

Presentación de Carteles

En esta sección de la Revista Estudios de la Ciénega, Ingenierías y Biotecnología, se presentan al lector treinta y tres carteles electrónicos, que fueron presentados por estudiantes tanto de medicina como del programa de químico farmacéuticos biólogos en lo que fue el I Concurso de Trabajos de e-Posters dentro del marco de la Cátedra Mario Rivas Souza: “COVID 19; sus Inicios y evolución en la práctica y la investigación médica (desde la neumonía severa al síndrome post covid)”.

En este foro académico participaron autores adscritos a instituciones públicas y privadas dedicadas a la salud, educación e investigación. Los trabajos científicos participantes fueron presentados y evaluados de manera presencial por un comité especializado, integrado por pares revisores, los cuales analizaron, calidad académica y trascendencia científica de los mismos.

Para efectos de su organización, se integraron tres categorías: investigación básica, documental y casos clínicos. La categoría de investigación básica y documental contempla trabajos de investigación, mismos que forjan los cimientos para comprender los mecanismos de acción, procesos y fenómenos indispensables, desde los que se puede extrapolar a investigación aplicada. Por ello se decidió proporcionar un espacio para presentar y describir los trabajos, dadas las bases científicas que sustentan todas las propuestas concursantes.

Por otra parte, la categoría de casos clínicos permite hacer difusión de las herramientas asistenciales capaces de mejorar habilidades y contribuir además a la formación en el ámbito del manejo cotidiano de pacientes en las distintas disciplinas del área de la salud.

Este tipo de eventos académicos otorga especial énfasis a la investigación y por ello contribuye a cimentar los cimientos para comprender mecanismos de acción, procesos y fenómenos indispensables que se pueden extrapolar a la investigación aplicada; razón por la que se dedica este espacio para describir uno a uno los trabajos que se presentaron en el marco de la Cátedra Mario Rivas Souza 2023 A.

Por último, quiero manifestar y agradecer la buena disposición y el entusiasmo, colaboración para el buen éxito de este congreso, tanto del Sr. Rector de Centro de la Ciénega, Mtro. Edgar Eloy Torres Orozco, como también del Mtro. Daniel Rojas Bravo, Director de División de Ingeniería y Biotecnología.

Mtra. Silvia Yolanda Martínez Salazar, Responsable del Departamento de Ciencias Médicas y de la Vida. Centro Universitario de la Ciénega



Empleo de nano-liposomas como transportadores efectivos de agentes terapéuticos asociados a los grupos sanguíneos contra enfermedades crónico-degenerativas e infectocontagiosas

Ricardo Iván González-Vega, Carmen Lizette Del-Toro-Sánchez, Kelly Nabil Cárdenas-Enríquez, Litzzy Yadira Mendoza-Urizabel, Francisco Javier Rodríguez-Marín, Melesio Gutiérrez-Lomelí, María Guadalupe Ávila-Novoa, Miguel Ángel Robles-García*



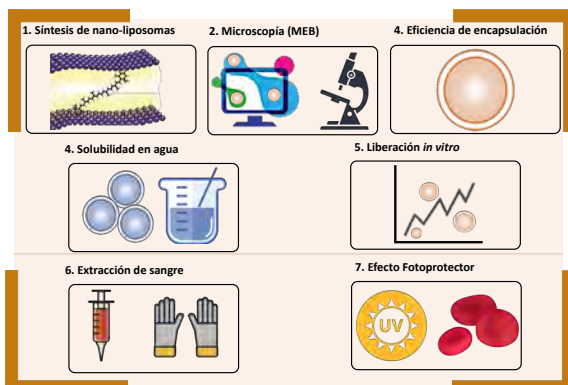
*Autor por correspondencia: menen04@yahoo.com.mx; Primer autor: gbc.ricardo.vega@gmail.com

Centro Universitario de la Ciénega (CUCIÉNEGA), Universidad de Guadalajara, Av. Universidad 1115, Lindavista, 47820 Ocotlán, Jalisco, México
Universidad de Sonora, Blvd Luis Encinas y Rosales S/N, Col. Centro, C.P. 83000 Hermosillo, Sonora, México

Introducción

El estrés oxidativo representa un desequilibrio entre moléculas pro-oxidantes y antioxidantes. El daño oxidativo se puede contrarrestar por medio de antioxidantes, impidiendo el desarrollo de enfermedades neurológicas y neoplásicas. Actualmente, estudios epidemiológicos han reportado la asociación entre el riesgo de contraer enfermedades crónicas no transmisibles y transmisibles con los diferentes grupos sanguíneos. Han detectado la participación del grupo sanguíneo A con una mayor incidencia de cáncer de mama y enfermedades de transmisión viral (COVID-19). Mientras que el grupo sanguíneo O se ha asociado con cáncer de piel inducido por la exposición prolongada a la luz UV. Actualmente, se ha observado que la Fucoxantina podría actuar como un importante agente fotoprotector por sus propiedades antioxidantes. Sin embargo, su baja bioaccesibilidad durante el proceso digestivo restringe su aplicación como un recurso terapéutico viable en la industria farmacéutico-alimentaria. En este aspecto, una revisión exhaustiva ha revelado que los nano-liposomas demuestran ser una vía adecuada para la nanoencapsulación de Fucoxantina, brindando una mayor protección contra condiciones desfavorables durante el proceso digestivo, incrementando su bioaccesibilidad. Por lo que, el presente trabajo tuvo como objetivo evaluar los nano-liposomas como transportadores efectivos de agentes terapéuticos asociados a los grupos sanguíneos contra enfermedades crónicas. Este enfoque eritroprotector de la fucoxantina podría contribuir al desarrollo de alimentos funcionales diseñados para personas con un tipo de sangre específica previniendo enfermedades crónicas e infectocontagiosas que afectan a un grupo de población más susceptible.

MATERIALES Y MÉTODOS



RESULTADOS

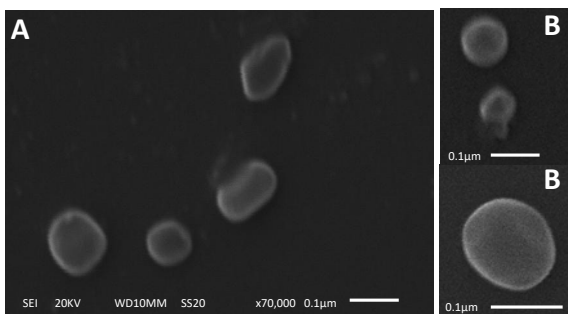


Figura 1. Micrografías de nano-liposomas cargados con fucoxantina (A) y (B) nano-liposomas vacíos por Microscopía Electrónica de Barrido.

Tabla 1. Determinación de la Eficiencia de encapsulación (EE) y solubilidad en agua (WS).

Métodos	Fucoxantina libre	Fucoxantina encapsulada
EE (%)	-----	91.34 %
WS (μg/mL)	23.56	2.87

Referencias

Ellinghaus et al., 2020. The new england journal of medicine.
González-Vega et al 2021. Saudi Journal of Biological Science.
Pan et al., 2018. Molecules
Peña-Medina et al., 2023. Metabolites
Ruiz-Cruz et al., 2022. Metabolites.

Liberación in vitro

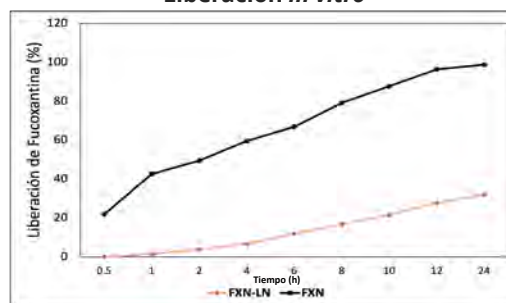


Figura 2. Liberación in vitro de Fucoxantina de nano-liposomas y de una solución de Fucoxantina en PBS (pH 7.4) a 37 °C.

Efecto fotoprotector

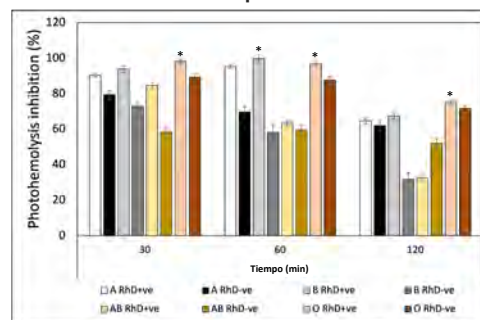


Figura 3. Efecto foroprotector contra el daño oxidativo inducido por luz UV-B (280-315nm). ANOVA de una vía. (*) Representa diferencias estadísticas entre los grupos sanguíneos (p<0.05).

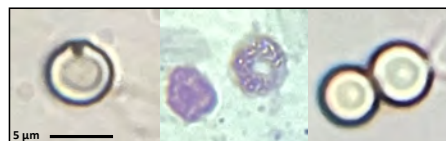


Figura 3. Cambios morfológicos sobre eritrocitos inducidos por luz UV-B. (A) Eritrocito no expuestos; (B) Eritrocito expuesto a luz UV-B; (C) Efecto fotoprotector.

Conclusiones

Los resultados revelaron que la encapsulación de Fucoxantina en nano-liposomas podría ser una forma efectiva de suministrar compuestos con potencial fotoprotector sobre el grupo sanguíneo O, población que presenta una mayor susceptibilidad al cáncer de piel. Este enfoque podría ser la clave para el diseño de nanomateriales cargados con agentes terapéuticos viables para tratar enfermedades crónico-degenerativas e infectocontagiosas asociadas a un grupo sanguíneo.

HISTOPATOLOGÍA Y SU CORRELACIÓN CLÍNICA DE MANIFESTACIONES Y TRATAMIENTO PARA COVID-19

Autor: Diego Oswaldo Mayagoitia Tortoledo

REPORTE DE CASO

PRESENTACIÓN DEL CASO



Masculino de 64 años, originario de Cholula Puebla, agricultor, diabético e hipertenso, con alcoholismo social y obesidad grado I; acude al servicio de urgencias del HGCP; presentando un cuadro de:

- Disnea incapacitante
- Fiebre
- Odinofagia
- Cefalea de patrón tensional
- Tos productiva
- Fatiga

EXPLORACIÓN FÍSICA

- FC: 120 lpm
- Mucosas orales secas
- FR: 32 rpm
- Diaforético
- T: 37.7 °C
- Estertores bilaterales
- TA: 100/70
- Crepitantes gruesos
- SPO2: 65%
- Matidez pulmonar
- IMC: 32

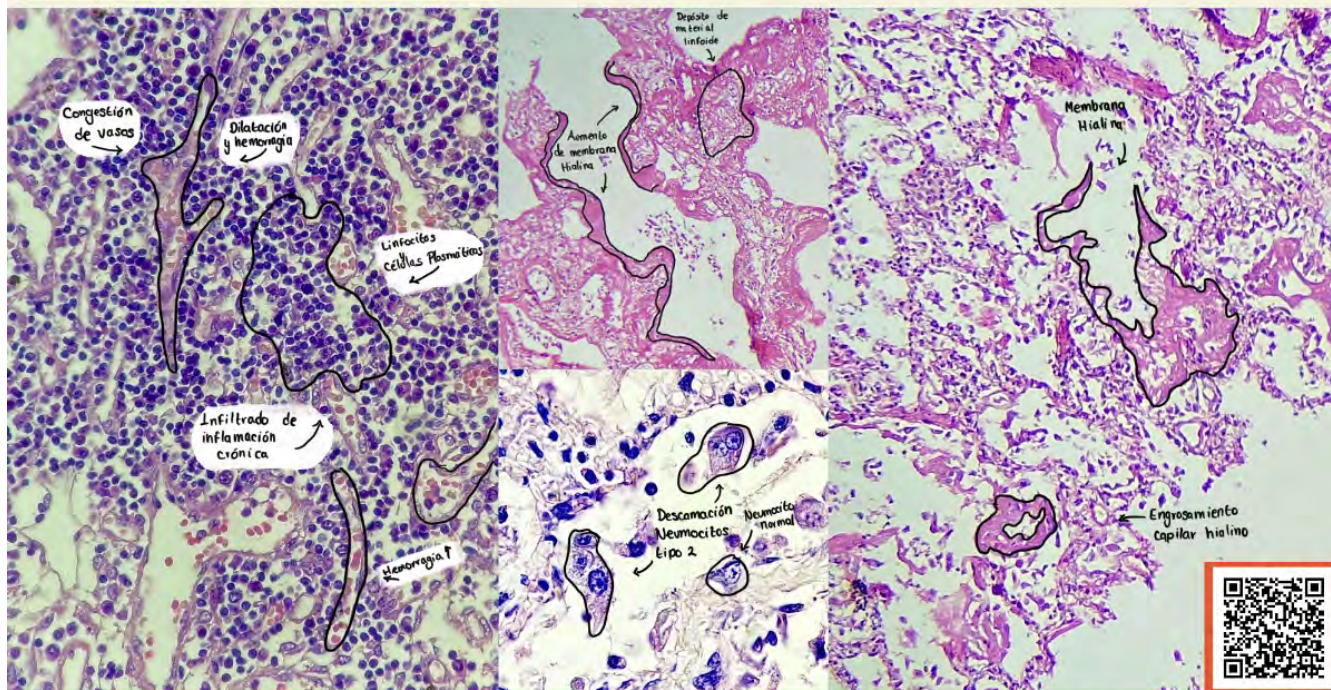
LABORATORIALES

- Anticuerpos específicos COVID-19(+)
- Rx Tórax: Infiltrado intersticial bilateral
- TAC: Vidrio despulido, moteado bilateral, patrón neumónico
- Leucocitosis, Trombocitosis, proteína C reactiva 149

INICIO DE TRATAMIENTO

- Solución salina 0.9%
 - deshidratación
- Enoxaparina
 - trombocitosis
- Levofloxacino
 - antibiótico empírico
- Puntas nasales alto flujo
 - desaturación
- Aminas vasoactivas
 - hipotensión

HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS



Reporte de caso clínico presentado en el Hospital General de Cholula, Puebla; Proporcionado por la Dra. Georgina Loyola Martínez - Directora del HGCP y Jefa del Servicio de Patología del HGCP. Tutorado por el Dr. Eder Javier Martínez González - Médico Patólogo en Laboratorio Atotonilco y Docente de Patología en la Universidad de Guadalajara. Datos presentados de paciente finado cuya información sensible no se expone y se usa como medio de enseñanza médica.



CENTRO UNIVERSITARIO DE LA CIÉNEGA

Pancreatitis aguda idiopática

Martínez-de la Cruz Juan Carlos, Díaz-García Luz María, Jiménez-Serna Izamar, Santiago-Gómez Alejandro, Manzo-Mateo Yuliana Lizbet, Castellanos-Temores Edgar Guadalupe, Hernández-Peña María Isabel

INSTITUCIÓN

Departamento de Ciencias Médicas y de la Vida, Centro Universitario de la Ciénega, Universidad de Guadalajara"

Palabras clave: *Pancreatitis*

INTRODUCCIÓN

En México, la PA tiene una incidencia correspondiente al 3% de los ingresos anuales. El daño acinar que genera el proceso inflamatorio pancreático lleva a una respuesta inflamatoria sistémica hasta necrosis pancreática y con probabilidad de falla orgánica, que impacta directamente en la mortalidad.

OBJETIVO

Presentar el manejo de un caso clínico de PA.

REPORTE DE CASO

Paciente femenino de 50 años, sin antecedentes de alcoholismo, se realizó colecistectomía hace 20 años y no presenta traumatismo previo a su llegada a urgencias.

Presenta dolor abdominal a la palpación media y profunda en el epigastrio sin irradiación ni transitivo con intensidad muy elevada y de duración de alrededor de 5 horas, ritmo y frecuencia peristáltica disminuida y sin irritación peritoneal. Glasgow de 15, consciente, orientada en 3 esferas, adecuada coloración de piel y tegumentos, normocéfalo sin endo ni exostosis, pupilas isocóricas, reflejos fotomotor y consensual presentes, cuello cilíndrico, móvil no doloroso, sin ingurgitación yugular, tórax normolíneo simétrico, precordio rítmico sin soplos ni agregados, campos pulmonares con murmullo vesicular presente, sin presencia de estertores ni sibilancias. Abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, blando. En ayuno con evacuaciones presentes SV dentro de los parámetros, se sospecha de pancreatitis aguda. se indica analgésico, antiespasmódico e inhibidor de bomba de protones con revaloración posterior, se realiza electrocardiograma evidenciando ritmo sinusal sin datos de isquemia, lesión subendocárdica, subepicárdica o necrosis, estudios laboratoriales que indican Lipasa 1870.0/Amilasa 570. Hipercalemia descartada; se solicita US de páncreas, hígado, vías biliares, triglicéridos y colesterol; hígado con datos de infiltración de grasa leve homogénea, páncreas dentro del limite alto de tamaño, colesterol 143.50 y triglicéridos 126.50.

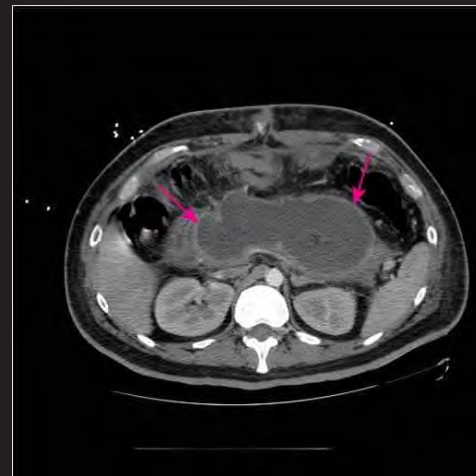


Figura 1. Tomografía axial computarizada del páncreas

CONCLUSIÓN

Los clínicos deben entender los mecanismos fisiopatológicos implicados en la PA y estar familiarizados con el manejo recomendado más reciente para evitar complicaciones graves que pongan en riesgo la vida de los pacientes

REFERENCIA





MANEJO QUIRÚRGICO PARA PACIENTES CON MELANOSIS GINGIVAL FISIOLÓGICA. CASO CLÍNICO

González-Gómez Luis Antonio; Jiménez-Gómez Paloma Fernanda; Pérez-Pérez Mauricio; Guerrero-Bernal Cristian Gabriel; Bocanegra-Morando Dennisse; Varela-Hernández Juan José; Gómez-Mireles Juan Carlos; Mercado-González Ana Esther; Lomelí-Martínez Sarah Monserrat

Especialidad En Periodoncia, Departamento de Clínicas Odontológicas Integrales, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara.



INTRODUCCIÓN

La hiperpigmentación gingival es una situación clínica común y se considera como una variación de lo normal, más sin embargo puede ser un gran problema estético para algunos pacientes, particularmente si la pigmentación es en la zona facial de la encía y es visible durante la sonrisa y el habla del paciente.

La eliminación de esta hiperpigmentación mediante un abordaje quirúrgico es un procedimiento efectivo con un gran impacto en la autoestima de los pacientes, más sin embargo posee un bajo índice de repigmentación al cabo de 18 meses de control.

Las indicaciones clínicas para la eliminación de la hiperpigmentación gingival son únicamente por cuestiones estéticas y por petición del paciente.

OBJETIVO

Presentar un caso clínico del manejo quirúrgico en un paciente que presenta hiperpigmentación gingival.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 22 años sin antecedentes patológicos previos, con motivo de consulta "no me gusta mi encía oscura". A la exploración clínica se observa la presencia de una encía hiperpigmentada (melanosis fisiológica) en sector anterior de ambas arcadas.

Con previa fase 1 periodontal, se anestesia con turbocaína al 4%, posteriormente se procede a eliminar melanosis fisiológica mediante pieza quirúrgica y fresas de diamante estériles, mediante la abrasión del epitelio hasta eliminar por completo la hiperpigmentación y hasta obtener una coloración "rosa" de la zona tratada. Una vez eliminando la hiperpigmentación se procede a controlar el sangrado mediante pósito quirúrgico, para obtener una reepitelización mediante una cicatrización de segunda intención. Se dan indicaciones postoperatorias y se revisa 20 días después del procedimiento quirúrgico.



CONCLUSIONES

La eliminación de manchas mecánicas mediante la abrasión es una técnica quirúrgica efectiva, que tiene un impacto positivo en los pacientes que les causa un problema estético.

REFERENCIAS





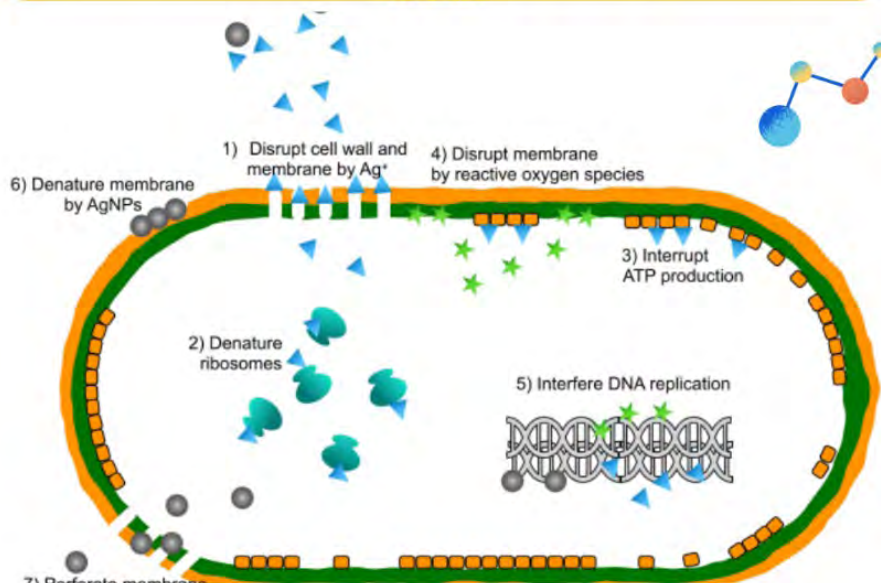
MECANISMO ANTIBACTERIANO EN IMPLANTES MODIFICADOS CON NANOPARTÍCULAS DE PLATA



C.D. MARIA DEL ROSARIO ALEJANDRE PEREZ C.D.E.P. SARAH MONSERRAT LOMELI MARTINEZ

INTRODUCCION

Una causa del fracaso de los implantes dentales es la acumulación de biopelícula dental que suelen desencadenar mucositis periimplantaria y periimplantitis. Por tal motivo, es fundamental desarrollar materiales de implante alternativos con capacidad antibacteriana para prevenir y reducir el fracaso del implante asociado a bacterias.



Se han propuesto varias acciones antibacterianas, particularmente en las bacterias Gram negativas, que consiste en varios pasos

1. Se produce una alteración de la pared celular y la membrana citoplasmática.
2. Desnaturalización de los ribosomas.
3. Interrupción de la producción de trifosfato de adenosina (ATP)
4. Disrupción de la membrana por especies reactivas de oxígeno.
5. Interferencia de la replicación del ácido desoxirribonucleico (ADN)
6. Desnaturalización de la membrana.
7. Perforación de la membrana.

CONCLUSION

El implante modificado con recubrimientos de AgNp podría mantener una actividad antibacteriana fuerte y estable durante mucho tiempo. Las AgNp tienen un excelente efecto antibacteriano, aunque el mecanismo antibacteriano específico y la toxicidad aún no están claros y, por lo tanto, se necesita más investigación para abordar el mecanismo exacto.

EXiaoxue I, Zhang J, Shuping I, et al. The antibacterial Mechanism of Silver Nanoparticles and Its Application in Dentistry, 2020.
Song W, and Shaohua G. Application of Antimicrobial Nanoparticles in Dentistry. Molecules 2019, 24, 103; doi:10.3390/molecules24061033

USO DE MICRO-RNA ASOCIADOS A VESÍCULAS EXTRACELULARES COMO BIOMARCADORES TUMORALES

Ricardo Alvarado-Chavez, Kenji Antonio Ortiz-Moncada, Isaac Cervantes-Gonzales, Daniel Alejandro Pérez-Amezúa, Emmanuel Reyes-Uribe



CENTRO UNIVERSITARIO DE LA CIENEGA

Palabras clave: microRNAs, vesículas extracelulares, cáncer de mama, biomarcadores.

Introducción

En las personas con edad entre 0 y 59 el cáncer mamario es el cáncer con mayor incidencia actualmente en México.

Estimated number of incident cases Mexico, both sexes, ages 0-59 (excl. NMSC)

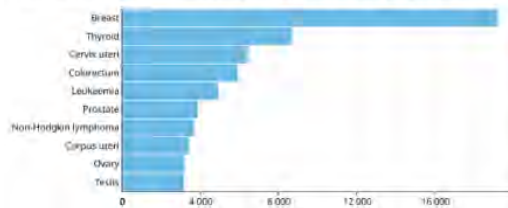


Figura 1.- Estadísticas del cáncer en México: Se han reportado 19,204 casos de este tipo de cáncer en lo que va del año, en segundo lugar, se encuentra el cáncer de firoides con una incidencia de 8,657 mientras que el tercer lugar lo tiene el cáncer de cuello uterino con una incidencia de 6,406. (Globocan, 2023)

Los miRNA son moléculas cortas de RNA monocatenarias de 19 a 25 nucleótidos que regulan la expresión genica.

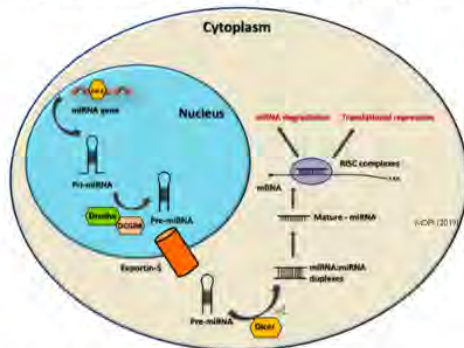


Figura 2.- Biogénesis de miRNA: En esta imagen se observa como es el procesamiento para formar el miRNA. Primero el gen miRNA se traduce para formar pri-miRNA que se convierte a pre-miRNA y sale al citosol a través de la exportin-5. Estando en el citosol sufre varias modificaciones hasta llegar al miRNA maduro (International journal of molecular sciences 2019)

Las vesículas extracelulares (VEs) son partículas provistas de membrana, que son secretadas por todas las células; dependiendo la célula que las secrete, estas pueden contener asociadas a su membrana o en su interior una vasta cantidad de moléculas, como son DNA, mRNA, miRNAs, lípidos, enzimas, ligandos y receptores, entre otros.

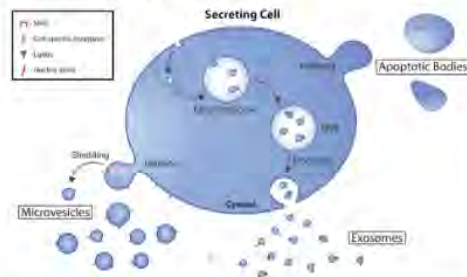


Figura 3.- Biogénesis de las vesículas extracelulares: Los exosomas se forman en el sistema endosómico formándose inicialmente como vesículas intraluminales dentro de los MVB, estos MVB se liberan por exocitosis al LEC o pueden fusionarse con lisosomas. Los cuerpos apoptóticos se forman cuando una célula entra en apoptosis y, por su parte las microvesículas se forman por brote y escisión de la membrana plasmática celular. (Frontiers 2017)

Objetivo

Realizar una búsqueda y compilación de los miRNAs expresados en VEs secretadas por células de cáncer mamario humanas.

Desarrollo

Se utilizaron las bases de datos Vesiclepedia y Exocarta para realizar una búsqueda y compilación de los miRNAs asociados a VEs reportados hasta este año, con la finalidad de proponer su uso como biomarcadores de cáncer mamario.

miRNA	Función
MIR-21	Crecimiento tumoral, invasión y metástasis.
miR-92b-3p	Se puede usar para el pronóstico, diagnóstico y tratamiento.
miR-155	crecimiento tumoral, la angiogénesis.
miR-1246	Crecimiento tumoral.
miR-200	Metástasis.
miR-205	Supresión del crecimiento tumoral y la metástasis.
miR-10b	Mayor migración y metástasis.
miR-1275	Supresor de tumores.
miR-489	Induce la apoptosis y la muerte celular inmunogénica.
miR-520c	Metástasis.
miR-27b	Podría funcionar como un supresor de tumor.
miR-93	Sirve para superar la quimiorresistencia del cáncer.
miR-126	Induce la angiogénesis.
miR-1908	Proliferación y metástasis.

Tabla 1: De los 103 miR investigados tomamos 14 que son biomarcadores candidatos

Conclusión

Se encontraron en total 103 miRNAs presentes en vesículas extracelulares de células de cáncer mamario humanas, la mayoría presente en exosomas. De esos 103miRNAs encontrados se han propuesto al menos 14 como posibles biomarcadores tumorales para el cáncer mamario.

Referencias



INTRODUCCIÓN

En la colonización por SARS-CoV-2, la cavidad bucal juega un papel fundamental en su transmisión¹. La *World Health Organization*², *American Dental Association*³, *Secretaría de Salud del Gobierno de México*⁴ recomendaron el uso de enjuagues antisépticos bucales previo a cualquier manipulación en boca, con la finalidad de reducir la carga viral de SARS-CoV-2 en cavidad oral, nasofaringe y orofaringe.

OBJETIVO

Describir las recomendaciones para el uso de antisépticos bucales frente al SARS-CoV-2.

DESARROLLO

Instituciones de salud a nivel mundial han establecido el uso de antisépticos bucales previos a cualquier procedimiento dental, ya que dañan la envoltura lipídica del SARS-CoV-2 y pueden reducir la carga viral en boca, nasofaringe y orofaringe. SARS-CoV-2 es vulnerable a la oxidación, por lo que se recomienda el uso de enjuagues con agentes oxidantes (Figura 1):

Peróxido de hidrógeno (H₂O₂): compuesto químico con propiedades antimicrobianas y antivirales que daña la envoltura lipídica mediante la generación de radicales libres de oxígeno.⁵ Estudios observaron que enjuagues de H₂O₂ al 1,5 % y 3,0 % mostraron una actividad virucida a los 15 s y 30 s de contacto de hasta 99%.^{5, 6, 7, 8}

Clorhexidina (CHX): antiséptico biguanida, con actividad antimicrobiana contra bacterias grampositivas, gramnegativas, anaerobias y aerobias, algunos virus y levaduras. Estándar de oro en control de biopelículas. Estudios mostraron que un enjuague al 0,12 % durante 60 s logró una reducción del 61 % al 89 % de la carga viral después de 15 min, y una reducción del 70 % al 97 % después de 45 min.^{9, 10}

Yodopovidona (PVP-I): agente oxidante compuesto por yodo y el polímero soluble en agua polivinilpirrolidona, cuya actividad antimicrobiana sucede cuando se disocia y libera yodo que penetra y altera la síntesis de proteínas y oxida ácidos nucleicos, y lisa bacterias, hongos y virus. Estudios han mostrado que PVP-I en concentraciones al 1%, 2.5% y 5% reducen la carga viral de SARS-CoV-2 >99,99 % tras 30 s de contacto. En comparación con H₂O₂, PVP-I exhibió una mejor actividad virucida a los 15 s de exposición (hasta un efecto tres veces mayor). Tóxica para la mucosa oral y nasal en concentraciones superiores al 2,5% y 5%. Contraindicado en pacientes alérgicos al yodo, embarazo, enfermedad tiroidea activa o terapia con yodo radiactivo.^{5, 11, 12, 13}

Cloruro de cetilpiridinio (CPC): compuesto de amonio cuaternario soluble en agua, no oxidante y no corrosivo catiónico a pH neutro, capaz de eliminar o inactivar diferentes cepas de virus ya que tiene la capacidad de romper la envoltura lipídica. Se sugieren concentraciones entre 0,05 % y 0,010 % para reducir la carga viral >99,9% después de 30 s de exposición, mostrando una actividad virucida ligeramente mayor a la CHX.^{9, 14, 13, 15}

CONCLUSIONES

Se están realizando diversos ensayos clínicos para evaluar cual antiséptico reduce más la carga viral de SARS-CoV-2. Su implementación previo a la atención odontológica es prioridad, debido a la cercanía con la que se trabaja y a la producción de aerosoles.

REFERENCIAS



MECHANISM OF ACTION OF ORAL ANTISEPTICS AGAINST SARS-CoV-2

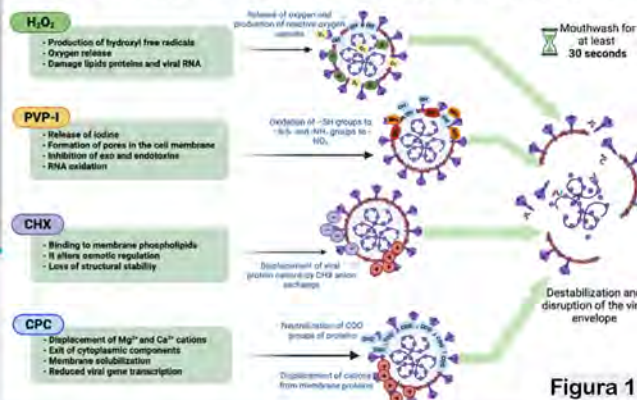


Figura 1



Efecto de la Dimetiltriptamina (DMT) proveniente de la ayahuasca y su efecto en Sistema Nervioso Central

DMT

Drogá con estructura molecular sencilla, presente en la naturaleza y en pequeñas cantidades en el cuerpo humano, se cree que es segregada por varios órganos como lo es la glándula pineal.

Sus efectos son intensos y efímeros, las alucinaciones que produce son visuales, ocasiona euforia, las personas que lo consumen creen tener conversaciones con entes astrales.



Ayahuasca

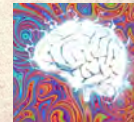


Bebida o té preparado inicialmente en la amazonia por la mezcla de las 2 hierbas llamadas Banisteriopsis caapi del cual son utilizadas sus hojas y el arbusto llamado chacruna o Psychotria viridis, del cual se utiliza tallo y corteza, en esta ultima se encuentran altas cantidades de DMT.

Su actividad farmacológica es atribuida a la interacción sinérgica entre los alcaloides psicoactivos de ambas plantas.

DMT, la ayahuasca y el sistema nervioso central

La ingesta del DMT a través de la ayahuasca permite que altos niveles de DMT entren al **sistema nervioso central**, lo cual ocasionará una potente acción psicotrópica, **provocando efectos como euforia, alucinaciones visuales, distorsiones espaciales y alteraciones del habla**



Mecanismo de acción



Los alcaloides de harmala actúan como inhibidores de la monoamino oxidasa A (MAO-A). Evitando la degradación del primer paso de DMT permitiendo así que suficientes cantidades lleguen el cerebro. Esto quiere decir que el DMT por sí solo es degradado en su mayor parte por acción de la MAO antes de llegar al sistema nervioso central, por ende los efectos no serán los mismos. Es por esto que la mezcla de DMT y los alcaloides de la β -carbolina garantizan el paso hacia el sistema nervioso central

Efectos terapéuticos a nivel cerebral.

Se considerada una bebida medicinal gracias a sus propiedades psicótropas y sus efecto en el SNC, estudios demuestran que podría tener efectos positivos en el tratamiento de trastornos como la depresión, la ansiedad y trastorno de estrés posttraumático (TEPT). Muchas personas la utilizan en terapias de rehabilitación para luchar contra las adicciones, esto porque:

- Su **Tratamiento contra las adicciones** se relaciona con la interacción de los receptores de serotonina y dopamina, estos desempeñan un papel importante en el estado de ánimo de las personas, favoreciendo el estado animo y felicidad del individuo.
- Promueve la **formación de neuronas** y células cerebrales como oligodendrocitos y astrocitos, es por ello que se asocian sus beneficios a las enfermedades neurodegenerativas.
- **Aumenta la disponibilidad de serotonina** en ciertas regiones cerebrales, lo que podría estar relacionado con su capacidad para inducir experiencias psicodélicas y promover cambios en la cognición, las emociones y la percepción.
- Promueve también la **plasticidad sináptica** favoreciendo así el tratamiento en trastornos mentales.

Consumo a largo plazo

Dependencia y abuso: Aunque la Ayahuasca no se considera adictiva en el sentido tradicional, algunas personas pueden desarrollar un patrón de consumo compulsivo y una relación problemática con la sustancia.

Impacto físico: El consumo prolongado de Ayahuasca puede afectar la salud física de una persona. Los componentes de la Ayahuasca pueden tener efectos estimulantes sobre el sistema cardiovascular, lo que puede aumentar la presión arterial y la frecuencia cardíaca.

Conclusión

Gran parte de los efectos terapéuticos de la ayahuasca se deben a la interacción que tiene con los receptores de serotonina y dopamina, estos desempeñan un papel importante en el estado de ánimo de las personas.

Además logramos comprender que los efectos de su consumo van desde la euforia hasta alteraciones en lo sensorial, esto debido al ingreso de la DMT en el sistema nervioso central, ya que ocasiona un estado parecido al de los sueños.

Bibliografía

- Machado, A., Dias da Silva, D., GM Gomes, N., Diniz Oliveira, R. J., & Madureira Carvalho, A. (23 de 10 de 2020). MDPI. Recuperado el 14 de 04 de 2023, de <https://www.mdpi.com/1424-8247/13/11/374>
- Paz, R. (11 de 03 de 2021). Gaceta UNAM. Recuperado el 14 de 05 de 2023, de <https://www.gaceta.unam.mx/terapias-con-alucinogenos-un-riesgo-por-falta-de-regulacion/>



Identificación de una bacteria sustituta para validar procesos térmicos en brócoli

Rojas Reyes Luis, Solís Flores Andrea Margarita, Lomelí Martínez Sarah Monserrat, Varela Hernández Juan José.

Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de la Ciénege. Laboratorio de Microbiología Aplicada

d) Introducción

Salmonella spp, *Escherichia coli* y *Listeria monocytogenes* son los patógenos más comunes que se encuentran en el medio ambiente y que contaminan frutas y verduras. *Salmonella* es causante de 1'342,000 casos anuales de salmonelosis en EE.UU. de los cuales estos alimentos son responsables de un tercio de los casos (Tauxe 2002). Los tratamientos térmicos como el escaldado pueden eliminar estos peligros biológicos, el uso de bacterias sustitutas para validar los tratamientos térmicos en la industria permiten evitar el uso de patógenos con el riesgo de contaminar producto y equipos, la USDA permite el uso de *Escherichia coli* ATCC BAA-1430 no patógena como bacteria sustituta para los estudios de validación en plantas de proceso y la GMA (Almond Board of California) recomienda el uso de *Enterococcus faecium* ATCC 8459 como bacteria sustituta para *Salmonella* en procesos térmicos para pasteurizar almendras y productos secos. Además la Regulación de Controles Preventivos para Alimentos Humanos de la Ley de Modernización de la Inocuidad de los Alimentos (FSMA) de EE. UU. requiere la validación de los procesos basada en evidencia científica y técnica (21 CFR 117.160), para demostrar que previenen o minimizan significativamente el peligro identificado, El Codex Alimentarius solicita validar el punto crítico de control en los planes HACCP de la industria de alimentos.



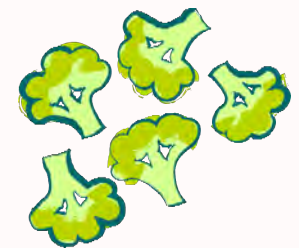
e) Objetivos

Identificar una bacteria sustituta para *Salmonella seftenberg* en procesos térmicos para el blanqueo de brócoli.

f) Material y Métodos

Se utilizó *Escherichia coli* ATCC BAA-1430, *Enterococcus faecium* ATCC 8459, *Listeria innocua* ATCC 33090 y *Lactobacillus plantarum* (Sacco Lyofast) y *Salmonella seftenberg* ya que es la *Salmonella* más resistente al calor.

100 gramos de brócoli fueron inoculados de manera independiente con un inóculo mayor a 8 log y posteriormente sumergidos en agua a diferentes temperaturas y tiempos (72°C/30 s, 73°C/30 s, 74°C/30 s) e inmediatamente después colocados en agua fría, las muestras posteriormente fueron analizadas en medios de cultivo selectivos (ABRV, Agar KF, Agar Oxford, Agar MRS, XLD,) cuantificando las bacterias sobrevivientes por la técnica de vaciado en placa después de cada tratamiento, el experimento se realizó con 5 réplicas.



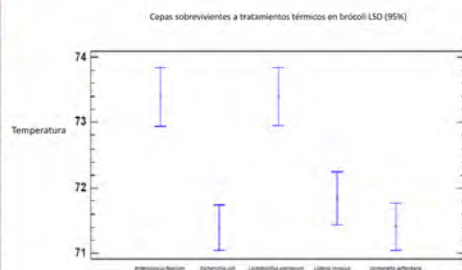
g) Resultados

Enterococcus faecium ATCC 8459 y *Lactobacillus plantarum* fueron más resistentes que *Salmonella seftenberg*, *Escherichia coli* ATCC BAA-1430 y *Listeria innocua* ATCC 33090 (P<.05), en el caso de *Listeria innocua* ATCC 33090 fue ligeramente mas resistente que *Salmonella seftenberg* y *Escherichia coli* ATCC BAA-1430 a 73°C/30 s (Figura 1, cuadro 1), sin embargo los mejores sustitutos resultaron ser *Enterococcus faecium* ATCC 8459 y *Lactobacillus plantarum* ya que sobrevivieron a 74°C/30 s y el resto de las cepas no sobrevivieron.



Cuadro 1. Cepas sobrevivientes después de aplicar tratamiento térmico en agua caliente a 72°C, 73°C y 74°C por 30 s (log/g)

Tratamiento °C/30 s	<i>Salmonella seftenberg</i>	<i>Listeria innocua</i>	Cepas <i>Escherichia coli</i>	<i>Enterococcus faecium</i>	<i>Lactobacillus plantarum</i>
72	2.6	2.6	2.1	4.4	4.3
72	2.3	2.8	2.3	4.6	4.7
72	2.1	2.5	2.5	4.4	4.5
72	2.6	2.7	2.0	4.7	4.5
72	2.4	3.7	2.4	4.7	4.9
73	0.95	1.6	0.95	3.1	3.0
73	0.95	1.4	0.95	3.1	3.2
73	0.95	1.1	0.95	3.2	3.3
73	0.95	1.3	0.95	3.2	3.3
73	0.95	1.7	0.95	3.1	3.1
74	0.95	0.95	0.95	2.1	2.0
74	0.95	0.95	0.95	2.0	2.1
74	0.95	0.95	0.95	2.1	2.1
74	0.95	0.95	0.95	2.1	2.1
74	0.95	0.95	0.95	2.1	2.1



h) Conclusiones

Probar diferentes temperaturas nos permitió identificar que se puede utilizar *Enterococcus faecium* ATCC 8459 ó *Lactobacillus plantarum* como sustituto de la *Salmonella* más resistente al calor como lo es *Salmonella seftenberg*.

Se puede utilizar *Enterococcus faecium* ATCC 8459 ó *Lactobacillus plantarum* para validar procesos térmicos en la industria para del blanqueo de vegetales.

i) Bibliografía

FDA 2019. FSMA Final Rule for preventive controls for Human Foods. Available from: <https://www.fda.gov/food/food-safety-modernization-act-fsma/fsma-final-rule-preventive-controls-human-food> Accessed October 27, 2020. Alimentarius, C. (1969). Principios generales de higiene de los alimentos CXC 1-1969. Adoptados en 2021 Tauxe, R. V. (2002). Emerging foodborne pathogens. International journal of food microbiology, 78(1-2), 31-41



RESIDUOS DE PLAGUICIDAS EN AGUA PARA CONSUMO HUMANO, UN RIESGO PARA LA SALUD EN LA CIÉNEGA DE JALISCO

Luis A. Hernández-Villaseñor, Joel Salazar-Flores, Erandis D. Torres-Sánchez, Juan H. Torres-Jasso, Emmanuel Reyes-Urbe, Carlos A. Flores-Gutiérrez, Irán Cortés-Trujillo and Peregrina-Lucano A. Aarón.

Departamento de Ciencias Médicas y de la Vida, CUCI, UdeG, Av. Universidad 1115, CP 47810, Ocotlán, Jalisco, México. Departamento de Ciencias Biológicas, CUCOSTA, UdeG, Av. Universidad 203, Delegación Ixtapa, CP 48280, Puerto Vallarta, Jalisco, México. Departamento de Farmacobiología, CUCEI, UdeG, Blvd. Marcelino García Barragán 1421, esq. Calzada Olímpica, Modulo E, 44430, Guadalajara, Jalisco, México.

INTRODUCCIÓN

Los plaguicidas son sustancias químicas para control, prevención y/o destrucción de "plagas". Se utilizan en la agricultura con el fin de aumentar la rentabilidad agrícola, sin embargo, pueden ser contaminantes de ecosistemas como el agua, por tanto, una de las principales causas de patologías como: cáncer, leucemia, diabetes, asma, Parkinson, enfermedades reproductivas, renales, del desarrollo, autoinmunes y dentales.¹

OBJETIVO

Evaluar la presencia de 22 plaguicidas agrícolas en muestras de agua potable de purificadoras de la región Ciénega de Jalisco.

MATERIALES Y MÉTODOS

El análisis se realizó en un cromatógrafo de líquidos Agilent Technologies 1200® acoplado a espectrometría de masas. Utilizando una columna C18 Zorbax-EclipseXDB de dimensiones 50mm×2,1mm×3,5µm. Las fases móviles comprendían 0,1% de ácido fórmico en agua y un gradiente de 40-100 % de acetonitrilo a una velocidad de flujo de 0,5 ml/min. Se utilizaron estándares para cada plaguicida y el rango de la curva fue de 0,01 a 1000 µg/mL².

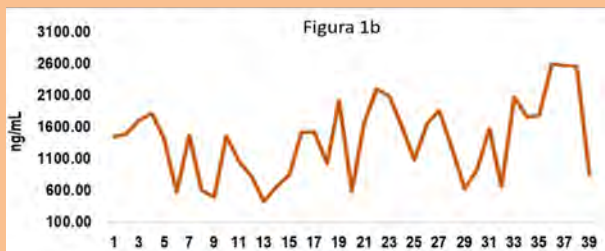
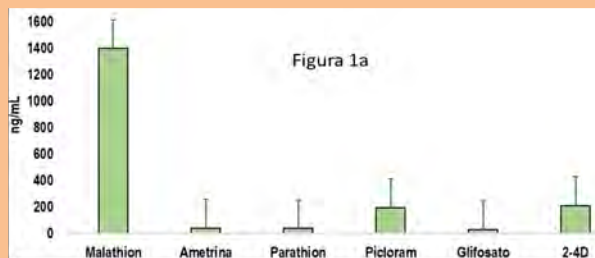


Figura 1a: Media ± DESVEST, para las concentraciones (ng/mL) de plaguicidas detectados en 11 diferentes purificadoras de agua potable en la zona Ciénega de Jalisco, México. 1b) concentraciones de Malation en todas las muestras de las 11 diferentes purificadoras.

REFERENCIAS

- Salazar-Flores *et al.*, (2020). Occupational exposure to organophosphorus and carbamates in farmers in La Ciénega, Jalisco, Mexico: oxidative stress and membrane fluidity markers. *J Occup Med Toxicol.* doi: 10.1186/s12995-020-00283-y. PMID: 33133223; PMCID: PMC7594453.
- Schaner *et al.*, (2007). Determination of Chlorinated Acid Herbicides in Vegetation and Soil by Liquid Chromatography/Electrospray-Tandem Mass Spectrometry. *Ciencia y Tecnología* 3(1):1-5

RESULTADOS

Se analizaron de 5 a 9 muestras de agua de 11 diferentes purificadoras, en dos periodos; septiembre y noviembre 2021. Se detectaron 7 de 22 plaguicidas de los cuales 5 son herbicidas y 2 insecticidas. En septiembre, sobresale el malatión y glifosato, que se encontraron en todas las purificadoras, el primero de estos en concentraciones elevadas ($\mu = 1398.39$ ng/mL) (Figura 1). Para noviembre se encontró el glufosinato con $\mu = 25.21$ ng/mL y Glifosato (Figura 2). Al comparar de forma pareada las concentraciones de malatión, se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p \leq 0.05$) para 6 de las 11 purificadoras (Figura 3).

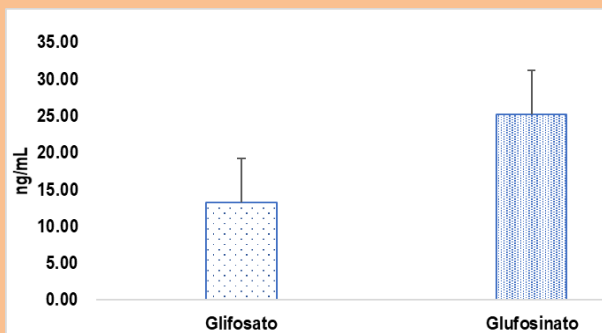


Figura 2: Concentraciones de plaguicidas encontrados durante el muestreo del mes de noviembre 2023, en las 11 diferentes purificadoras.

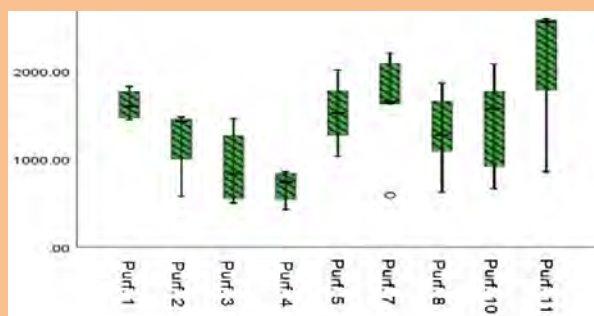


Figura 3: Concentraciones pareadas de Malation durante el muestreo de septiembre en las muestras de las 11 diferentes purificadoras de agua.

CONCLUSION

La población de la región Ciénega podría ser un grupo de riesgo para diferentes enfermedades crónicas asociadas a plaguicidas, debido a que se demostró la presencia de 6 de estos en muestras de agua potable, especialmente el malatión que según la EPA se establece un nivel máximo de 0.1 mg/L de agua potable para su ingesta diaria.



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS

REPORTE DE CASO



García-Sandoval Jazmín Guadalupe*, Herrera-Ibarra José Carlos, Lomelí-Martínez Sarah Monserrat, Nava-Villalba Mario

Departamento de Clínicas Odontológicas Integrales, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara
Departamento de Ciencias Médicas y de la Vida, Centro Universitario de la Ciénega, Universidad de Guadalajara

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de células escamosas de labio es el cáncer más común de la región oral representan el 90% de las lesiones malignas, siendo el sexto cáncer más común en el mundo. Definiéndose como una neoplasia maligna de origen epitelial procedente de los epitelios y estratos de la mucosa oral, siendo el labio inferior el sitio más comúnmente afectado. (2, 4,5,7,10,12,14,15)

OBJETIVOS

Describir el diagnóstico y seguimiento de un carcinoma de células escamosas de labio. Enfatizar la concientización de la identificación temprana de lesiones malignas

REPORTE CLÍNICO

Se presenta a la consulta, paciente masculino de 42 años de edad en el cual se identifica como hallazgo clínico una úlcera en el borde bermellón inferior izquierdo con 6 meses de evolución. A la exploración física se encontró la presencia de vesículas en el pliegue pélvico-abdominal (Fig1)



Fig.1 Lesiones identificadas durante la exploración física y clínica

Posteriormente se refiere al especialista, mismo que toma una biopsia incisional con hallazgos inespecíficos, aparentemente por mala orientación del espécimen, dándole seguimiento a la lesión por dos meses más, bajo régimen de antibioticoterapia considerando una posible lesión infecciosa atípica. (Fig 2).

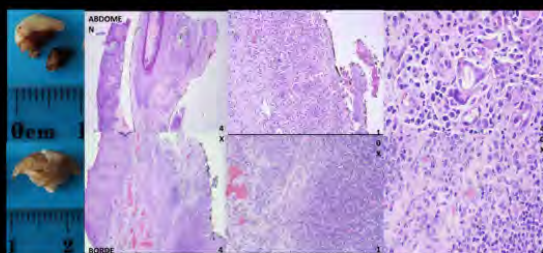


Fig. 2 Biopsia incisional de borde bermellón y lesiones del pliegue pélvico abdominal, corte histológico al 4x, 10x y 40x

Dada su persistencia se realiza una escisión quirúrgica y se somete a estudio histopatológico evidenciando un carcinoma de células escamosas de labio, bien diferenciado, queratinizante, invasor (Fig. 3 Y 4)

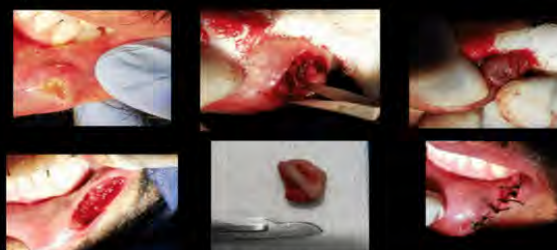


Fig. 3 Biopsia excisional de labio

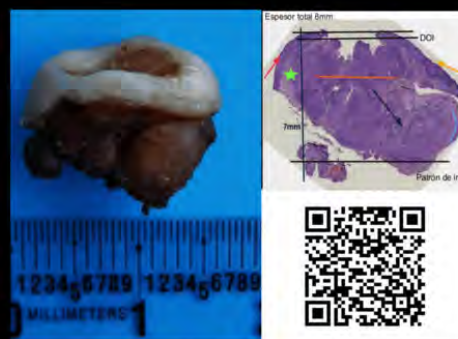


Fig. 4 Biopsia excisional de labio

Se desarrolló un reporte estandarizado con el cual se remite al servicio de oncología para ampliación de márgenes quirúrgicos, este se lleva a cabo sin evidencia de enfermedad residual, actualmente el paciente se encuentra en seguimiento clínico.



Fig. 5 Situación clínica actual del paciente

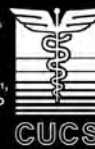
CONCLUSIONES

Una correcta anamnesis y una adecuada exploración clínica permiten una identificación temprana del carcinoma de células escamosas de labio. Un diagnóstico y tratamiento precoz es fundamental para el manejo de esta neoplasia maligna permitiendo un mejor el pronóstico de los pacientes

REFERENCIAS



SCAN ME



INTRODUCCIÓN

La erupción pasiva alterada (EPA) es una entidad clínica que se presenta cuando un diente alcanza el plano oclusal y el margen gingival se encuentra en dirección oclusal a la unión cemento-esmalte (UCE), dando como resultado una exposición gingival excesiva al sonreír.² Su prevalencia en la población general es de hasta el 35,8%.³ Se diagnostica con base en hallazgos clínicos (coronas clínicas cortas) y radiográficos. Su tratamiento se selecciona dependiendo de la altura de la banda de encía queratinizada (tipo 1 y 2), y de la distancia de la UCE a la cresta alveolar (subgrupo A y B).⁴ Las opciones terapéuticas van desde una gingivectomía a bisel externo, alargamiento de corona o un colgajo de espesor total reposicionado apicalmente, con o sin resección de tejido óseo.^{5,6}

OBJETIVO

Describir el alargamiento de corona como tratamiento de EPA.

REPORTE DE CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 19 años de edad, ASA 1, acude a la Especialidad en Periodoncia con motivo de consulta "mejorar mi sonrisa". Clínicamente se observaron coronas clínicas cortas, márgenes gingivales desarmónicos y una adecuada banda de encía queratinizada de fenotipo grueso, en el sector anterosuperior (figura 1). Radiográficamente se identificó que el tamaño de sus coronas era mayor al expuesto clínicamente (figura 2). La paciente se diagnosticó con EPA y se clasificó como tipo 1 (encía queratinizada >2mm) y subgrupo B (cresta ósea próxima a la UCE). Para el abordaje quirúrgico realizaron incisiones submarginales 1 mm apicales al margen gingival e intrasulculares, de OD15 a OD27 y se retiró la banda de encía con curetas (figura 3). Se reflejó un colgajo mucoperiostico de espesor total (figura 4). A continuación, se realizó osteotomía para posicionar la cresta ósea a 2 mm de la UCE y osteoplastia (figura 5). Reposicionamiento del colgajo (figura 6) seguido de sutura interrumpida simple en cada papila con nylon 6-0 (figura 7). Postoperatorio a las 2 semanas (figura 8).



Figura 1



Figura 2



Figura 3



Figura 4



Figura 5



Figura 6

CONCLUSIONES

Es importante realizar un diagnóstico preciso, ya que de eso dependerá la elección del tratamiento adecuado y que los resultados estéticos se conserven a largo plazo sin recidiva.



Figura 7

REFERENCIAS



Figura 8



RECUBRIMIENTO RADICULAR Y CAMBIO DE FENOTIPO PERIODONTAL CON INJERTO GINGIVAL LIBRE

González-Gómez Luis Antonio; Rodríguez-Oliveros Gustavo; Alcaraz-Baturoni Francisco Javier; Carrillo-Contreras Nadia Guadalupe; Romo-Huerta Alberto José; Guedea-Preciado Nora Esther; Lomeli-Martínez Sarah Monserrat

Especialidad En Periodoncia, Departamento de Clínicas Odontológicas Integrales, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara.

INTRODUCCIÓN

El injerto gingival libre es un tratamiento en el área periodontal, en donde se busca modificar el fenotipo periodontal mediante la toma de injertos epiteliales tomados del paladar, para así obtener una ganancia en encía queratinizada o encía insertada y así poder mantener dientes e implantes con un mínimo grosor necesario para su salud y permanencia a largo plazo.

Es un procedimiento efectivo realizándolo con un conocimiento completo de los principios biológicos utilizando las técnicas adecuadas.

Las indicaciones clínicas para el injerto gingival libre es tener una inadecuada banda de encía queratinizada (menor a 2mm) o modificar el grosor periodontal para los pacientes que tienen un fenotipo periodontal muy delgado.



OBJETIVO

Presentar caso clínico de injerto gingival libre, para recubrimiento radicular y modificación de fenotipo periodontal.



CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 25 años sin antecedentes patológicos previos, remitido por ortodoncia. A la exploración clínica se observa recesión gingival (RT2) en pieza 31. Se realiza fase 1 periodontal consistente en raspado coronal y alisado radicular de dicha pieza, posteriormente se procede a realizar la cirugía que consistió en levantar un colgajo de espesor parcial en el lecho receptor de aproximadamente 10mm x 5mm, después se tomó un injerto gingival libre del paladar de aproximadamente 2mm de grosor, posterior a esto se adapta y ajusta al lecho receptor, para después fijarlo con puntos simples en la periferia del injerto y puntos cruzados periósticos para acercar el injerto al lecho receptor. Se dan indicaciones postoperatorias y se retiran puntos de sutura 20 días después.



CONCLUSIONES

El injerto gingival libre dental es una opción de tratamiento cuando se busca modificar el fenotipo periodontal o ganar encía queratinizada, el cual tiene resultados muy predecibles y excelentes resultados clínicos.



REFERENCIAS





EL GRUPO SANGUÍNEO Y SU RIESGO DE CONTAGIO POR SARS-COV 2.

Autor: Murillo Gaona Luz María

Coautor (es): Plascencia Angel Yuliana- Zaragoza Muñoz David Sebastian- Aranda Suarez Evelyn Chavez Alvarez Nancy Paola- Morales Martinez Clara Janeth.

Objetivo: Analizar la relación entre los grupos sanguíneos y el riesgo de contagio por SARS-COV 2.

INTRODUCCIÓN

El grupo sanguíneo ha surgido como una variable potencialmente relevante en la predisposición al contagio y la gravedad de la enfermedad. Además del riesgo de contagio, los grupos sanguíneos también pueden influir en la gravedad de la enfermedad. Se ha sugerido que los antígenos de grupos sanguíneos presentes en las células pueden afectar la capacidad del virus para infectar y propagarse en el organismo.

SARS COV 2

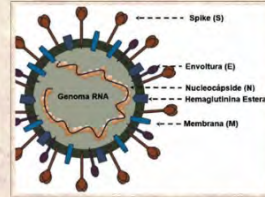


Figura 1. Estructura de SARS-CoV-2, virus causante de COVID-19 con sus proteínas estructurales correspondientes.

GRUPOS SANGUÍNEOS

Grupo sanguíneo	Infección y mortalidad	Porcentaje de infección	Morbilidad (2020)
A	Los 37% de los pacientes estudiados tienen el grupo A y representan aproximadamente el 37% de los casos y 41% de las muertes.	Pacientes con grupo sanguíneo A tienen 41% de posibilidades de adquirir una infección por SARS-CoV-2.	39%
B	Del grupo B solo se encontró un 29% de pacientes con este grupo sanguíneo, y se registraron el 32% de las muertes.	Pacientes con grupo sanguíneo B tienen 19.5% de posibilidades de adquirir una infección por SARS-CoV-2.	25%
AB	Las personas con sangre tipo AB tienen un 44% menos de probabilidades de dar positivo, aunque sólo el 3.07% de los sujetos que dieron positivo tenían sangre AB.	Pacientes con grupo sanguíneo AB tienen 0.2% de posibilidades de adquirir una infección por SARS-CoV-2.	10%
O	Del grupo O hubo un 34% de pacientes, los pacientes con este tipo de sangre tuvieron solo un 26% de casos y muertes.	Pacientes con grupo sanguíneo O tienen 39% de posibilidades de adquirir una infección por SARS-CoV-2.	26%

Figura II. Grupo sanguíneo con relación al SARS-CoV2

ANTÍGENOS SANGUÍNEOS DEL SISTEMA ABO

Mediante un artículo de investigación en la ciudad de Bayamon, Puerto Rico, se dieron a conocer los siguientes resultados, la frecuencia de infectados con fenotipo A fue de 41.5%, del fenotipo O 39% y por último del fenotipo B 19.5%, siendo así el fenotipo A el cual es más propenso a infecciones, mientras que en el grupo AB no se encontraron casos de infección. Dentro del fenotipo B encontramos un mayor número de personas asintomáticas o con escasos síntomas.

FACTORES DE RIESGO DEL SISTEMA ABO

GRUPO SANGUÍNEO	FACTOR DE RIESGO
A	Predominan pacientes con síntomas/signos respiratorios. Alta prevalencia de contagios.
B	Misma proporción para pacientes con y sin síntomas/signos respiratorios. Prevalencia media de contagios.
AB	No se registra frecuencia de pacientes con síntomas/signos respiratorios. Baja prevalencia de contagios.
O	Predominan pacientes asintomáticos y escaso-sintomáticos. Baja prevalencia de contagios.

Figura III. Factores de riesgo con respecto a grupo sanguíneo con relación al SARS-CoV2

CONCLUSIÓN

Estudios han demostrado que las personas con grupo sanguíneo A pueden tener un mayor riesgo de infección y de desarrollar formas severas de COVID-19, mientras que aquellos con grupo sanguíneo O pueden tener un menor riesgo. Esto puede estar relacionado con los anticuerpos presentes en cada tipo de sangre y su capacidad para combatir la infección. La relación entre los grupos sanguíneos y las enfermedades es compleja y aún se están investigando los mecanismos subyacentes.

BIBLIOGRAFÍA:

Antezana Llaveta, G., & Aranda-Guzmán, J. (2020). SARS-CoV-2: estructura, replicación y mecanismos fisiopatológicos relacionados con COVID-19. *Gaceta médica boliviana*, 43(2), 172-178. <https://doi.org/10.47993/gmb.v43i2.85>. *(S/f-b). Sld.cu. Recuperado el 10 de mayo de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182022000200006&lang=es.





Centro Universitario de la Ciénega

Universidad de Guadalajara

RELACIÓN DE LA INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI Y EL DESARROLLO DE CÁNCER DE ESTÓMAGO

Manzo-Chávez Ruth, Robles-Bernal Marisa S, Jimenez Avila Estefany M., García-Cruz Johana L.,

INSTITUCIÓN

Departamento de Ciencias Médicas y de la vida, Centro universitario de la cienega, Carrera de Médico Cirujano y Partero, Universidad de Guadalajara

Palabras clave: H. Pylori, cáncer gástrico, Infección Pylori, Cáncer estómago

INTRODUCCIÓN

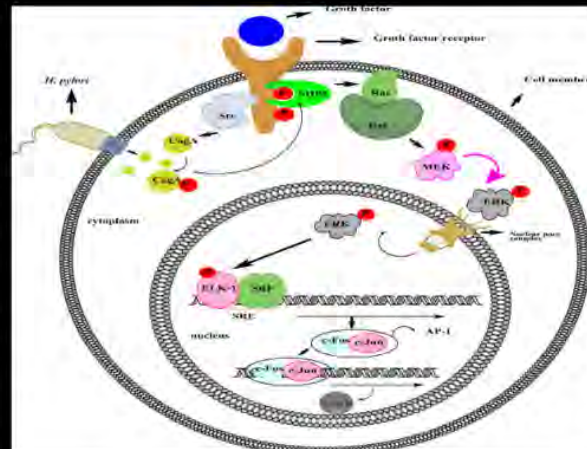
La infección por H. pylori induce la producción de radicales libres de oxígeno y compuestos nitrogenados reactivos, que dañan el ADN y provocan mutaciones en las células gástricas. Además, la bacteria secreta una enzima llamada ureasa, que convierte la urea en amoníaco y bicarbonato, lo que puede aumentar el pH del estómago y reducir su capacidad para digerir los alimentos. [6, 7]

OBJETIVO

Dar a conocer la relación de la infección por Helicobacter Pylori y el desarrollo de cáncer de estómago.

DESARROLLO

La colonización en el epitelio gástrico de Helicobacter Pylori por sus factores de virulencia específicos (gen A asociado a la citotoxina, la citotoxina A vacuolizante y los tipos de proteínas de la membrana externa) activa las vías de señalización de la proliferación celular. Lo que conlleva los siguientes procesos: La unión del factor de crecimiento a un receptor de tirosina quinasa conduce a la autofosforilación y formación de sitios de unión para el dominio SH2 de SHP2. [2, 5]



Alipour, M. Mecanismo molecular del cáncer gástrico inducido por Helicobacter pylori. J Gastrointest Canc 52, 23-30 (2021).

SHP2 activado activa el Ras. El complejo Ras-GTP activado activa la proteína quinasa Raf. Raf fosforila y activa la proteína quinasa MEK, que a su vez activa ERK. El ERK activado se transloca al núcleo, donde fosforila el factor de transcripción ELK1. ELK1 activado junto con SRF se une a SRE e induce la expresión de los genes c-Fos y c-Jun. El factor de transcripción del complejo ELK1-SRF activa la transcripción de la ciclina D. El aumento de la ciclina D provoca la proliferación celular. Src activa que activa SHP2. La SHP2 activada provoca una proliferación celular incontrolada. [4]

CONCLUSIÓN

La infección por Helicobacter pylori es el factor de riesgo conocido más importante para el desarrollo del cáncer de estómago, siendo la bacteria representativa de la mayoría de los casos de cánceres gástricos. [1, 3]

REFERENCIAS





Perfil de resistencia de *S. aureus* en pacientes con periodontitis VIH positivos



Denisse Bocanegra-Morando¹; Juan José Varela Hernández²; Jaime Federico Andrade Villanueva³; Luz Alicia González Hernández²; Ana Esther Mercado-González¹; Sarah Monserrat Lomeli Martínez²

¹.Departamento de clínicas odontológicas integrales, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara

².Departamento de ciencias Médicas y de la Vida, Centro Universitario de la Ciénega, Universidad de Guadalajara

³.Unidad de VIH-OPD Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde", Universidad de Guadalajara

INTRODUCCIÓN

Staphylococcus aureus es un patógeno que causa una amplia gama de infecciones¹. Los pacientes con VIH tienen predisposición a infecciones bacterianas por *S. aureus*, siendo una causa importante de morbilidad y mortalidad². En la cavidad oral *S. aureus* se ha aislado en las superficies dentales y bolsas periodontales^{3,4}, donde podría contribuir a la transferencia de genes que codifican la resistencia a antibióticos a otras bacterias presentes en la biopelícula bacteriana⁵.

OBJETIVO

Determinar el perfil de resistencia de *S. aureus* en pacientes con periodontitis VIH positivos

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal analítico, se realizó muestreo no probabilístico por conveniencia en el que participaron 90 pacientes VIH positivos con periodontitis del Servicio de VIH del Antiguo Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde". El Proyecto fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Civil de Guadalajara, número de registro de 020/16. Las muestras se obtuvieron del líquido crevicular y biopelícula dental del sitio más afectado por periodontitis de cada uno de los cuadrantes en cada paciente. La identificación se realizó a través de Staph aureus CHROMagar. La prueba de susceptibilidad *in vitro* se desarrolló a través del método Kirby-Bauer. Los antibióticos implementados fueron Ampicilina, Cefalotina, Cefotaxima, Oxacilina, Dicloxacilina, Teicoplanina, Vancomicina, Gentamicina, Amikacina, Kanamicinan, Norfloxacin, Trimetoprim/Sulfametazol, Doxicilina, Minociclina, Tetraciclina, Azitromicina, Eritromicina, Linezolid, elegidos de acuerdo a las recomendaciones del Instituto de Normas Clínicas y de Laboratorio (CLSI).

RESULTADOS

Se obtuvieron un total de 15 cepas de *S. aureus*. Para todos los antibióticos por lo menos una cepa presentó resistencia. Los mayores porcentajes de resistencia lo presentaron ampicilina (100 %), tetraciclina (86.6 %) y kanamicina (66.6 %). Respecto a la susceptibilidad, los mejores resultados lo presentaron cefalotina (60 %), vancomicina (60 %) y gentamicina (53.3 %)

CONCLUSIONES

Las cepas de *S. aureus* aisladas de pacientes VIH positivos con periodontitis muestran multiresistencia a varios antibióticos. Es necesario implementar investigación periódica sobre la resistencia de *S.aureus* que participan en la periodontitis con la finalidad de promover el tratamiento efectivo en pacientes con VIH/SIDA.

Antibiótico	<i>S. aureus</i>		
	S	I	R
Ampicilina 10 µg	0	0	100
Cefalotina 30 µg	60	33.3	6.66
Cefotaxima 30 µg	26.6	60	13.3
Oxacilina 30 µg	0	40	60
Dicloxacilina 30 µg	0	53.3	46.6
Teicoplanina 30 µg	20	53.3	26.6
Vancomicina	60	33.3	6.66
Gentamicina 10 µg	53.3	33.3	13.3
Amikacina 30 µg	33.3	33.3	33.3
Kanamicinan 30 µg	6.66	26.6	66.6
Norfloxacin 10 µg	33.3	26.6	40
Trimetoprim/Sulfametazol 1.25/23.75 µg	0	80	20
Doxicilina 30 µg	33.3	40	26.6
Minociclina 30 µg	26.6	53.3	20
Tetraciclina 30 µg	0	13.3	86.6
Azitromicina 15 µg	0	40	60
Eritromicina 15 µg	40	46.6	13.3
Linezolid 30 µg	26.6	26.6	46.6

S: Susceptible; I: Intermedio; R: Resistente

REFERENCIAS



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

REHABILITACIÓN COMPLETA DE PRÓTESIS FIJA CON DISILICATO DE LITIO.

REPORTE DE CASO



Herrera-Ibarra José Carlos* García-Sandoval Jazmín Guadalupe, Sierra-Rosales Alberto, Rodríguez Blanca Nieves, Lomeli-Martínez Sarah Monserrat, Ruiz-Anaya Jesús, Magaña-Curiel Karina, Curiel-González Ricardo
Especialidad en Prostodoncia. Departamento de clínicas odontológicas integrales. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara

INTRODUCCIÓN

La rehabilitación completa con disilicato de litio se ha convertido en una alternativa prometedora en pacientes con pérdida de la estructura dentaria. Este material mantiene una alta resistencia a la fractura, cumple con una adecuada estética dental además de requerir técnicas mínimamente invasivas para su colocación. Se presenta un caso clínico rehabilitado con prótesis dental en ambos maxilares con disilicato de litio. (1,3,7,14,15)

OBJETIVOS

Describir una rehabilitación completa de prótesis fija y la colocación de un implante restaurado con disilicato de litio mejorando el color, forma, estableciendo una oclusión guía canina y guía anterior, así como el restablecimiento de la dimensión vertical dando un nuevo esquema en relación céntrica.

REPORTE CLÍNICO

Se presenta a la Clínica de Prostodoncia, paciente femenino de 49 años, con motivo de consulta "Quiero repararme todas las muelas y dientes desgastados de enfrente" Se diagnostica bruxismo, restauraciones directas e indirectas defectuosas, caries. El plan de tratamiento consistió en ocho fases:

Primera Fase: Se recopila toda la información para hacer diagnóstico y plan de tratamiento, expediente clínico, fotografías, radiografías y modelos de estudio (Fig. 1).



Fig.1 Análisis clínico y radiográfico de arcada superior e inferior

Segunda fase: Se realiza fase I periodontal.

Tercera fase: Se realizan tratamientos endodónticos en el #11,21 y 25.

Cuarta fase: Se realiza un encerado en el laboratorio y se continúa con una prueba estética para valorar el tamaño y forma de los dientes y su relación con los tejidos blandos y duros, labios y anatomía facial. (Fig. 2 y 3)



Fig.2 y 3 Prueba de mock up

Quinta fase: Se realizó la colocación del implante en la posición del #35, de la marca Strauman con la medida de 3.5 x 10 mm con la ayuda de una guía semirestrictiva. (Fig.4)



Fig.4 Colocación del implante Straumann con una guía semirestrictiva

Sexta Fase: Se procede a retirar las restauraciones desajustadas, reconstruir los mismos con resina de la marca 3m con la técnica de aislamiento absoluto (Fig. 5).

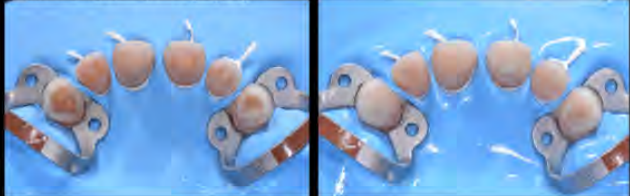


Fig.5 Reconstrucción de muñones

Séptima Fase: Se realiza la preparación de los dientes con guías de preparación, se toma de impresiones finales con la técnica de doble hilo e impresión y a un solo paso con silicón fluido de 3M y pesado de Zhermack (Fig. 6).



Fig.6 Preparación de los dientes y colocación de hilos retractores .

Octava fase: Se realiza prueba en cera para valorar ajuste, sellado, estética y oclusión. Posteriormente, se prueban las estructuras de disilicato de litio color A1 con pastilla MT, se realizan los ajustes y se realiza la cementación, utilizando arenador , adhesivo universal y adhesivo autograbante y dual como medio de unión entre la restauración y el diente.

Se realizan ajustes oclusales para obtener contactos simultáneos y se verifica la guía canina y guía anterior (Fig.7).



Fig.7 Prueba en cera, fotografías iniciales y finales del paciente.

CONCLUSIONES

El disilicato de litio es material se cumple con las necesidades altamente estéticas, biológicas, mecánicas y funcionales de una rehabilitación completa con protésica fija, asegurando el abordaje mínimamente invasivo obteniendo resultados prometedores a largo plazo. Sin embargo, con el avance de la tecnología y el mejoramiento de los materiales, es necesario crear evidencia científica para comprender el desempeño del material y comprobar su eficacia.

REFERENCIAS





REHABILITACIÓN COMPLETA DE PRÓTESIS FIJA IMPLANTO-DENTO SOPORTADA CON ZIRCONIA. REPORTE DE CASO.

Herrera-Ibarra José Carlos* García-Sandoval Jazmín Guadalupe, Lomeli-Martínez Sarah Monserrat, Ruiz-Anaya Jesús, Magaña-Curiel Karina, Curiel-González Ricardo, Herrera-Ibarra Ernesto Iván

Especialidad en Prosthodontia. Departamento de clínicas odontológicas integrales. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara



INTRODUCCIÓN

La rehabilitación completa de zirconia soportada por implantes y dientes, se ha convertido en una alternativa viable en pacientes parcialmente edéntulos⁽¹⁻⁶⁾. Éste es un material con alta resistencia y biocompatibilidad, tiene una buena estética dental y gingival, además se puede obtener una réplica de la prótesis en resina o cera para la aprobación y ajuste en el paciente^(20,27,29,30).

OBJETIVOS

Rehabilitar al paciente con prótesis fija implanto-dento soportada con zirconia que faciliten la higiene oral, reponiendo las piezas ausentes con restauraciones que mejoren color, forma, estableciendo una oclusión con guía canina y guía anterior, así como también restablecer la dimensión vertical dando nuevo esquema en relación céntrica.

REPORTE CLÍNICO

Se presenta a la consulta, paciente femenino de 64 años, con motivo de consulta: "Quiero acomodarme mis dientes y quiero implantes". Se diagnóstica prótesis parciales desajustadas, caries y edentulismo parcial. El plan de tratamiento consistió en siete fases:

Primera fase: Se recopila toda la información para hacer diagnóstico y plan de tratamiento: expediente clínico, fotografías, radiografías y modelos de estudio (Fig. 1).



Fig.1 Análisis clínico y radiográfico de arcada superior e inferior

Segunda fase: Se procede a realizar las extracciones de los dientes superiores, regularización del proceso alveolar y se colocan implantes cónicos, de conexión interna (Hiossen) en zona #2, 4 y 6. Se realizó preservación alveolar y regeneración con injerto xenoinjerto (Geistlich Bio-Oss) (Fig. 2).



Fig.2 Extracción y colocación inmediata de implantes Hiossen

Tercera fase: Se colocan prótesis provisionales en la arcada superior e inferior.

Cuarta fase: 6 meses después de la colocación de implantes, se tomaron impresiones finales. Se utilizó la técnica de doble hilo para los dientes utilizando el hilo #000 y #0. Para los implantes se utilizaron postes de impresión y éstos fueron ferulizados con hilo dental y Triad Gel de Dentsplay y membrana de colágeno (Ase Surgical), (Fig. 3).



Fig.3 Felurización de implantes y colocación de hilos retractores

Quinta fase: Se realizó prueba en cera para valorar, ajuste, sellado, estética y oclusión (Fig.4).



Fig.4 Prueba en cera

Séptima fase: Se realizó pruebas de las estructuras en zirconia para valorar, ajuste y pasividad.



Fig.5 Estructuras de zirconia y radiografías periapicales

Octava fase: Se recibió el trabajo por parte del laboratorio, y se realizó el cementado de manera extraoral de las estructuras de zirconia a los pilares y éstos fueron atornillaron en boca a 25 Newtons las prótesis fijas y a 35 newtons las coronas individuales.

Posteriormente, se cementaron las coronas individuales sobre la estructura de zirconia superior y se terminó con el cementado de las prótesis fijas en los dientes en la arcada superior.

Se verificó la oclusión para obtener contactos simultáneos en relación céntrica.



CONCLUSIONES

La zirconia es un material relativamente nuevo que presenta biocompatibilidad y excelentes propiedades mecánicas, además su aplicación para estos tratamientos es novedosa y prometedora. Una adecuada selección del paciente, y la combinación correcta de protocolos clínicos y técnicos son imperativos para obtener buenos resultados en este tipo de rehabilitaciones.

REFERENCIAS





RECUBRIMIENTOS RADICARES CON TÉCNICA DE TÚNEL

González-Gómez Luis Antonio; Jiménez-Gómez Paloma Fernanda; Martínez-Nieto Melissa; Gómez-Sandoval Juan Ramon; Lomelí-Martínez Sarah Monserrat

Especialidad En Periodoncia, Departamento de Clínicas Odontológicas Integrales, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara.



INTRODUCCIÓN

La recesión gingival es la migración apical del margen gingival con exposición de la superficie radicular pudiendo ocasionar múltiples afecciones clínicas como hipersensibilidad, compromiso de la estética, predisponencia al desarrollo de caries radicular, inflamación progresiva, entre otras.

Existen variedad de técnicas quirúrgicas para el tratamiento de recesiones gingivales; entre las que destaca la técnica de túnel utilizada mayormente para el tratamiento de recesiones gingivales múltiples, esta técnica fue descrita por Allen en 1994 con el objetivo de cubrir áreas de exposición radicular utilizando injertos de tejido conectivo subepitelial.



OBJETIVO

Presentar caso clínico de cobertura radicular con técnica de túnel

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 48 años, sin antecedentes patológicos previos, con motivo de consulta: "No me gustan mis dientes largos". A la exploración clínica se observan recesiones gingivales múltiples RT1 y RT2 en órganos dentarios 43, 44 y 45.

Con previa Fase 1 periodontal y bajo magnificación se realiza un abordaje con técnica de túnel realizando incisiones intrasurculares, posteriormente con el uso de tunelizadores se prepara un colgajo de espesor parcial en túnel de O.D. 43 al O.D. 45, desinsertando fibras musculares y obteniendo un desplazado coronal del tejido. Se toma un injerto conectivo subepitelial del paladar de aproximadamente 5mm x 20mm, se fija con puntos simples en cada extremo. Posteriormente se coloca resina en las zonas interproximales de los dientes a tratar para suturar con nylon 7-0 y técnica de doble cruzado manteniendo así el tejido desplazado hacia coronal.



CONCLUSIONES

Esta técnica es un procedimiento quirúrgico mínimamente invasivo que ofrece múltiples ventajas como dejar las papilas intactas, no realizar incisiones verticales y mínimo trauma a componentes vasculares; esto lleva a tener excelentes resultados de cobertura, por lo que es una opción de tratamiento con resultados predecibles en casos de recesiones gingivales múltiples.

REFERENCIAS





EL MIDAZOLAM: ¿UN SALVAVIDAS O UNA SENTENCIA DE MUERTE? UNA REVISIÓN SOBRE LOS USOS CONTROVERSIALES DE ESTE PODEROSO SEDANTE EN LA MEDICINA MODERNA.

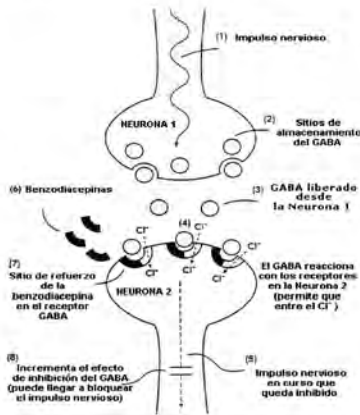


Karla Castellanos-Silva, Xochiquetzalli Rojo-Villamota, América Nolasco-Velarde,
Andrea Carmona-Espinal, Emiliano Herrera-Alaniz, Ángel Jiménez-Ortega & Irán Cortes-Trujillo.

Licenciatura en Químico Farmacéutico Biólogo del Centro Universitario de la Ciénega, Universidad de Guadalajara

INTRODUCCIÓN

El midazolam es un medicamento que se usa para la sedación, la ansiedad y la inducción de la anestesia. Lo podemos encontrar en diversas formas farmacéuticas, como lo son la solución inyectable o comprimidos. Se puede administrar por vía intravenosa, intramuscular, oral o rectal. El midazolam actúa como un modulador alostérico positivo en los receptores GABA, lo que produce efectos sedantes, ansiolíticos y anticonvulsivos. La farmacometría y farmacodinamia del midazolam se basan en la relación entre la dosis administrada y la concentración plasmática del medicamento.



RESULTADOS

Referencia	Población	Administración y efecto
Soriano-García, et al. (2013). CUBA	Adultos > 18 Ambos sexos Cáncer en etapa terminal	Administración: ampollitas de 2 mL de clorhidrato de midazolam (10 mg) Efecto: midazolam respondió a la necesidad clínica de controlar una situación sintomática intolerable con una respuesta eficaz
Dao, K., Giannoni, E., Diezi, M., Roulet-Perez, E., & Lebon, S. (2018). internacional	Recién nacidos Ambos sexos Convulsiones	Administración: vía intravenosa Efectos: Fue bien tolerado por los neonatales para las convulsiones en situación de emergencia.
Ramos-Sánchez, et al. (2006). Ecuador	Niños Ambos sexos Sedación	Administración: vía intravenosa Efectos: cuadro de disociación de medio, hipertonia generalizada, movimientos estereotipados faciales, automatismos orales, ausencia de fijación de la mirada y de movimientos intencionales, estrabismo y, posiblemente, alucinaciones.
Kim, H., Park, S., & Shin, J. (2020). República de Corea	Adultos 18-50 años Mujeres Cirugía laparoscópica ginecológica ambulatoria	Administración: propofol sin midazolam (P), propofol con midazolam (MP), sevoflurano sin midazolam (S) y sevoflurano con midazolam (MS) Premedición: placebo o midazolam intravenoso 0,02 mg/kg. Efecto: disminución sobre las náuseas postoperatorias sin afectar el tiempo desde la suspensión anestésica.
Lizcano, L. (n.d). Venezuela	Adultos 20-78 años Ambos sexos Estudios gastroscópicos	Administración: Midazolam (Doricum) como sedante en dosis única de 5 mg. Efectos: Después del procedimiento observamos: somnolencia (100%), mareo (45%), ataxia (40%) y amnesia anterógrada (35%).

OBJETIVO

Realizar una revisión sistemática sobre el uso y administración del Midazolam.

DESARROLLO



CONCLUSIÓN

Hay mucho que descubrir, leer y analizar aún respecto a los casos no favorables del Midazolam. Sin duda es un medicamento que se utiliza en la medicina actual de forma benéfica en la sedación, inducción y ansiedad con un uso justificado. Sin embargo, valdría la pena hacer una revisión general para sacar incidencias de efectos adversos de este con los diferentes factores que puedan influir y crear una variación de la respuesta esperada del medicamento, desde aspectos como edad, enfermedad, grupos étnicos, vías de administración, país, etc. Con el objetivo de buscar reducir estos casos en que se pierde el efecto terapéutico esperado convirtiéndolo así en un riesgo, con reacciones que pueden considerarse de menor grado, tóxicos o compromiéndose la vida misma del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

BBC News Mundo. (2015, 30 junio). Cómo funciona el midazolam, el controvertido sedante utilizado en ejecuciones en EE.UU. BBC News Mundo. https://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/06/150630_salud_midazolam_inyeccion_letal_como_funciona_1

Dao, K., Giannoni, E., Diezi, M., Roulet-Perez, E., & Lebon, S. (2018). Midazolam as a first-line treatment for neonatal seizures: Retrospective study. *Pediatrics International*, 60(5), 498–500. <https://doi.org/10.1111/ped.13554>

Kim, H., Park, S., & Shin, J. (2020). Differences in midazolam premedication effects on recovery after short-duration ambulatory anesthesia with propofol or sevoflurane for gynecologic surgery in young patients. *Medicine*, 99(47), e23193. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000023194>

Lizcano, L. (n.d.). Farmacovigilancia del Midazolam en Pacientes sometidos a Estudios Gastroscópicos. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-026420100200007

Ramos Sánchez, N., Otho de Tejada, E., Ros Pérez, P., Carrillo Herranz, A., Álvarez Rojas, E., Pérez-Caballero, C., Cázquez Martínez, J., L., Martos Sánchez, I. *Rev. esp. pediatr.* (Ed. impr.) 62(5): 398-400, sept.-oct. 2006. <https://doi.org/10.1186/1695-2875-054198>

Artículo en Es | responsable: ID: ibo-054198

Biblioteca ES:1

Ubicación: ES:1 BNCS



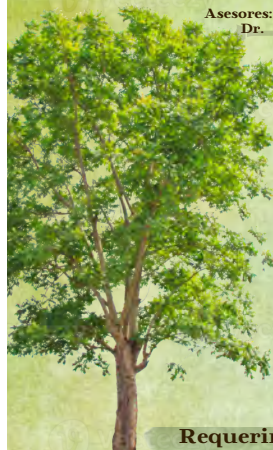
Elvira Estévez Melina de los Ángeles, Lino Pérez Melina Elizabeth, Melesio Montelongo
Ximena Alejandra

Asesores: Dr. Robles García Miguel Ángel
Dr. González Vega Ricardo Iván

Árbol de Neem

Azadirachta indica
Familia: *Meliaceae*

El árbol de Neem es originario de la India



Actualmente se encuentra en países con clima tropical y subtropical (Fernández, 2004)

Requerimientos climáticos

ALTITUD	CLIMA	SUELO	LATITUD
El árbol de Neem crece bien desde las costas hasta los 1000 msnm.	Desde 5°C hasta 50°C, su mejor desarrollo ocurre en zonas húmedas.	<ul style="list-style-type: none"> Buen drenaje pH 6.4-7 Textura arenosa 	Se adapta bien desde los 5° Sur, hasta los 35° Norte

Fuente: Dr. Cruz Fernández Mario (2004) El árbol de Nim, establecimiento en la Huasteca Potosina
<http://www.inifapcirne.gob.mx/Biblioteca/Publicaciones/165.pdf>

Características morfológicas

HOJA	FRUTO	FLOR	RAÍZ
<p>Perciolada de forma aserrada, mide de 7 a 10 cm de largo y ancho de 3 a 4 cm.</p> <p>Los retoños son de rojo cobrizo y al madurar son verde oscuro.</p>	<p>Drupa elipsoidal, lisa de 1.4 a 2.4 cm de largo, producido en racimos, al inicio tiene cascara verde, al madurar la cascara se torna amarillenta. Maduración desuniforme no simultánea.</p>	<p>Mide 5 mm, blanca, crema o amarillenta, bisexual, actinomorfa, crece en racimos de hasta 22 cm de largo</p>	<p>Principalmente pivtante de rápido crecimiento y desarrollo, alcanza hasta el doble de altura del árbol.</p>

Fuente: DR. Mario Cruz (El árbol de nim establecimiento y aprovechamiento en la huasteca potosina)

Usos medicinales que se le atribuyen

<ul style="list-style-type: none"> Antibacterial Anticancerígeno Anticoagulante Anti fertilidad Anti hiperglucémico Antiinflamatorio Anti malaria 	<ul style="list-style-type: none"> Antioxidante Antiparasitario Antiséptico Anti tuberculosis Antivirus 	<ul style="list-style-type: none"> Diurético Desintoxicante de la sangre Inmunomodulador Enfermedades de la piel Espermicida
--	--	---

Fuente: Pamela Paterson (Neem el árbol maravilla)

Partes utilizadas de la planta

<p>Jugo de neem</p> <p>Beber jugo de neem puede ayudar a</p> <ul style="list-style-type: none"> Reorganizar y reiniciar el proceso digestivo mejorando el metabolismo. Descomponer la grasa corporal. Depurar el colon y mejora el proceso de excreción del cuerpo. 	<p>Corteza de neem</p> <p>Tiene capacidad para combatir la placa dental y reducir la cantidad de bacterias presentes en la boca</p>
<p>Hojas de neem</p> <p>Las hojas de neem se utilizan para tratar:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pediculosis Enfermedades de la piel Su aplicación externa tiene valor como repelente de mosquitos. 	<p>Semillas de neem</p> <p>Las semillas se prensan para extraer el jugo, que luego se ingiere este eficaz para destruir las lombrices intestinales y otros organismos parasitarios presentes en el tracto intestinal.</p>
<p>Fruto del neem</p> <p>Se prensa para extraer su aceite, el cual se puede aplicar en el cuero cabelludo para eliminar la caspa se puede utilizar como un eficaz repelente de mosquitos.</p>	

Comentarios

El árbol de Neem es fácil de obtener y de utilizar ya que es efectiva de muchas formas siendo una alternativa económica para muchas afecciones ya que también lo tenemos a nuestro fácil alcance.

Fuente: Sadhguru <https://isho.sadhguru.org/global/es/wisdom/article/increibles-beneficios-para-la-salud-y-usos-de-las-hojas-de-neem>



IAM SECUNDARIO A EMBOLISMO CORONARIO

AUTORES: Hernández-González Jair, Ortega-Rodríguez Mariana G. Lomelí-Martínez Sarah M, Ramírez Sánchez Christian

INSTITUCIÓN (ES):
Centro Universitario de la Ciénega, Universidad de Guadalajara

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de las arterias coronarias sigue siendo la principal causa de muerte en la sociedad moderna¹; el embolismo coronario es una causa importante de infarto agudo de miocardio (IAM) no arterioesclerótico.² No obstante se reconoce como causa poco frecuente.

OBJETIVOS

Identificar la prevalencia del IAM secundario a embolismo coronario y describir las características clínicas y el desarrollo del IAM secundario a embolismo coronario.

CRITERIOS MAYORES

Evidencia angiografía de embolismo coronario y trombosis sin lesión arterioesclerótica

Embolismo coronario en varias localizaciones simultáneamente

Presencia de embolización sistémica concomitante no atribuible a trombo apical

2 criterios mayores
1 mayor y 2 menores
3 menores

CRITERIOS MENORES

Estenosis coronaria <25% en angiografía

Evidencia de fuente embólica mediante técnicas de imagen

Coexistencia de enfermedad tromboembólica

CONCLUSIÓN

El EC es una causa infrecuente pero importante de IAM con prevalencia del 2.9%.⁶ Los resultados de estudios sugieren el uso de anticoagulantes, anti plaquetarios y de aspiración del trombo. Sin embargo es necesario nuevas investigaciones que clarifiquen el correcto tratamiento; por lo que su estudio ayuda a la realización de guías de práctica clínica y su tratamiento queda bajo elección del médico.

DESARROLLO

La prevalencia de embolismo coronario en pacientes con infarto agudo de miocardio oscila entre el 4% y el 13% según estudios angiográficos y de autopsia.¹

El IAM sin obstrucción coronaria representa del 5-10% de los Sx. coronarios.⁴

El embolismo coronario es un mecanismo por el cual puede ocurrir este tipo de infartos, se reconoce como un evento clínico raro que puede ser consecuencia de valvulopatías, fibrilación atrial, válvulas protésicas, endocarditis infecciosa y defectos septales atriales.⁴

La tendencia de los émbolos a involucrar la arteria coronaria izquierda es tres o cuatro veces más a menudo que la derecha, y la arteria coronario descendente anterior izquierda con más frecuencia que la circunflejo izquierda.¹

El EC queda definido según los criterios de diagnóstico propuestos por investigadores. No existe un algoritmo terapéutico estándar en el tratamiento de esta rara entidad.



Angiografía coronaria con embolias en arteria coronaria derecha





Relación molecular entre el SOP y el Covid-19 (Sars-Cov2)

Institución

Centro Universitario de la Ciénega (CUCI)

Martín-Gómez Rafael; Toribio-Aviña J. Martín.; López-Partida R. Abdeel; Muñoz-Jacinto J. Jasón; Núñez Martínez I. Iván.

Palabras clave: SOP, SARS-CoV2, Covid-19

Introducción

El síndrome de ovario poliquístico (SOP) es una disfunción endocrino-metabólica de alta prevalencia en mujeres en edad reproductiva, esta afección se da por niveles muy elevados de hormonas (andrógenos) que le dificultan a los ovarios la liberación de óvulos maduros y en lugar de esto, permanecen en los ovarios circundados por una pequeña cantidad de líquido, el aumento hormonal también acarrea otras afecciones como resistencia a la insulina, aumento de peso, infertilidad, entre otras más graves como el cáncer de endometrio; siendo estas las que hacen una diana perfecta para el SARS-CoV-2.

Objetivo

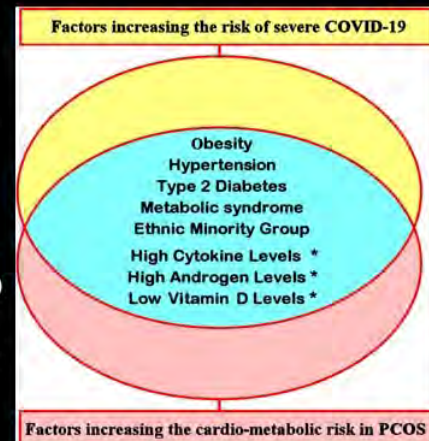
Describir la relación molecular y fisiológica entre SOP y SARS-CoV-2 como una diana para contagios y complicaciones de Covid-19.

Desarrollo

Las mujeres con SOP tienen entre un 28 % y un 50 % más de riesgo de infectarse con el virus SARS-CoV-2. Los andrógenos influyen en la manera que el covid-19 ataca al cuerpo y desempeñan un papel importante en la regulación de la respuesta inmunitaria tanto en hombres como en mujeres, pudiendo ser extrapolado al (SOP). El hiperandrogenismo presente en el 80% de los pacientes con SOP inhibe la inmunidad y controla la expresión de TMPRSS2 y ACE2, lo que facilita la prescripción viral en las células. Las mujeres con SOP son más susceptibles a las infecciones que las mujeres sin SOP. Un estudio poblacional en el Reino Unido (que incluyó a más de 21 000 pacientes con SOP) sugirió que las personas con SOP tienen un riesgo 51 % mayor de COVID-19. A pesar de ser jóvenes, las pacientes con SOP tienen la desventaja de comorbilidades frecuentes que pueden aumentar los riesgos de COVID-19 grave.

Conclusión

Las mujeres con (SOP) pueden tener un mayor riesgo potencial de síntomas graves de COVID-19, además de representar un grupo con mayor probabilidad de contraer la enfermedad.



Bibliografías:



USO DE SUSTANCIAS Y CONSUMO DE ALCOHOL ENTRE ESTUDIANTES DE MEDICINA

AUTORES: Ortega-Rodríguez Mariana G, Lomeli-Martínez Sarah M, Murguía-Chávez Sandra G, Pérez-Escobar Néstor R, Ramírez-Villalvazo Jorge A, García-González Johanna L, Delgado-Gallegos Meztly Z, Mejía-Bolaños Fernando Y, Hernández-González Jair

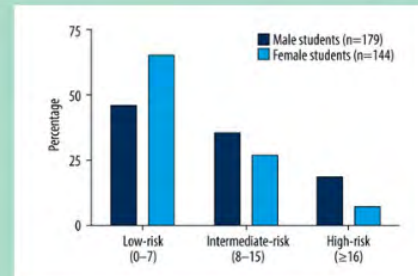
INSTITUCIONES: Centro Universitario de la Ciénega, Universidad de Guadalajara

INTRODUCCIÓN

El consumo y abuso de alcohol y drogas están cada vez más presentes en la vida de los estudiantes universitarios y ya pueden ser considerados un problema de salud pública por los impactos directos en la salud física y mental de estos individuos. Los requisitos del programa médico juegan un papel vital en el aumento de la tasa de usuarios de drogas.²

OBJETIVOS:

Analizar la prevalencia y factores de riesgo respecto al consumo de alcohol y otras sustancias entre estudiantes de medicina



Porcentaje de sujetos en cada categoría del AUDIT. Categoría de bajo riesgo, 0 a 7 puntos [masculino, 82 (45,8%); mujeres, 94 (65,3%)]; categoría de riesgo intermedio, 8 a 15 puntos [masculino, 64 (35,8%); mujeres, 39 (27,1%)]; y categoría de alto riesgo, ≥16 puntos [masculino, 33 (18,4%); mujeres, 11 (7,6%)]. $P < 0,001$ por prueba de chi-cuadrado para las diferencias de distribución de cada categoría AUDIT entre hombres y mujeres.

DESARROLLO:

Hay un mayor porcentaje de uso de alcohol, tranquilizantes y psicodélicos entre los estudiantes de medicina, y las tasas de dependencia son del 5% para los estudiantes de medicina y del 3% para los médicos. La mayoría de los médicos drogodependientes son licenciados, pertenecen a la especialidad de medicina (21%) y la mayoría de ellos se recetan drogas a sí mismos (37%).³ El estrés (situacional, personal y profesional), el abuso de los estudiantes y los antecedentes familiares de alcoholismo son los principales factores de riesgo. Los factores asociados a mayor riesgo son ser hombre, edad, componentes de burnout y características de personalidad como neuroticismo y extroversión. La detección y atención de los médicos con consumo de riesgo de alcohol es compleja.⁴

La prevalencia creciente de consumo de drogas en estudiantes de medicina, a medida que avanzaba el programa, lo que puede resultar del estrés intrínseco de las actividades de la facultad. Los estudiantes que no consumen drogas psicoactivas tienen más probabilidades de vivir con sus padres, de desaprobar el consumo de drogas y de practicar creencias religiosas.

CONCLUSIONES:

La prevalencia del consumo de drogas lícitas e ilícitas entre los estudiantes de medicina es alta, a pesar de entender los daños que puede causar.⁵ Los médicos tienden a descuidar su salud y no consultan a sus colegas.²





ASOCIACION ENTRE LA PERIODONTITIS Y ALZHEIMER

Jiménez-Gómez Paloma Fernanda¹; Lomelí-Martínez Sarah Montserrat^{1,2,3}; Gómez-Mireles Juan Carlos^{1,2}; Martínez-Rodríguez Vianeth^{1,2}; González-Gómez Luis Antonio^{1,2}; Ruiz-Gutiérrez Alondra del Carmen^{1,2}; Tinoco- Cabral Claudia Berenice^{1,2}.

- 1. Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud.
- 2. Especialidad de periodoncia, Departamento de clínicas odontológicas integrales, Centro Universitario de Ciencias de la Salud.
- 3. Departamento de ciencias Medicas de la Vida, Centro Universitario de la Ciénega, Universidad de Guadalajara.

Palabras Claves: periodontitis, enfermedad de Alzheimer, inflamación sistémica

INTRODUCCIÓN

La periodontitis es una enfermedad inflamatoria que provoca la destrucción de las estructuras de soporte de los dientes, inicia a través de la compleja interacción entre una disbiosis polimicrobiana heterogénea una biopelícula dental y la respuesta inmunitaria del huésped.^{5,6} La Enfermedad de Alzheimer (EA) es la principal causa de demencia entre los adultos mayores, es de compleja patogenia, a veces hereditaria, que se caracteriza desde el punto de vista anatómico, por pérdida de neuronas, sinapsis, la presencia de placas seniles y degeneración neurofibrilar.²

OBJETIVO

Describir la relación existente entre periodontitis y Alzheimer.

DESARROLLO

Los microorganismos de la placa dental pueden entrar en el cerebro a través del torrente sanguíneo o de los nervios periféricos. (Figura 3) Estos microorganismos y sus productos provocan un mecanismo inflamatorio dentro del SNC.² La presencia de inflamación en el SNC da como resultado un deterioro cognitivo, como el que se observa en la EA.¹ La *Porphyromonas gingivalis* es una de las principales bacterias de la periodontitis que puede producir inflamación sistémica y por consiguiente alteración en la barrera hematoencefálica, provocando la neuroinflamación teniendo importantes repercusiones en el desarrollo de la EA.⁴ (Figura 2) Los principales patógenos periodontales causan inflamación sistémica crónica debido a la exposición a bacteriemia repetida, que produce altos niveles de citocinas, quimiocinas y factor de necrosis tumoral sistémico, lo que a su vez conduce a la sobreproducción y finalmente a la neurotoxicidad.³ A su vez La *P. gingivalis* secreta gingipainas que son toxinas que hacen que se produzcan proteínas precursoras de la enfermedad de Alzheimer.²

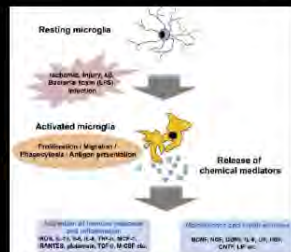


Figura 1. Activación de la microglía y su papel. (Kenji Matsushita et al, 2020)

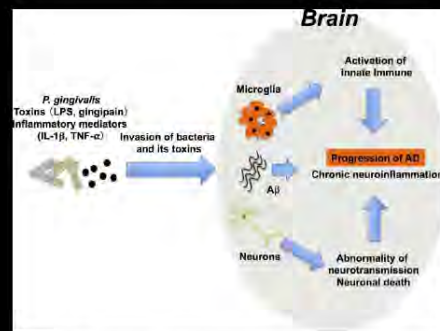


Figura 2. Posibles mecanismos por los cuales la enfermedad periodontal y *P. gingivalis* agravan la enfermedad de Alzheimer (Kenji Matsushita et al, 2020)

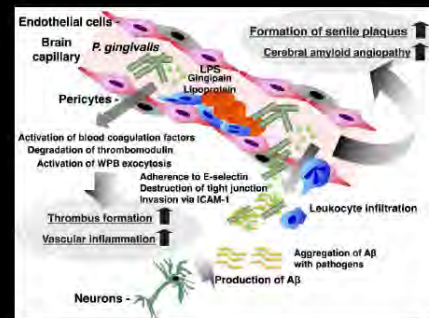


Figura 3. inducción de ruptura de la barrera hematoencefálica y depósito de amiloide por *P. gingivalis* en los capilares sanguíneos cerebrales. (Kenji Matsushita et al, 2020)

CONCLUSIONES

La periodontitis puede intensificar la inflamación a nivel del sistema nervioso central desencadenando EA. Se puede contribuir directamente al entorno inflamatorio periférico mediante la introducción de bacterias periodontales o patógenas indirectas y citocinas pro inflamatoria producidas localmente a nivel periodontal después de la colonización bacteriana en los defectos periodontales.

REFERENCIAS





CENTRO UNIVERSITARIO DE LA CIÉNEGA

Resistencia a la insulina y su relación con el Alzheimer

Valverde-Contreras Jennifer G., Campos-Godínez Estefany N., Nájera-Medina Esthela V.,
Ramírez-Barajas Danna L., Rivera-Zepeda Wendy J.

INSTITUCIÓN

Departamento de Ciencias Médicas y de la Vida. Centro Universitario de la Ciénega.
Universidad de Guadalajara.

Palabras clave: AGEs, Alzheimer, diabetes, Insulina, estrés oxidativo, proteína β -amiloide.

INTRODUCCIÓN

Aunque la diabetes mellitus (DM) es una enfermedad metabólica caracterizada por la resistencia a la insulina y el Alzheimer una enfermedad neurodegenerativa, estas tienen una relación debido a la resistencia a la insulina, que ahora es investigada como un factor de riesgo del desarrollo de la enfermedad de Alzheimer (EA).¹

Esta relación ocurre por alteraciones bioquímicas como el aumento de estrés oxidativo y acumulación de proteína β -amiloide.

OBJETIVO

Conocer los mecanismos bioquímicos implicados en la relación entre la resistencia a la insulina y la enfermedad de Alzheimer.

DESARROLLO

Se ha observado que en pacientes con DM hay un aumento en la densidad de las placas amiloides las cuales se ubican en la sustancia gris del cerebro y son causadas por el depósito de la proteína β -amiloide, y resulta ser que estas placas son una de las principales e importantes características de la enfermedad de Alzheimer.²

En el Alzheimer hay resistencia a insulina por un defecto en la Enzima degradadora de insulina y β -amiloide, contribuyendo a la formación de placas amiloides y daño neuronal lo cual desencadena una respuesta inflamatoria en el cerebro.²

En la DM los AGEs (productos finales de glicación) sumados al alto nivel de estrés oxidativo de glucosa, (ambos provocados por la hiperglucemia), pueden causar deterioro estructural a nivel del SNC.

CONCLUSIÓN

Se cree que los medicamentos contra la resistencia a la insulina podrían llegar, en un futuro, a considerarse como parte del tratamiento para pacientes con Alzheimer.

Estudios en pacientes con Alzheimer (EA) bajo condiciones específicas manifestaron mejoría en memoria declarativa atribuida a la administración de insulina, ya que es posible que actúe sobre los sistemas de formación de la memoria en procesos moleculares de plasticidad sináptica, aumentando el reclutamiento de receptores de la membrana postsináptica y la densidad de proteínas como la PSD-95 que están implicadas en la formación de nuevas sinapsis y la reorganización del citoesqueleto, son procesos fundamentales en la consolidación de la memoria y su potenciación a largo plazo.³

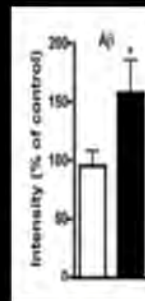


Figura 1. Comparación de los niveles de AB en un cerebro de ratón controlado (blanco) y en uno diabético de 9 semanas (negro).²

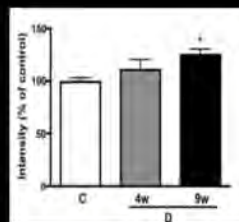


Figura 2. Comparación de los porcentajes de proteína TAU fosforilada respecto de la proteína TAU total en ratón controlado, diabético de 4 semanas y diabético de 9 semanas.²



Diagrama 1. Resistencia a la insulina

REFERENCIAS





CENTRO UNIVERSITARIO DE LA CIÉNEGA FIBROSIS QUÍSTICA; AFECTACIÓN PULMONAR Y EL USO DE LIPOSOMAS COMO TRATAMIENTO.

Pulido-Hernández Jessica Isabel., Alvarez-Fausto Juan Manuel., Morales-Solis Benjamin Arturo., Zaragoza-Ochoa Ximena, Áviles- Rocha Mario Alejandro.

Institución

Departamento de Ciencias Médicas y de la vida., Centro Universitario de la Ciénega; Universidad de Guadalajara; Licenciatura en Médico Cirujano y Partero.

Palabras clave: Fibrosis quística, tratamiento, nanopartículas, liposomas, CFTR.

INTRODUCCIÓN

La fibrosis quística es una enfermedad que afecta principalmente pulmones y sistema digestivo, hasta el día de hoy sigue siendo una enfermedad incurable.

El uso de nanotecnología, a base de nanopartículas, forma parte de los avances tecnológicos más utilizados para la formulación de medicamentos. Dicho esto, los liposomas entran dentro de ésta jerarquía.

Los liposomas son vesículas esféricas compuestos por fosfolípidos anfipáticos y colesterol. Los fosfolípidos anfipáticos forman una bicapa cerrada que encapsula los componentes del medio acuoso y está en contacto con las cabezas hidrofílicas de los fosfolípidos de membrana.

OBJETIVO

Reunir información basada en la viabilidad de los liposomas como tratamiento para la fibrosis quística en el tracto respiratorio.

DESARROLLO

El uso de la nanotecnología en el desarrollo de medicamentos también encuentra gran utilidad en fármacos altamente hidrofóbicos que podrían encapsularse para potenciar su actividad farmacológica y sacar provecho de las características propias del sistema liposomal.

De los avances más prometedores con el uso de liposomas para tratar la fibrosis quística son:

El uso de liposomas se asocia con distintas ventajas, tales como:

- La protección y transporte de moléculas activas y su control de liberación.
- La optimización de propiedades fisicoquímicas, biofarmacéuticas y farmacocinéticas, como por ejemplo la solubilidad y biodisponibilidad.
- El direccionamiento hacia una diana terapéutica específica.

El mecanismo de acción de los liposomas se basa en el fármaco encontrado dentro del núcleo hidrofílico del liposoma. El moco pulmonar presenta carga negativa, y el fármaco carga neutra, lo cual facilita la circulación a través de la biopelícula y el moco. Posteriormente, el liposoma llega al sitio de acción, donde dependiendo si hay presencia de bacterias o macrófagos, encargados de lisar al liposoma y lograr la salida del antibiótico.

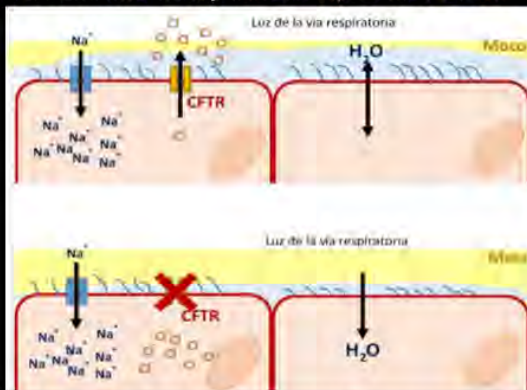


Figura 1. Comparación gráfica del regulador de conductancia transmembrana de la fibrosis quística (CFTR).

La Imágen superior muestra el CFTR en estado funcional normal mientras que la representación inferior muestra el CFTR con fallo funcional [7]

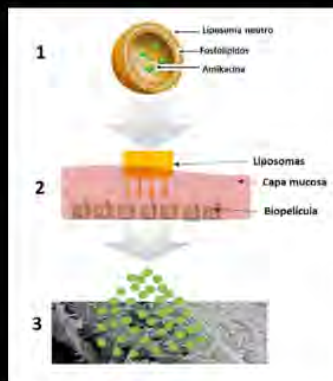


Figura 2. Mecanismo de difusión del liposoma. [7]

CONCLUSIONES.

Aún hay métodos por desarrollar y desafíos para superar, los avances con estos tratamientos con nanotecnología y el uso de liposomas dan una vista hacia el futuro de la medicina y el uso de tecnología.

REFERENCIAS.





CENTRO UNIVERSITARIO DE LA CIÉNEGA

Resistencia a la insulina y su relación con el Alzheimer

Valverde-Contreras Jennifer G., Campos-Godínez Estefany N., Nájera-Medina Esthela V.,
Ramírez-Barajas Danna L., Rivera-Zepeda Wendy J.

INSTITUCIÓN

Departamento de Ciencias Médicas y de la Vida. Centro Universitario de la Ciénega.
Universidad de Guadalajara.

Palabras clave: AGEs, Alzheimer, diabetes, Insulina, estrés oxidativo, proteína β -amiloide.

INTRODUCCIÓN

Aunque la diabetes mellitus (DM) es una enfermedad metabólica caracterizada por la resistencia a la insulina y el Alzheimer una enfermedad neurodegenerativa, estas tienen una relación debido a la resistencia a la insulina, que ahora es investigada como un factor de riesgo del desarrollo de la enfermedad de Alzheimer (EA).¹ Esta relación ocurre por alteraciones bioquímicas como el aumento de estrés oxidativo y acumulación de proteína β -amiloide.

OBJETIVO

Conocer los mecanismos bioquímicos implicados en la relación entre la resistencia a la insulina y la enfermedad de Alzheimer.

DESARROLLO

Se ha observado que en pacientes con DM hay un aumento en la densidad de las placas amiloides las cuales se ubican en la sustancia gris del cerebro y son causadas por el depósito de la proteína β -amiloide, y resulta ser que estas placas son una de las principales e importantes características de la enfermedad de Alzheimer.²

En el Alzheimer hay resistencia a insulina por un defecto en la Enzima degradadora de insulina y β -amiloide, contribuyendo a la formación de placas amiloides y daño neuronal lo cual desencadena una respuesta inflamatoria en el cerebro.²

En la DM los AGEs (productos finales de glicación) sumados al alto nivel de estrés oxidativo de glucosa, (ambos provocados por la hiperglucemia), pueden causar deterioro estructural a nivel del SNC.

CONCLUSIÓN

Se cree que los medicamentos contra la resistencia a la insulina podrían llegar, en un futuro, a considerarse como parte del tratamiento para pacientes con Alzheimer.

Estudios en pacientes con Alzheimer (EA) bajo condiciones específicas manifestaron mejoría en memoria declarativa atribuida a la administración de insulina, ya que es posible que actúe sobre los sistemas de formación de la memoria en procesos moleculares de plasticidad sináptica, aumentando el reclutamiento de receptores de la membrana postsináptica y la densidad de proteínas como la PSD-95 que están implicadas en la formación de nuevas sinapsis y la reorganización del citoesqueleto, son procesos fundamentales en la consolidación de la memoria y su potenciación a largo plazo.³

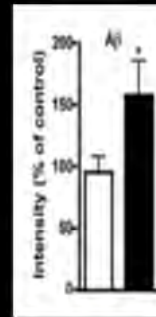


Figura 1. Comparación de los niveles de A β en un cerebro de ratón controlado (blanco) y en uno diabético de 9 semanas (negro).⁴

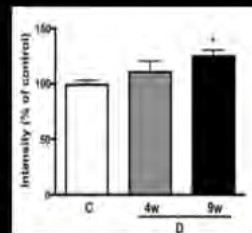


Figura 2. Comparación de los porcentajes de proteína TAU fosforilada respecto de la proteína TAU total en ratón controlado, diabético de 4 semanas y diabético de 9 semanas.⁴



Diagrama 1. Resistencia a la insulina

REFERENCIAS





CISTOADENOMA SEROSO GIGANTE DE OVARIO DERECHO

AUTORES: Ortega-Rodríguez Mariana G, Hernandez-Gonzalez Jair, Ramírez-Sánchez Christian, Delgado-Gallegos Meztly Z, Lomelí-Martínez Sarah M.

INSTITUCIONES: Centro Universitario de la Clénega, Universidad de Guadalajara, Servicios de Salud Jalisco Hospital Regional de Occidente

INTRODUCCIÓN

El cistoadenoma seroso de ovario (CSO) es el tumor más frecuente proveniente del epitelio celómico superficial; son comúnmente de crecimiento benigno, sin embargo suelen ser delimitados a la región pélvica. Se presenta dicho caso dado el crecimiento tan extenso tornándolo como una presentación clínica atípica.



OBJETIVOS

Describir una tumoración benigna de ovario de características benignas pero de crecimiento agresivo

REPORTE CLÍNICO

Se presenta caso de paciente femenino de 73 años de edad, nulípara, y con obesidad, que inicia su padecimiento hace 15 años, notando aumento de volumen del perímetro abdominal, y que se asociaba a dolor abdominal difuso, mal delimitado y en los últimos meses, mayor diámetro, sensación de plenitud gástrica, y obstipación. Clínicamente con una masa dura que se extiende desde la región del apéndice xifoides hasta la región suprubica, y que se extiende en los 4 cuadrantes abdominales. La TAC de abdomen mostró dos tumoraciones la mayor con dimensiones promedio a los 40 cms, ovalada de aspecto quístico y con septos en su interior, con un volumen aproximado a los 900 ml, una segunda lesión de aspecto heterogéneo, Multilobulada y con zonas quísticas en su interior ambas dependientes del anexo derecho. Fue sometida a laparotomía exploradora identificando dichas lesiones, en donde se realizó salpingooforectomía derecha con resección de ambas masas, el estudio histopatológico transoperatorio reportó un cistoadenoma mucinoso y seroso respectivamente.

CONCLUSIONES

Se documentó un caso de una tumoración abdominopelvica gigante anexial de presentación clínica subjetiva y que obliga a buscar detalles para su diagnóstico temprano y evitar sus complicaciones mecánicas asociadas.



TUMOR CAROTÍDEO SHAMBLIN III

DELGADO-GALLEGOS MEZTLY Z, ORTEGA-RODRIGUEZ MARIANA G,
RAMIREZ-SANCHEZ CHRISTIAN, LOMELI-MARTINEZ SARAH M

UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA
CENTRO UNIVERSITARIO DE LA CIENEGA
SERVICIOS DE SALUD JALISCO HOSPITAL
REGIONAL DE OCCIDENTE GUADALAJARA

Introducción

El tumor de Glomus Carotídeo es poco frecuente y se origina en los quimiorreceptores del cuerpo carotídeo; su crecimiento puede condicionar compresión y obstrucción del flujo carotideo condicionando disminución de la circulación cerebral.⁽¹⁾ El tratamiento estándar es el quirúrgico. Presenta incidencia de 1:30.000⁽¹⁾ personas, es el 0,6% de los tumores y el 50-60% de los paragangliomas.⁽²⁾ Se ha descrito que la probabilidad de resección y la tasa de complicaciones se asocia a la clasificación de Shamblin.⁽⁴⁾



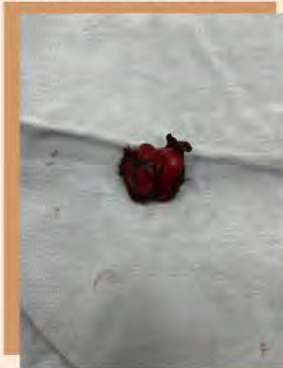
Objetivo

Describir la presentación y el manejo de un paraganglioma carotideo que envuelve en su totalidad la arteria carótida externa (Shamblin III)

Reporte de caso

Se trata de paciente femenino de 34 años de edad sin enfermedad crónica conocida, vista por una masa en la región submandibular, izquierda de crecimiento paulatino, que clínicamente se delimitaba con características ovoideas, a nivel del triangulo carotideo, y que a la palpación presentaba pulso, la angioTAC de reconstrucción de troncos supraorticos, mostro, una tumoración que se recarga a nivel de la bifurcación carotidea en externa e interna y que envuelve en su totalidad la externa logrando exponer parcialmente alguna de las

paredes de la interna, fue sometida a cervicotomía lateral izquierda, y resección de la lesión, hasta liberar completamente los vasos carotideos extracraneales, el reporte histopatológico definitivo, reportó un neuroganglioma carotideo.



Conclusiones

Se presenta caso de paraganglioma carotideo izquierdo que de acuerdo a su clasificación se considera uno de los mas severos y que de no identificar la lesión de manera oportuna puede condicionar infiltración total de la luz carotidea interna y sus complicaciones cerebrales catastróficas.

Bibliografía

