mayor poder de resolución en tejidos blandos y su capacidad para diferenciar lesiones benignas de tumores malignos o procesos inflamatorios crónicos. Hubert y colaboradores reportaron que la resonancia magnética nuclear permite una mejor delimitación anatómica de estas lesiones y una planificación quirúrgica más precisa, superior a la ecografía o la TAC en la evaluación preoperatoria.⁸ La ausencia de resonancia magnética nuclear en el caso aquí comunicado representa una limitación diagnóstica que pudo haber contribuido a la demora en la intervención.

Desde el punto de vista histopatológico, los leiomiomas parauretrales muestran una proliferación de células musculares lisas fusiformes, sin atipia nuclear ni actividad mitótica anormal, y expresan positividad inmunohistoquímica para actina de músculo liso y desmina.^{1,3} Si bien la transformación maligna no se ha descrito de manera concluyente en esta localización, existen reportes de lesiones con atipia citológica o actividad mitótica aumentada, lo que subraya la necesidad de una evaluación histológica exhaustiva en todos los casos.^{3,9}

El tratamiento de elección es la resección quirúrgica completa. La vía transvaginal es el acceso preferido, por ser menos invasiva y permitir una adecuada exposición quirúrgica en la mayoría de los casos, incluso en tumores de tamaño moderado a grande.⁷ Los tumores con extensión retropúbica o localización superior pueden requerir un acceso abdominal o combinado.² En la paciente del caso se consiguió una resección completa por vía vaginal, incluidas la separación de la fascia vesicovaginal y la plicatura uretral, con adecuada recuperación funcional y desaparición completa de los síntomas, lo que concuerda con los desenlaces reportados en diversas series.⁷

Por último, el caso aquí comunicado subraya varios aspectos relevantes para la práctica clínica:

- La necesidad de incluir al leiomioma parauretral en el diagnóstico diferencial de tumores periuretrales en mujeres, sobre todo cuando se asocian con síntomas urinarios crónicos.
- La importancia de recurrir a modalidades de imagen avanzadas, como la resonancia magnética nuclear, para una caracterización anatómica más precisa en lesiones atípicas.
- La relevancia de un enfoque multidisciplinario, que integre al ginecólogo, urólogo y oncólogo ginecológico para una planificación quirúrgica segura.
- La trascendencia que estas lesiones benignas pueden tener en la función urinaria, sexual y calidad de vida, justifica una intervención oportuna y adecuada.

A pesar de los hallazgos clínicos y quirúrgicos relevantes descritos, este reporte tiene ciertas limitaciones. No se dispuso de los estudios complementarios de resonancia magnética preoperatoria que habrían permitido una caracterización más precisa de la lesión y una mejor correlación imagen-patología. Tampoco se hizo un análisis inmunohistoquímico ampliado para marcadores de proliferación o diferenciación muscular, que habría contribuido a una descripción más completa del tumor y a descartar variantes atípicas.

El seguimiento posoperatorio se limitó al primer año, por lo que no puede determinarse, con certeza, el riesgo de recurrencia a largo plazo. Por último, al tratarse de un tumor poco frecuente, no se dispone de comparaciones con series locales o regionales que permitan contextualizar su incidencia o tratamiento en nuestro medio. Desde luego, estas limitaciones no aminoran la relevancia clínica del caso, que aporta evidencia de la trascendencia del diagnóstico diferencial y de la atención multidisciplinaria en pacientes con lesiones parauretrales de baja frecuencia.

CONCLUSIÓN

El leiomioma parauretral es un tumor de baja frecuencia, que debe contemplarse en el diagnóstico diferencial de las tumoraciones periuretrales. Su reconocimiento oportuno evita demoras diagnósticas y permite el tratamiento quirúrgico curativo. La resección completa asegura la desaparición de los síntomas, bajo riesgo de recurrencia y una adecuada recuperación funcional.

DECLARACIONES

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener algún conflicto de intereses.

Financiamiento

Los autores declaran no tener relación comercial ni financiera con ningún patrocinador.

Uso de IA

Para este trabajo no se recurrió a la inteligencia artificial.

Declaración de derechos humanos y de los animales

Este artículo no contiene estudio alguno con animales llevado a cabo por alguno de los autores.

Consentimiento informado

Se obtuvo el consentimiento informado y firmado por la paciente para publicar su caso clínico.

REFERENCIAS

1. Sakthivel DK, Ragavan M, Bafna S, Tiwari M, et al. Paraurethral leiomyoma: a rare entity requiring extensive preoperative counseling and prompt management. *Cureus* 2024; 16 (6): e61684. <https://doi.org/10.7759/cureus.61684>
2. Braga A, Soave I, Caccia G, Regusci L, et al. What is this vaginal bulge? An atypical case of vaginal paraurethral leiomyoma. A case report and literature systematic review. *J Gynecol Obstet Hum Reprod* 2021; 50 (6): 101822. <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2020.101822>
3. Alsahabi J, Benawadh A, Bamanie E. Long-term follow up of paraurethral leiomyoma: A case report and literature review. *Int J Surg Case Rep* 2022; 101: 107773. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2022.107773>
4. Egbe TO, Egbe EN, Njamen TN, Belley EP, et al. Vaginal leiomyoma misdiagnosed as a genital prolapse: a case report and review of the literature. *BMC Women's Health* 2020; 20 (1): 90. <https://doi.org/10.1186/s12905-020-0883-2>
5. Adams-Piper E, Jacobs S, Ghoniem GM. Paraurethral leiomyoma in a 20-year-old woman: A case report. *Urol Case Rep* 2016; 4: 14-6. <https://doi.org/10.1016/j.eucr.2015.10.008>
6. Shim S, Borg CS, Majeed HG, Humaidan P. Paraurethral leiomyoma in a postmenopausal woman: first european case. *Case Rep Obstet Gynecol* 2015; 2015: 542963. <https://doi.org/10.1155/2015/542963>
7. Costa C, Barba M, Cola A, Frigerio M. Transvaginal excision of vaginal paraurethral leiomyoma: A video case report. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2023; 290: 11-3. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2023.09.008>
8. Hubert KC, Remer EM, Rackley RR, Goldman HB. Clinical and MRI characteristics of vaginal and paraurethral leiomyomas: Can they be diagnosed before surgery? *BJU Int* 2009; 105 (12): 1686-8. <https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2009.09046.x>
9. Widia F, Hamid ARAH, Indraswari MT, Pingkan T, et al. Female paraurethral leiomyoma in non-sexually active woman: A case report. *Urol Case Rep* 2022; 44: 102160. <https://doi.org/10.1016/j.eucr.2022.102160>
10. Perugia G, Ciccariello M, Pirolli F, Chinazzi A, et al. Paraurethral leiomyoma. *Urology* 2012; 79 (1): 51.e51-52. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2011.08.004>
11. Machado-Lopez A, Simón C, Mas A. Molecular and cellular insights into the development of uterine fibroids. *Int J Mol Sci* 2021; 22 (16): 8483. <https://doi.org/10.3390/ijms22168483>
12. Mäkinen N, Kämpjärvi K, Frizzell N, Bützow R, Vahteristo P. Characterization of MED12, HMGA2 and FH alterations reveals molecular variability in uterine smooth muscle tumors. *Mol Cancer* 2017;16: 101. <https://doi.org/10.1186/s12943-017-0672-1>.
13. Laganà AS, Vergara D, Favilli A, La Rosa VL, et al. Epigenetic and genetic landscape of uterine leiomyomas: a current view of a common gynecological disease. *Arch Gynecol Obstet* 2017; 296 (5): 855-67. <https://doi.org/10.1007/s00404-017-4515-5>.

REQUISITO PARA AUTORES

ORCID es un proyecto que tiene por objetivo proporcionar un identificador único y permanente para cada investigador, para evitar errores y confusiones en los nombres de los autores, en el momento de identificar su producción científica y poder distinguir claramente sus publicaciones.

Por lo anterior, es requisito la inclusión de este identificador de autores en todos los artículos enviados para publicación en **Ginecología y Obstetricia de México**.

Diagnóstico prenatal de *situs inversus totalis* en embarazo gemelar

Prenatal diagnosis of *situs inversus totalis* in twin pregnancy.

Jaime Andrés Pardo Romero,¹ Cristian Hincapié Porras,² Leidy Guzmán,²
Natalia Andrea Torres²

¹ Residente de tercer año de ginecología y obstetricia, Universidad Libre, Seccional Cali, Colombia.
² Ginecoobstetra; subespecialista en medicina materno fetal, Korial Group, Unidad de Medicina Materno Fetal Integral, Hospital Universitario San Jorge, Pereira, Colombia.

Resumen

ANTECEDENTES: El diagnóstico prenatal de los trastornos de lateralidad en el feto, incluso en embarazos únicos, representa un reto diagnóstico aun para personal experimentado; sin embargo, el diagnóstico de *situs inversus totalis* (transposición total o parcial de las vísceras torácicas o abdominales del lado izquierdo al derecho, o viceversa) en un embarazo gemelar es excepcional, por lo que plantea desafíos diagnósticos y terapéuticos adicionales. La incorporación de estrategias ecográficas optimizadas mejora la precisión diagnóstica y permite mayor detección de anomalías anatómicas, facilita un seguimiento prenatal estructurado y permite una atención integral y segura.

CASO CLÍNICO: Paciente de 26 años, sin antecedentes patológicos, con embarazo gemelar bicorial, biamniótico, de 29 semanas del segundo embarazo, con evidencia en el Doppler fetoplacentario de un ápex cardíaco y estómago del lado derecho en uno de los fetos, sugerente de *situs inversus totalis*, sin otras alteraciones anatómicas demostrables por ultrasonido. Se indicó la cesárea a las 36 semanas de gestación, sin complicación. Los estudios imagenológicos posnatales en el feto afectado confirmaron los hallazgos prenatales; se determinó el cariotipo, sin evidencia de alteraciones numéricas o estructurales.

CONCLUSIÓN: El diagnóstico prenatal de *situs inversus totalis* es de excepcional frecuencia durante el embarazo, menos aún en embarazos gemelares. Si bien no altera el curso normal del embarazo, su detección temprana es decisiva para diferenciarlo de otros trastornos de lateralidad que pueden asociarse con malformaciones congénitas complejas. En este caso, el diagnóstico prenatal permitió los estudios posnatales que confirmaron el diagnóstico y descartaron otras anomalías asociadas.

PALABRAS CLAVE: Situs inversus totalis; embarazo gemelar; anomalías congénitas; diagnóstico prenatal.

Abstract

BACKGROUND: Prenatal diagnosis of laterality disorders in the fetus is challenging, even for experienced personnel, and is particularly difficult in single pregnancies. However, diagnosing situs inversus totalis (the total or partial transposition of thoracic or abdominal organs from the left to the right side, or vice versa) in a twin pregnancy is exceptional and poses additional diagnostic and therapeutic challenges. Using optimized ultrasound strategies improves diagnostic accuracy, allows for greater detection of anatomical abnormalities, facilitates structured prenatal follow-up, and enables comprehensive, safe care.

CLINICAL CASE: A 26-year-old patient with no pathological history presented with a 29-week bicorial, biamniotic twin pregnancy. Ultrasound revealed a cardiac apex and stomach on the right side in one of the fetuses, suggestive of situs inversus totalis, with no other demonstrable anatomical abnormalities. A cesarean section was indi-

Correspondencia

Jaime Andrés Pardo Romero
jaimea-pardor@unilibre.edu.co

ORCID

<https://orcid.org/0009-0006-1339-2818>

<https://orcid.org/0000-0001-5816-6511>

<https://orcid.org/0000-0001-9345-2847>

<https://orcid.org/0009-0003-6244-3392>

Recibido: octubre 2024

Aceptado: noviembre 2025

Este artículo debe citarse como:

Pardo-Romero JA, Hincapié-Porras C, Guzmán L, Torres NA. Diagnóstico prenatal de situs inversus totalis en embarazo gemelar. Casos Clínicos de GOM 2026; 3: e10968.

cated at 36 weeks of gestation without complications. Postnatal imaging studies of the affected fetus confirmed the prenatal findings. Karyotyping revealed no evidence of numerical or structural abnormalities.

CONCLUSION: Prenatal diagnosis of situs inversus totalis is extremely rare, especially in twin pregnancies. Although it does not alter the normal course of pregnancy, its detection is important.

KEYWORDS: Situs inversus totalis; Twin pregnancy; Congenital anomalies; Prenatal diagnosis.

ANTECEDENTES

El *situs inversus totalis* (transposición total o parcial de las vísceras torácicas o abdominales del lado izquierdo al derecho, o viceversa) es una anomalía congénita poco frecuente, caracterizada por la transposición en espejo de los órganos torácicos y abdominales con respecto al plano sagital.¹ Su prevalencia estimada es de un caso en 10,000 nacidos vivos y, aunque por lo general es asintomático, su identificación prenatal es fundamental para descartar anomalías asociadas, en particular cardiopatías congénitas y síndromes genéticos. Por esta razón, los fetos con defectos de lateralidad son idóneos para la práctica de estudios genéticos y establecimiento de diagnósticos moleculares oportunos.^{2,3}

El diagnóstico del *situs inversus totalis* en la etapa prenatal se basa en la ecografía obstétrica, que es un hallazgo fortuito en la mayoría de los casos.⁴ La correcta evaluación de la lateralidad fetal es clave para la detección temprana de alteraciones en la simetría izquierda-derecha, entre las que se incluyen el *situs inversus totalis*, el *situs ambiguus* y el síndrome de heterotaxia, este último frecuentemente vinculado con anomalías cardiovasculares agudas.^{4,5}

Entre los diagnósticos diferenciales es importante tener en cuenta todo el espectro de los trastornos de lateralidad, dada la implicación clínica, comorbilidades asociadas y el pronóstico de estas alteraciones.^{6,7}

CASO CLÍNICO

Paciente de 26 años, con antecedente de dos embarazos: un parto y una cesárea, hemoclasificación O positivo, sin antecedentes personales ni familiares de relevancia. Inició los controles prenatales de manera temprana. En la ecografía obstétrica de la séptima semana se advirtió el embarazo gemelar bicorial biamniótico. La ecografía de tamizaje genético reportó bajo riesgo de aneuploidías, la ecografía de detalle anatómico no evidenció anomalías estructurales.

Debido a las altas tasas de complicaciones en los embarazos gemelares se indicó un control ecográfico estricto. El Doppler fetoplacentario y la ecografía obstétrica de la semana 29 no mostraron alteraciones hemodinámicas; sin embargo, en el feto B se observó un ápex cardíaco y estómago de lado derecho (**Figura 1**), hallazgos sugerentes de *situs inversus totalis*. En el feto A no se documentaron alteraciones de lateralidad, ni otras malformaciones anatómicas asociadas.

Se realizó seguimiento ecográfico con Doppler fetoplacentario en las semanas 32.0, 34.0 y 36.0, sin evidencia

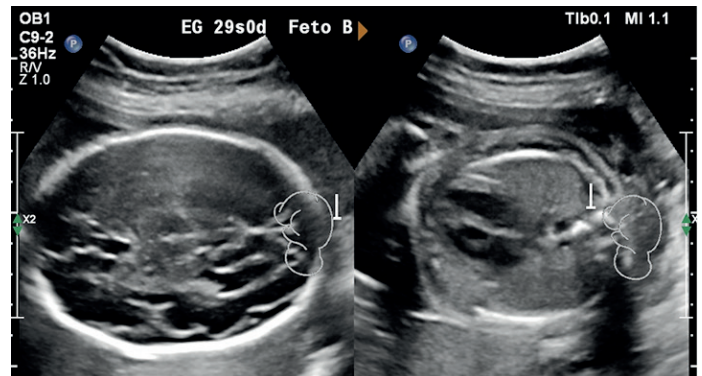


Figura 1. Ecografía obstétrica donde se observa el feto B y un feto cefálico, dorso izquierdo, con un ápex cardíaco en el eje derecho.

de complicaciones asociadas con embarazos gemelares. En la semana 36 de gestación, la paciente inició con trabajo de parto espontáneamente debido a la ruptura prematura de membranas de una de las bolsas amnióticas. Ante la presentación podálica de uno de los fetos, se decidió la cesárea, procedimiento que transcurrió sin complicaciones. Ambos neonatos tuvieron adecuada adaptación, con Apgar de 8 y 9 y peso de 2660 y 2620 g, respectivamente.

Los estudios postnatales del neonato con diagnóstico prenatal de *situs inversus* incluyeron una ecografía transfontanelar normal, así como una radiografía de tórax (**Figura 2**) y ecografía de abdomen, que confirmaron los hallazgos descritos, sin otras alteraciones, también se obtuvo el cariotipo neonatal que descartó alteraciones numéricas o estructurales en los cromosomas.

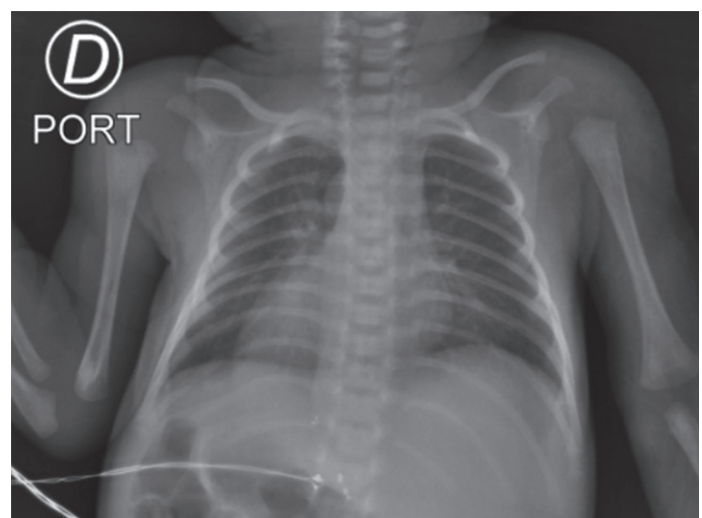


Figura 2. Radiografía de tórax postnatal, con hallazgos de sombra hepática proyectada en el lado izquierdo, ápex cardíaco derecho, botón aórtico hacia la derecha, tráquea central sin evidencia de lesiones en su luz, infiltrados intersticiales parahiliares bilaterales, densidad acorde con la edad.

DISCUSIÓN

La disposición normal de los órganos torácicos y abdominales se denomina *situs solitus*, mientras que cualquier alteración en la asimetría izquierda-derecha es parte del espectro de trastornos de lateralidad, que comprenden un grupo de enfermedades caracterizadas por la orientación anómala de órganos y vasos toracoabdominales. El *situs inversus totalis* es parte de este espectro que se caracteriza por la transposición especular completa de los órganos toracoabdominales. El *situs ambiguous* o síndrome de heterotaxia, también conocido como isomería auricular, se caracteriza por la ubicación anómala de los órganos del lado izquierdo o derecho, con pérdida de la asimetría de los órganos asimétricos normalmente emparejados y que lo común es que se asocie con anomalías graves, sobre todo cardiopatías congénitas complejas, que pueden ser letales, sin tratamiento.¹

El *situs inversus totalis* es una anomalía congénita poco frecuente, caracterizada por la transposición en espejo de los órganos torácicos y abdominales, respecto del plano sagital.² Su frecuencia se estima en 1 caso por cada 10,000 habitantes de la población general y es más frecuente en varones, con una relación 1.5:1 con respecto a las mujeres, sin predilección racial.⁷

Desde el punto de vista histórico, esa anomalía la describió por primera vez en animales Aristóteles (384-322 aC), mientras que las primeras observaciones en humanos las reportó Fabricius, en el siglo XVII.⁷

La causa del *situs inversus totalis* no está del todo dilucidada, aunque se ha encontrado que puede tener una herencia poligénica y autosómica recesiva, situada en el brazo largo del cromosoma 14. Existen mutaciones descritas en genes: NODAL, PITX2, KIF3-A, KIF3-B, Lefty1 y otros implicados en la cascada molecular que regula la lateralidad durante la gastrulación, en el transcurso de la tercera semana del desarrollo embriológico.² Además, hay estudios que han identificado alteraciones en CCDC11 y DNAH11 que afectan la función ciliar y pueden estar implicadas en defectos de lateralidad autosómicos recesivos. Otros estudios han descrito mutaciones en genes de la familia TGF-B y el factor de transcripción HNF-3B.⁷

El *situs inversus* en gemelos es por demás excepcional;⁷ ello a pesar de que se ha propuesto que los gemelos monocigóticos podrían tener mayor predisposición debido a patrones de lateralidad inversa. No hay evidencia que confirme una mayor prevalencia de *situs inversus totalis* en gemelos.^{5,6}

El *situs inversus totalis* es una alteración por lo general asintomática, por ello su diagnóstico suele pasar inadvertido y retrasarse, hasta configurar, incluso, un hallazgo fortuito.² Su identificación prenatal es decisiva para descartar malformaciones asociadas, particularmente cardiopatías congénitas.⁷

La ecografía obstétrica sigue siendo la modalidad de imagen de primera línea para establecer el diagnóstico prenatal; esto debido a su accesibilidad, estudios adicionales, como la resonancia magnética en casos seleccionados,^{8,9}

que sirve de complemento valioso en casos complejos en los que se requieren detalles anatómicos adicionales porque puede proporcionar información relevante de malformaciones asociadas, defectos cardíacos congénitos o anomalías vasculares. Es particularmente útil cuando los hallazgos ecográficos no son concluyentes o si existe la necesidad de caracterizar más anomalías no cardíacas.¹⁰

La evaluación de la lateralidad de los órganos fetales es un componente fundamental del examen ultrasonográfico de rutina. Si bien es una anomalía poco frecuente, debe considerarse la posibilidad de alteraciones en la lateralidad porque su identificación temprana es decisiva para la atención médica perinatal y la evaluación posnatal, en especial ante el riesgo de malformaciones asociadas. Su diagnóstico aislado puede ser más desafiante porque, a diferencia de la heterotaxia, no suele estar acompañado de anomalías estructurales evidentes. Sin embargo, una vez identificado, es fundamental una ecocardiografía fetal, debido a la alta frecuencia de cardiopatías congénitas agudas en trastornos de lateralidad.⁸

La confirmación de la lateralidad fetal es un aspecto crítico en la evaluación ecográfica porque la correcta orientación del eje cardíaco es fundamental para el diagnóstico de anomalías cardiovasculares congénitas. Se han propuesto diversas técnicas para mejorar la identificación del *situs fetal*. Una alternativa de descripción reciente es el método del reloj, que permite determinar la posición del corazón del feto de manera sencilla y confiable. En esta técnica, la columna vertebral se asume como la posición de las 12 en punto en un reloj imaginario, y el eje cardíaco debe ubicarse, aproximadamente, a las 7 en punto en fetos en presentación podálica y a las 5 en punto en presentación cefálica. Su ventaja radica en que no se ve afectada por los movimientos fetales y pueden utilizarla los clínicos con distintos niveles de experiencia.⁶

La otra técnica descrita es la de Cordes modificada: un nuevo enfoque ultrasonográfico, utilizado para evaluar la lateralidad fetal y la posición del eje cardíaco de manera más precisa, sobre todo en el primer y segundo trimestre del embarazo. Es una adaptación de la técnica original, que estableció un enfoque sistemático para diferenciar el lado derecho del izquierdo en el feto utilizando la posición de la madre, la orientación de la onda de ultrasonido y la visualización de estructuras clave.⁹

Es importante tener conocimiento de la existencia del *situs inversus totalis* y su relación con otras comorbilidades, como la discinesia ciliar primaria, síndrome de Kartagener, neoplasias de vísceras abdominales y malformaciones cardiovasculares.^{2,3}

En el caso aquí reportado la ecografía obstétrica seriada y el Doppler fetoplacentario en las semanas 32, 34 y 36 permitieron un seguimiento adecuado del feto afectado, sin evidenciar alteraciones hemodinámicas ni malformaciones estructurales adicionales. El diagnóstico se confirmó, postnatalmente, mediante radiografía de tórax y ecografía abdominal. El cariotipo neonatal fue normal, y se descartó una asociación con síndromes genéticos.

CONCLUSIÓN

Los trastornos de la lateralidad en el embarazo son poco comunes; la incorporación de las técnicas ecográficas optimizadas ha mejorado la precisión diagnóstica. Si bien el *situs inversus totalis* aislado, por lo general no altera el curso del embarazo, su detección temprana es importante para diferenciarlo de otros trastornos de lateralidad, como el *situs ambiguous* o síndrome de heterotaxia, que pueden asociarse con malformaciones congénitas complejas. Por último, la evaluación posnatal mediante estudios complementarios es esencial para confirmar el diagnóstico y descartar otras anomalías asociadas, sobre todo cardíacas, gastrointestinales o respiratorias, lo que asegura un tratamiento adecuado y oportuno del recién nacido.

DECLARACIONES

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Financiamiento

Los autores declaran no tener relación comercial ni financiera con ningún patrocinador.

Uso de IA

Para este trabajo no se recurrió a la inteligencia artificial.

Declaración de derechos humanos y de los animales

Este artículo no contiene estudio alguno con animales llevado a cabo por alguno de los autores.

Consentimiento informado

Se obtuvo el consentimiento informado y firmado por la paciente para publicar su caso clínico.

REFERENCIAS

1. Soofi M, Alpert MA, Barbadora J, Mukerji B, et al. Human laterality disorders: pathogenesis, clinical manifestations, diagnosis, and management. *Am J Med Sci* 2021; 362 (3): 233-42. <https://doi.org/10.1016/j.amjms.2021.05.020>

2. Aljure Reales V de J, Álvarez Gallego GC, Ávila Espitia NC, Arrieta Coley A, et al. Situs inversus totalis: revisión de tema con aproximación a la Genética y reporte de casos. *Revista Colombiana de Cardiología* 2016; 24 (1): 40-7. <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2016.06.016>
3. Mastromoro G, Guadagnolo D, Novelli A, Torres B, et al. Prenatal CFAP53-related laterality defect: case report and review of the literature. *J Maternal-Fetal and Neonatal Medicine* 2023; 36 (1). <https://doi.org/10.1080/14767058.2023.2201653>
4. Burwick RM, Govindappagari S, Sanchez-Lara PA. Situs inversus totalis and prenatal diagnosis of a primary ciliary dyskinesia. *J Clin Ultrasound* 2021; 49 (1): 71-3. <https://doi.org/10.1002/jcu.22862>
5. Segal NL. Situs Inversus Totalis in Twins: A Brief Review and a Life History / Twin Research: Twin Studies of Trisomy 21; Monozygotic Twin Concordance for Bilateral Coronoid Hyperplasia; Prenatal Hormonal Effects in Mixed-Sex Non-Human Primate Litters; Insurance Mandates and Twinning After In Vitro Fertilization / News Reports: First Report of Identical Twin Puppies; Twins Sisters Turn 100; Remembering an Identical Twin Production Designer; New York City Marathon Quadruplets. *Twin Research and Human Genetics* 2017; 20 (1): 90-5. <https://doi.org/10.1017/thg.2016.101>
6. Dursun S, Aktöz F. A novel technique for determining the axis of the fetal heart: Clock position method. *Galenos* 2020; 21: 216-7. <https://doi.org/10.4274/jtgga.galenos.2020.2019.0177>
7. Eitler K, Bibok A, Telkes G. Situs inversus totalis: a clinical review. *Int J Gen Med* 2022; 15: 2437-49. <https://doi.org/10.4274/jtgga.galenos.2020.2019.0177>
8. Paulo MM, Bustos VJC, Ramírez HP. Diagnóstico prenatal de situs inversus totalis. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2002; 67 (6): 494-7. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262002000600011>
9. Yakut Yücel K, Sucu S, Ağaoğlu RT, Çirkin Tekeş G. A practical new approach to ultrasonographic detection of the fetal situs: Modified Cordes technique. *Echocardiography* 2024; 41 (9): e15915. <https://doi.org/10.1111/echo.15915>
10. Seidl-Mlczoch E, Kasprian G, Ba-ssalamah A, Stuempflen M, et al. Characterization of phenotypic spectrum of fetal heterotaxy syndrome by combining ultrasound and magnetic resonance imaging. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology* 2021; 58 (6): 837-45. <https://doi.org/10.1002/uog.23705>

REQUISITO PARA AUTORES

ORCID es un proyecto que tiene por objetivo proporcionar un identificador único y permanente para cada investigador, para evitar errores y confusiones en los nombres de los autores, en el momento de identificar su producción científica y poder distinguir claramente sus publicaciones.

Por lo anterior, es requisito la inclusión de este identificador de autores en todos los artículos enviados para publicación en **Ginecología y Obstetricia de México**.

Instrucciones para los autores

Los artículos deben enviarse por vía electrónica mediante la plataforma de Casos Clínicos, junto con el formato de cesión de derechos de autor (firmado por todos los autores) y confirmar que se trata de un artículo inédito. Debe ingresar en: <https://revisionporpares.com/index.php/GOM>, registrarse y cargar sus archivos, que serán evaluados por pares.

- La extensión no deberá exceder de 12 cuartillas (2500 palabras).
- El formato de cesión de derechos puede descargarse al final de esta página.

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

El manuscrito comprende

Títulos completos y cortos en español e inglés. Puesto que se trata de una publicación exclusiva de casos clínicos, en el título no debe aparecer ninguna alusión al respecto. Enseguida del título deberán aparecer los nombres y apellidos del o los autores (el límite máximo debe ser de 6 integrantes, es decir, el autor principal y 5 coautores. Deberá especificarse la participación de cada uno en el artículo), su adscripción (**institución, hospital, departamento o servicio**) vinculada con el motivo del trabajo (no se aceptan títulos honoríficos o pasados: presidente, miembro Titular o Emérito de tal cual institución, Academia o Sociedad), dirección postal completa (calle, número, código postal, ciudad y Estado), teléfono fijo (incluida la clave lada) y correo electrónico de todos los autores y señalando a uno de ellos para recibir la correspondencia relacionada con el artículo.

Enseguida de la descripción de cada autor es indispensable incluir el identificador **ORCID** para evitar errores y confusiones en los nombres de los autores, en el momento de identificar su producción científica y poder distinguir claramente sus publicaciones.

Cuando un artículo es aprobado por el Comité de Casos Clínicos para su publicación, no podrán efectuarse cambios adicionales (eliminar o agregar) de autores y coautores, cargos institucionales, ni adscripciones; es decir, aparecerán se-

ñalados como lo indicaron en el archivo original de envío.

Resumen

1. Se inicia con los **ANTECEDENTES** en los que debe especificarse por qué es único en este caso (infrecuente, efectos adversos, comportamiento atípico, etc.) ¿Qué aporta de nuevo a la bibliografía médica?
2. **CASO CLÍNICO:** Aquí deben mencionarse los datos más relevantes: edad y los principales síntomas del paciente y los hallazgos clínicos y quirúrgicos importantes en su caso. Los diagnósticos significativos, intervenciones terapéuticas y desenlaces.
3. **CONCLUSIÓN:** ¿Cuáles son las principales lecciones que pueden extraerse del caso reportado?

PALABRAS CLAVE. Deben incluirse al menos cinco palabras o términos MeSH (Medical Subject Headings).

4. Después del Resumen en español deberá colocarse su traducción al inglés, con el subtítulo de **Abstract**.

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

1. **ANTECEDENTES:** Breve resumen de los antecedentes del caso con referencia a la bibliografía médica pertinente, con una exposición igualmente concisa del estado actual del conocimiento, de la afección motivo de la comunicación. Si es un caso excepcional cuál es la epidemiología internacional y nacional reportada.
2. **CASO CLÍNICO:**
 - **Información demográfica:** Edad, origen étnico, actividad preponderante, constantes vitales. Índice de masa corporal y antecedentes ginecoobstétricos: edad a la menarquia, embarazos, partos, cesáreas, abortos inducidos o espontáneos y semanas de gestación, nacimientos pretérmino o con defectos al nacimiento, muerte fetal o neonatal en su caso.
 - **Síntomas que dieron lugar a la solicitud de consulta:** describir los

síntomas, cómo se iniciaron, sus datos sobresalientes, si se consultó con algún médico, cómo se trataron, enfermedades concomitantes, intervenciones previas y sus desenlaces.

- **Hallazgos clínicos:** Describir los hallazgos pertinentes de la exploración física; en obstetricia: abdomen con exploración fetal, exploración vaginal. Exploración ginecológica completa, incluidas las glándulas mamarias.
- **Evaluación:** descripción de las guías importantes relacionadas con sus diagnósticos de primera instancia e intervenciones (Cuadro o Figura).
- **Evaluación diagnóstica:** Métodos diagnósticos (exploración física, análisis, técnicas de obtención de imágenes incluyendo ultrasonido en obstetricia y cardiocografía).
- **Problemas para el diagnóstico (económicos, lingüísticos o culturales):** Razonamiento diagnóstico, incluidos los diagnósticos diferenciales. Características de pronóstico (estadios en oncología) cuando proceda.
- **Intervención terapéutica:** Tipos de intervención (farmacológica (categoría FDA en obstetricia), quirúrgica, preventiva, autocuidados. Administración de la intervención (dosis, concentración, duración). Cambios en la intervención (con justificación).
- **Seguimiento y resultados:** Resultados evaluados por el médico y por el paciente (en obstetricia vía nacimiento, peso y Apgar del recién nacido, evaluación y si requirió resucitación o paso a TIN, hallazgos o complicaciones). Observancia de la intervención y tolerabilidad a la misma (¿cómo se ha evaluado?). Evaluación del recién nacido en caso obstétrico, sangrado materno anormal.
- **Acontecimientos adversos e imprevistos:** Reintervenciones (justificación en la madre o en su hijo).

DISCUSIÓN

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

CONCLUSIONES

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

DECLARACIONES. Esta sección es tan importante de citar, incluso similar a los metadatos de los autores, por lo que ningún artículo aprobado para publicación debe pasar inadvertida esta sección. Sus componentes están integrados por la mención de:

Agradecimientos

En este apartado los autores describirán sus agradecimientos.

Conflicto de interés

Los autores deberán declarar si existen o no conflictos de intereses relacionados con el artículo.

Financiamiento

Los autores expondrán si tienen relación comercial o financiera con algún patrocinador.

Uso de IA

Se indicará si los investigadores recurrieron a la inteligencia artificial para elaborar todo o alguna sección del manuscrito.

Contribución de los autores

Deberá especificarse la participación de cada autor en el artículo (concepción, redacción y diseño, adquisición de datos e información, análisis e interpretación de datos, planeación del artículo).

Declaración de derechos humanos y de los animales

Si están de acuerdo, señalar el siguiente texto: "Este artículo no contiene ningún estudio con sujetos humanos o animales realizado por alguno de los autores".

Consentimiento informado

Con el envío inicial del artículo, los autores deben anexar el **Consentimiento informado** de los pacientes. Y en este apartado, solo describirán: "Se obtuvo el consentimiento informado del paciente para publicar este artículo".

Referencias clave

Es importante colocar de 3 a 5 Referencias importantes utilizadas en el artículo, no importa que se repitan con las expuestas en la sección de Referencias generales.

Permisos

Es importante citar si "todas las Figuras y Cuadros son originales", es decir, elaboradas por su propia autoría.

REFERENCIAS

Su orden de aparición en el texto y el número correspondiente debe registrarse en superíndice (nunca entre paréntesis). Para evitar errores se sugiere utilizar la aplicación "insertar referencia" del menú principal de Word. O, bien, si se hace manualmente la acotación debe hacerse con números consecutivos. Sólo deben incluirse las referencias bibliográficas consultadas para sustentar una afirmación, negación o divergencia en algún concepto. Las referencias deben ser del autor que se cita y no del artículo de éste citado por terceros. Las citas re-referenciadas son motivo de rechazo del artículo. Lo mismo que las que solo se agregan por ser recientes y que en el cuerpo del texto no están suficientemente sustentadas o aludidas. Su orden de aparición en el texto y el número correspondiente debe registrarse utilizando el comando superíndice de Word (nunca deben ponerse entre paréntesis). Para evitar errores se sugiere utilizar la aplicación "insertar referencia" del menú principal de Word. Deben omitirse comunicaciones personales, en cambio, sí se permite la expresión "en prensa" cuando un trabajo se ha aceptado para publicación en alguna revista, pero cuando la información provenga de textos enviados a una revista que no los haya aceptado aún, deberá citarse como "observaciones no publicadas".

- Los artículos, capítulos de libros, portales de internet, entre otros, deben citarse tal como aparecen en la fuente consultada:

Ejemplos

- Publicación periódica
You Ch, Lee KY, Chey RY, Menguy R. Electrogastrographic study of patients with unexplained nausea, bloating and vomiting. *Gastroenterology* 1980;79:311-314.
- Libro
Murray PR, Rosenthal KS, Konbayashi GS, Pfaller MA. *Medical microbiology*. 4th ed. St Louis: Mosby, 2002; 210-221. Portal de internet Coustan RD, Jovanovic L. Gestational diabetes mellitus: glycemic control and maternal prognosis. *Massachusetts: Uptodate Waltham*. [en línea]. Dirección URL: <<http://www.uptodate.com/>> (Consulta: mayo 2016).

Nueva forma de citación

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

Referencias

1. Katarina V, Gordana T. Oxidative stress and neuroinflammation should be both considered in the occurrence of fatigue and depression in multiple sclerosis. *Acta Neurol Belg* 2018; 34 (7): 663-9. doi:10.1007/s13760-018-1015-8
 2. Guo ZW, Deng CJ, Liang X, Jiang J, Zhong Z. A comparative study of three different forecasting methods for trial of labor after cesarean section. *J Obstet Gynaecol Res* 2017; 25 (11): 239-42. <https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2015.04.015>.
- Deben citarse todos los autores del artículo hasta un máximo de cuatro; después de éstos, seguido de una coma, se colocará et al.
 - Es importante citar artículos de autores mexicanos y latinoamericanos, sin importancia del idioma de publicación, aportes más sobresalientes al conocimiento. Y sobre todo los que se hayan publicado anteriormente en Ginecología y Obstetricia de México relacionados con el tema de estudio.

Si el caso tiene revisión bibliográfica.

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

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

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

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

• Título del artículo: _____

• Nombre completo del autor o autores: _____

• Los autores aseguran que se trata de un trabajo original, que no ha sido previamente publicado ni enviado para su publicación a otra revista. Manifiestan que no existe conflicto de intereses con otras instancias públicas o privadas.

• Los autores están de acuerdo en que su texto sea corregido de acuerdo con el criterio del editor y en ceder sus derechos de publicación a la Revista Casos Clínicos de Ginecología y Obstetricia de México.

• Nombre y firma de todos los autores: Nombre y firma

• Visto bueno (nombre y firma) de autorización de la institución donde se realizó el trabajo:

Nombre y firma

Lugar: _____ Fecha: _____

NOTA IMPORTANTE

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

Una vez que reciba la comunicación de "artículo aceptado" su contenido no podrá ser corregido ni retirado. Si algún inconveniente hubiere, el mismo deberá aclararse en la correspondiente sección de cartas al editor en la edición inmediata siguiente al envío de la carta.