



*Todo tiene
sentido
profundo*
Óleo sobre tela
90 * 70 cm

Revista Médica MD

ISSN 2007-2953

Imágenes clínicas

- Neumatosis portal
- Eritema pigmentado fijo
- Hematoma subdural crónico
- Doble vena cava inferior

Directorio editorial

Dirección General

Alvaro López Íñiguez

Editor en Jefe

Javier Soto Vargas

Blanca Fabiola Fajardo Fregoso

Editores por sección

Edición literaria

Norma Gisel De León Peguero

Fernando Emmanuel Herrera Aguilar

Roberto Miranda de la Torre

Liliana Martínez Vázquez

Luis Daniel Salgado Lozada

Trabajos Originales

Rafael Antonio Cansino Vega

Rubén Daniel Esqueda Godoy

Medicina Interna

Sarai Delgado Pelayo

Martín Alejandro Gallegos Ríos

Luis Miguel Morfín Plascencia

Jorge Casal Sánchez

Cirugía

Victor Hugo Sainz Escárrega

Emmanuel Mercado Núñez

Pediatría

Francisco Jaffet Ramírez Ramírez

Claudia Gómez Elias

Ginecología y Obstetricia

Rosa María Hernández Vega

Casos Clínicos

Sulei Bautista González

Diego Antonio Preciado Estrella

Damían Arellano Contreras

Traducción Literaria

Enrique Daniel Gallo Sandoval

David Enrique Carmona Navarro

Rosa Paulina Aldana Aguilar

Kenia Yolanda Lepe Moreno

Comité de diseño

Adriana Valle Rodríguez

Alberto Álvarez Gutiérrez

Jesús Rodríguez Salcido

Erik Zamudio López

Erick Pérez López

Manuel Soria Orozco

Sulei Bautista González

Comité de difusión y divulgación

Evelin del Rocio López Íñiguez

Jesús Gerardo Tostado Sánchez

Respaldo académico institucional

OPD Hospitales Civiles de Guadalajara

Director General

Dr. Héctor Raúl Pérez Gómez

Director Hospital Civil de Guadalajara HCFEA

Dr. Benjamín Becerra Rodríguez

Director Hospital Civil de Guadalajara HCJIM

Dr. Francisco Martín Preciado Figueroa

Subdirector General de Enseñanza e Investigación

M.S.P. Víctor Manuel Ramírez Anguiano

Subdirector de Enseñanza e Investigación del HCFEA

Dr. José Antonio Mora Huerta

Subdirector de Enseñanza e Investigación del HCJIM

Dr. Enrique Romero Velarde

Centro Universitario de Ciencias de la Salud

Rector

Dr. Jaime Andrade Villanueva

Secretario Académico

Mtro. Rogelio Zambrano Guzmán

Secretario Administrativo

Mtra. Saralyn López y Taylor

Coordinador de la Carrera de Medicina

Dr. Juan Víctor Manuel Lara Velez

REVISTA MEDICA MD, Año 10, Número 1, agosto - octubre 2018, es una publicación trimestral editada por Roberto Miranda De La Torre, Sierra Grande 1562 Col. Independencia, Guadalajara, Jalisco C.P. 44340. www.revistamedicamd.com, md.revistamedica@gmail.com. Editor responsable: Javier Soto Vargas. Reservas de Derecho al Uso Exclusivo No. 04-2016-03181801300-102. ISSN: 2007-2953. Licitud de Título y Licitud de Contenido: en Trámite. Responsable de la última actualización de este número Comité Editorial de la Revista Médica MD Sierra Grande 1562 Col. Independencia, Guadalajara, Jalisco C.P. 44340. Fecha de última modificación 31 de octubre de 2018.

Con respaldo académico del OPD Hospitales Civiles de Guadalajara y del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara. Miembro de la Asociación Mexicana de Editores de Revistas Biomédicas. Indexada y compilada en el Índice Mexicano de Revistas Biomédicas de Latinoamérica IMBIOMED, en el Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal LATINDEX, Medigraphic Literatura Biomédica, en el Índice de Citaciones Latinoamericanas (INCILAT), REDIB Red Iberoamericana de Innovación y Conocimiento Científico, en la Academic Search en su versión internacional de la base de datos EBSCO, Gale-Cengage Learning subdivisión de National Geographic y Sociedad Iberoamericana de Información Científica SIIIC.

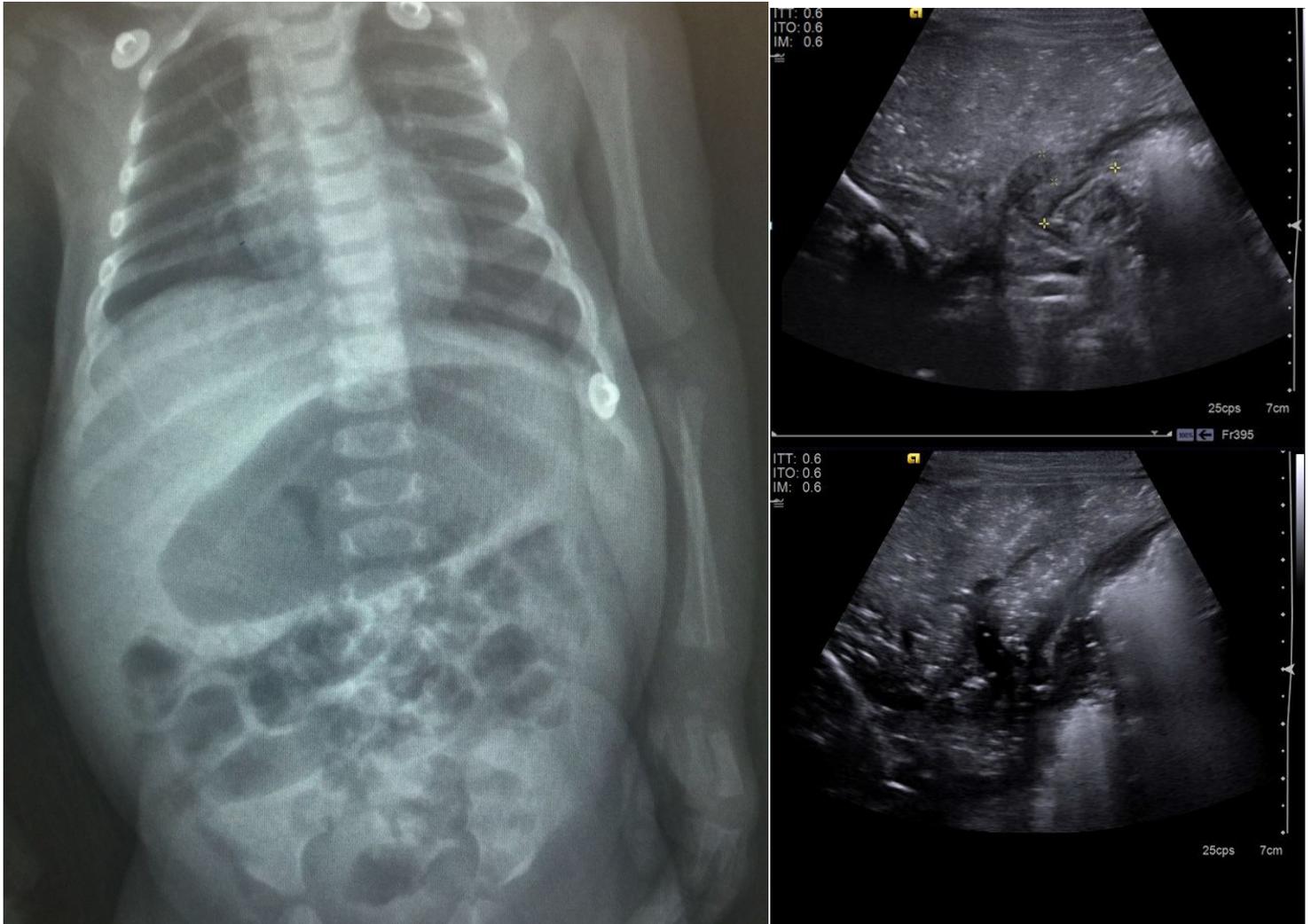
Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación. Queda estrictamente prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de la publicación sin previa autorización de la Revista Médica MD.

Neumatosis portal secundaria a estenosis pilórica

González-Rodríguez Andrea Paola

Autor para correspondencia:

González Rodríguez Andrea Paola, Médico interno de pregrado del Hospital Civil Dr. Juan I Menchaca, Salvador Quevedo y Zubieta 876, Independencia Oriente, 44340 Guadalajara, Jal. Contacto al correo electrónico: andy04_10@hotmail.com



Descripción de la imagen

Femenina de un mes y dos semanas de edad que presenta cuadro de quince días de evolución caracterizado por vómito de contenido gástrico, progresivo, en proyectil, pospandrial, no biliar; a la exploración física se destaca la presencia de oliva pilórica.

La Radiografía simple de abdomen revela estómago con marcada distensión, se realiza ultrasonido abdominal demostrando estenosis hipertrófica de píloro (medidas de píloro reportadas: diámetro longitudinal 16.4 mm, diámetro transversal 15.5 mm, espesor de músculo pilórico 5.5mm) encontrando de forma incidental focos ecogénico compatibles con gas venoso portal

dentro de la imagen del hígado diagnósticos de neumatosis portal secundario a estenosis pilórica, hallazgo poco frecuente pero de gran interés en esta patología

La estenosis hipertrófica del píloro ocurre en el periodo neonatal es cuatro veces más frecuentemente en hombres, se produce tras el engrosamiento idiopático de la musculatura pilórica gástrica, lo que resulta en una obstrucción progresiva de la salida gástrica con el aumento de la presión intraluminal en el estómago forzando al gas a pasar a través de mucosa intacta generando neumatosis gástrica y posteriormente neumatosis portal.

Existen otras alteraciones no quirúrgicas

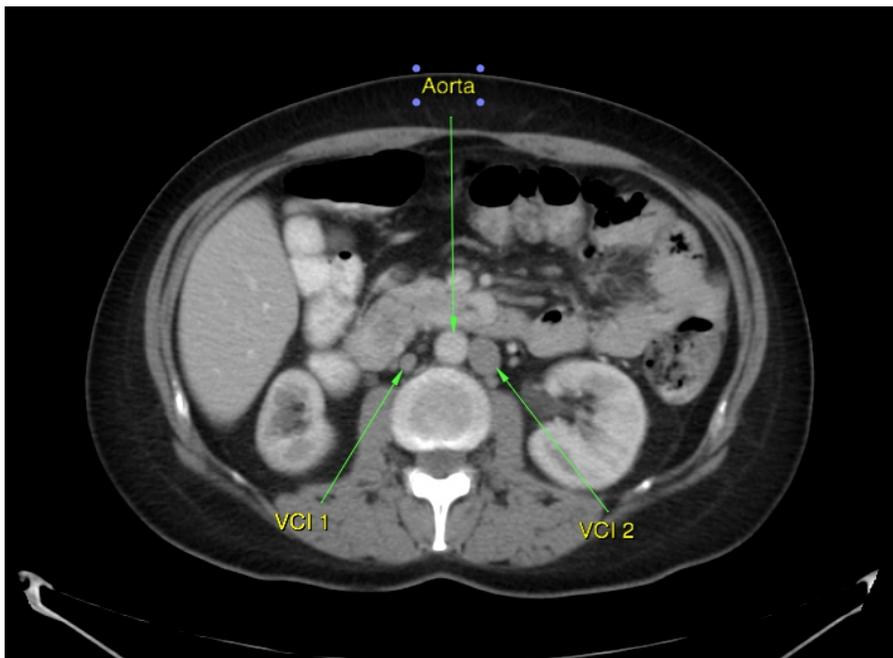
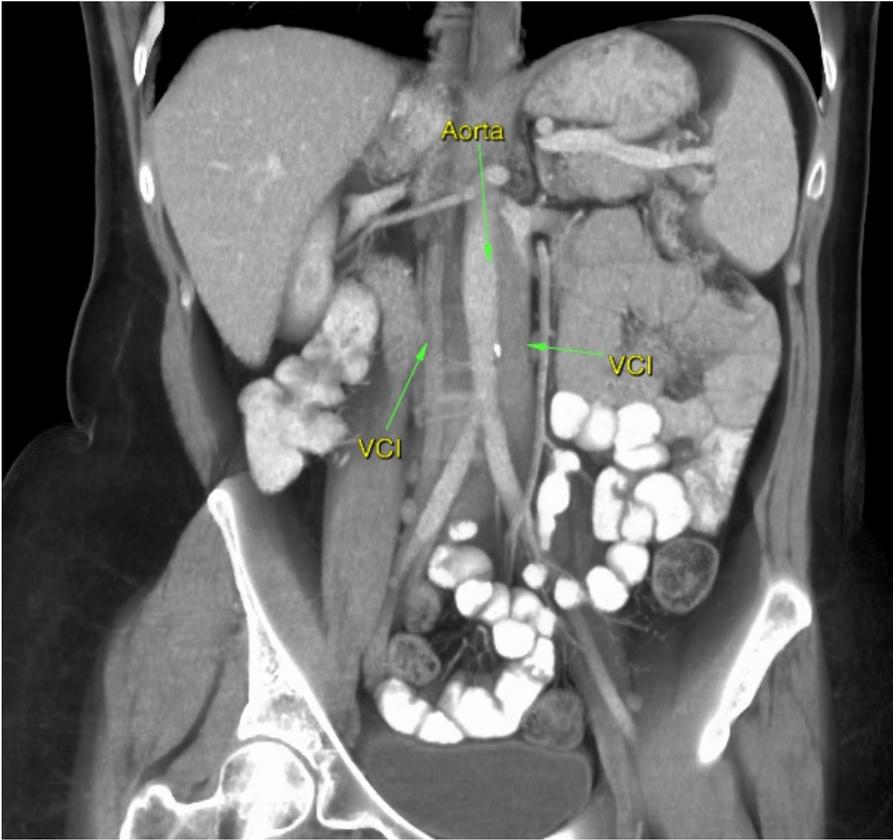
causantes de neumatosis portal como fibrosis quística, convulsiones, toxicidad por colchicina, enfermedad pulmonar obstructiva, cardiopatías congénitas, trasplantes, tuberculosis abdominal, uso de esteroides, lupus eritematoso sistémico, esclerodermia y síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Lecturas recomendadas:

1. Rogers I. New insights on the pathogenesis of pyloric stenosis of infancy. A review with emphasis on the hyperacidity theory. *Open Journal of Pediatrics*. 2012, 2, 97-105
2. González R, Medina V. Neumatosis de la vena porta. Informe de un caso y revisión de la literatura, *Acta Pediatr Mex*. 2013; 34:225-229.
3. González F, Flores M. Neumatosis de la vena porta, *Anales Médicos, Mex*, 2015; 60 (4): 291-295

Doble vena cava inferior

Mora-Constantino Jorge^a, Castilla-Barajas José Alberto^a, Domínguez-Carrillo Luis Gerardo^b



Descripción de la imagen

Embriológicamente entre la sexta y décima semana de gestación, la vena cava inferior (VCI) se desarrolla a partir de la vena cardinal superior que forma la porción más distal de la VCI y su bifurcación ilíaca; de las dos venas subcardinales, la izquierda involuciona y la derecha forma la parte suprarrenal de la VCI; de las venas supracardinales, involuciona la izquierda, mientras la derecha conforma a la VCI infrarrenal. De ahí que la duplicación de la VCI resulte de la persistencia de la vena supracardinal izquierda; existiendo una amplia variedad de anomalías dependientes de la persistencia de los vasos izquierdos mencionados¹. La duplicación de la VCI fue descrita inicialmente en 1916 en el laboratorio de anatomía de la Escuela de Medicina de Londres². La prevalencia general estimada es de 0.3-0.5% entre la población sana y, hasta de 2% en pacientes con otras anomalías cardiovasculares. La prevalencia de la duplicación de la VCI es de 0.2 a 0.3% cuando la vena cava inferior izquierda sube hasta las venas renales para unirse a la VCI derecha por delante o por detrás de la aorta.³ Su diagnóstico, en la mayoría de los casos, es un hallazgo casual, pero su reconocimiento tiene importantes implicaciones clínicas, quirúrgicas y en radiología intervencionista⁴ (filtro de vena cava) para evitar errores diagnósticos y complicaciones quirúrgicas. Las imágenes presentadas detectadas de manera casual, corresponden a femenino de 54 años con Ca de mamá, en quien se realizó estudio tomográfico de tórax y abdomen en protocolo de búsqueda de metástasis.

Referencias bibliográficas

- 1- Banergee A, Siddarth Maharana IS, Kumar P. Duplication of the inferior vena cava: report of a rare congenital variation. *IJAV* 2012; 5: 141-143.
- 2- Lucas MF. A case of double inferior vena cava. *J Anat.* 1916; 51:69-70.
- 3- Castro IA, Díaz BJ, Gago FC, Noya CA. Vena cava inferior doble. *Acta Uro Esp.* 2010; 34: 815-826.
- 4- Bass JE, Redwine MD, Kramer LA, Huynh PT, Harris JH. Spectrum of congenital anomalies of the inferior vena cava: cross sectional imaging findings. *Radiographics.* 2000; 20: 639-652.

Afiliaciones

- a. Departamento de Imagenología del Hospital Ángeles León.
- b. Medicina de Rehabilitación. Facultad de Medicina de León, Universidad de Guanajuato.

Autor para correspondencia:

Dr. Luis Gerardo Domínguez Carrillo
Correo electrónico:
lgdominguez@hotmail.com

Ruptura total de la porción larga del bíceps crural

Domínguez Gasca Luis Gerardo^a, Magaña Reyes Jorge^b, Mora Constantino Jorge^b, Domínguez Carrillo Luis Gerardo^c

Descripción de la imagen

Masculino de 23 años con evolución de dos años de dolor en tercio medio de cara posterior de muslo derecho, de inició repentino durante aceleración en carrera de 10 Km, presentando chasquido y dolor en cara posterior de muslo derecho, además de imposibilidad para la flexión activa de rodilla a más de 70°, a pesar del dolor, reinició ejercicio a los 3 meses, agregándose parestesias en zona de lesión; acudió a manejo por empírico, las parestesias pasaron a ser disestesias, irradiándose a hasta pliegue glúteo ipsilateral. Acude a Rehabilitación a dos años de la lesión. A la exploración, en cara posterior de muslo derecho presenta hundimiento en porción lateral del tercio medio, más ostensible al pedir flexión de rodilla de forma activa, con abultamiento en la unión de tercio medio con tercio distal, correspondiendo a cabeza larga de bíceps femoral; al examen clínico muscular bíceps crural derecho, con calificación 3/5; semimembranoso y semimembranoso en 4/5, resto normal. Con diagnóstico clínico de ruptura total (tipo 4) inveterada de porción larga del bíceps crural y atrapamiento del nervio ciático en zona de lesión por fibrosis; la resonancia magnética corroboró diagnóstico. (Figuras 1 y 2) Se le propone cirugía para liberar al nervio ciático de cicatriz fibrosa a lo que el paciente se niega.

La lesión de los músculos isquiotibiales por ser músculos biarticulares alcanzan porcentajes de 33% en edades entre 16 y 25 años en los deportistas; el bíceps crural es más frecuentemente afectado, la lesión se presenta durante actividades que requieren contracción excéntrica y de alta velocidad. El más reciente consenso sobre lesiones musculares, proporciona un lenguaje universal de clasificación¹. Las rupturas completas son raras; más del 50% de las lesiones se presentan en pretemporada. Los factores de riesgo son: falta de estiramiento y calentamiento, pobre flexibilidad, fatiga, haber presentado una lesión previa y reanudar tempranamente la actividad deportiva.² El diagnóstico es clínico, no obstante el ultrasonido en lesiones agudas brinda ayuda para valorar la magnitud y tipo de daño (funcional o estructural), en lesiones mayores, la resonancia magnética³ y el examen clínico permiten valorar más adecuadamente el retorno al deporte, principalmente en lesiones tipo III o IV que dejan fibrosis y que pueden requerir más de 1 año de programas de rehabilitación para retornar a actividades deportivas⁴.



VI = vasto lateral; Rf = recto femoral; Vm = Vasto medial; Vim = Vasto intermedio; S = Sartorio; NC = Nervio Ciático; Am = Aductor mayor; Ri = Recto interno; St = Semitendinoso; Sm = Semimembranoso; Bcc = Bíceps crural corto; Bcl = Bíceps crural largo.

Referencias bibliográficas

1. Mueller WH, Lutz Haensel L, Kai Mithoefer K, et al. Terminology and classification of muscle injuries in sport: a consensus statement. *Br J Sports Med* doi:10.1136/bjsports-2012-091448.
2. Hrysonallis C. Injury incidence, risk factors and prevention in Australian rules football. *Sports Med*. 2013 May; 43:339-354.
3. Hamilton B, Whiteley R, Almusa E, et al. Excellent reliability for MRI grading and prognostic parameters in acute hamstring injuries. *Br J Sports Med* 2014;48:1385-1387.
4. Hallen A, Ekstrand J. Return to play following muscle injuries in professional footballers. *J Sports Sci* 2014;32:1229-1236.

Afiliaciones:

- a. Servicio de Traumatología y Ortopedia. Hospital General de León. León, Guanajuato, México
- b Departamento de Imagenología del Hospital Ángeles León.
- c. Medicina de Rehabilitación. Facultad de Medicina de León. Universidad de Guanajuato, México

Autor para correspondencia:

Dr. Luis Gerardo Domínguez Carrillo
Correo electrónico: lgdominguez@hotmail.com

Macrodistrofia lipomatosa (gigantismo localizado)

Moreno-Madriral Luis Guillermo

Autor para correspondencia:

Luis Guillermo Moreno Madriral, médico internista. Servicio de Medicina Interna, Hospital general de zona 29, "Belisario Domínguez". Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México. Contacto al correo electrónico: dr.luismoreno23@gmail.com.



Descripción de la imagen

Paciente masculino de 64 años de edad, con mano y tercio distal de antebrazo izquierdos de proporciones considerablemente mayores que el lado derecho desde su nacimiento como único antecedente de importancia. Debido a infección de vías urinarias complicada, fue hospitalizado, con mejoría tras recibir tratamiento antimicrobiano. A la exploración física se encontraron las alteraciones ya descritas en miembro superior izquierdo (Figuras 1 y 2), sin otros hallazgos de mayor relevancia en el resto de su cuerpo. Ante tales hallazgos clínicos (con dicha extensión de afectación), el origen congénito, curso clínico y ausencia de historia familiar o signos característicos de otras entidades con compromiso sistémico, se postuló el diagnóstico de macrodistrofia lipomatosa.

Este raro padecimiento, de etiología incierta (también conocido como gigantismo localizado, acromegalia parcial, megalodactilia, entre otros nombres)¹ es una anomalía congénita del desarrollo (no

hereditaria) caracterizada por aumento de volumen de una parte (incluso de un solo dedo) o la totalidad de una extremidad, debido a crecimiento hamartomatoso del tejido fibro-adiposo del área afectada, sin embargo, se ha demostrado hipertrofia tanto de partes blandas como de elementos óseos.² Algunos autores han reportado leve predominio por el género masculino, casi siempre es unilateral y más común en miembros inferiores. El crecimiento de partes blandas es más marcado a nivel distal y generalmente cesa en la pubertad.^{3,4}

El diagnóstico diferencial incluye síndrome de Maffucci, hemangiomatosis, síndrome de Klippel-Trenaunay, síndrome de Beckwith-Wiedemann, síndrome de Proteus y neurofibromatosis tipo I (no obstante, la ausencia de signos cutáneos característicos, afección a otros órganos o historia familiar como en el caso de la última, las distinguen).⁵ Estudios de imagen e histopatología pueden ser de utilidad diagnóstica. El tratamiento de elección es quirúrgico, ya sea con fines de mejoría estética como funcional (aunque habitualmente la búsqueda de atención

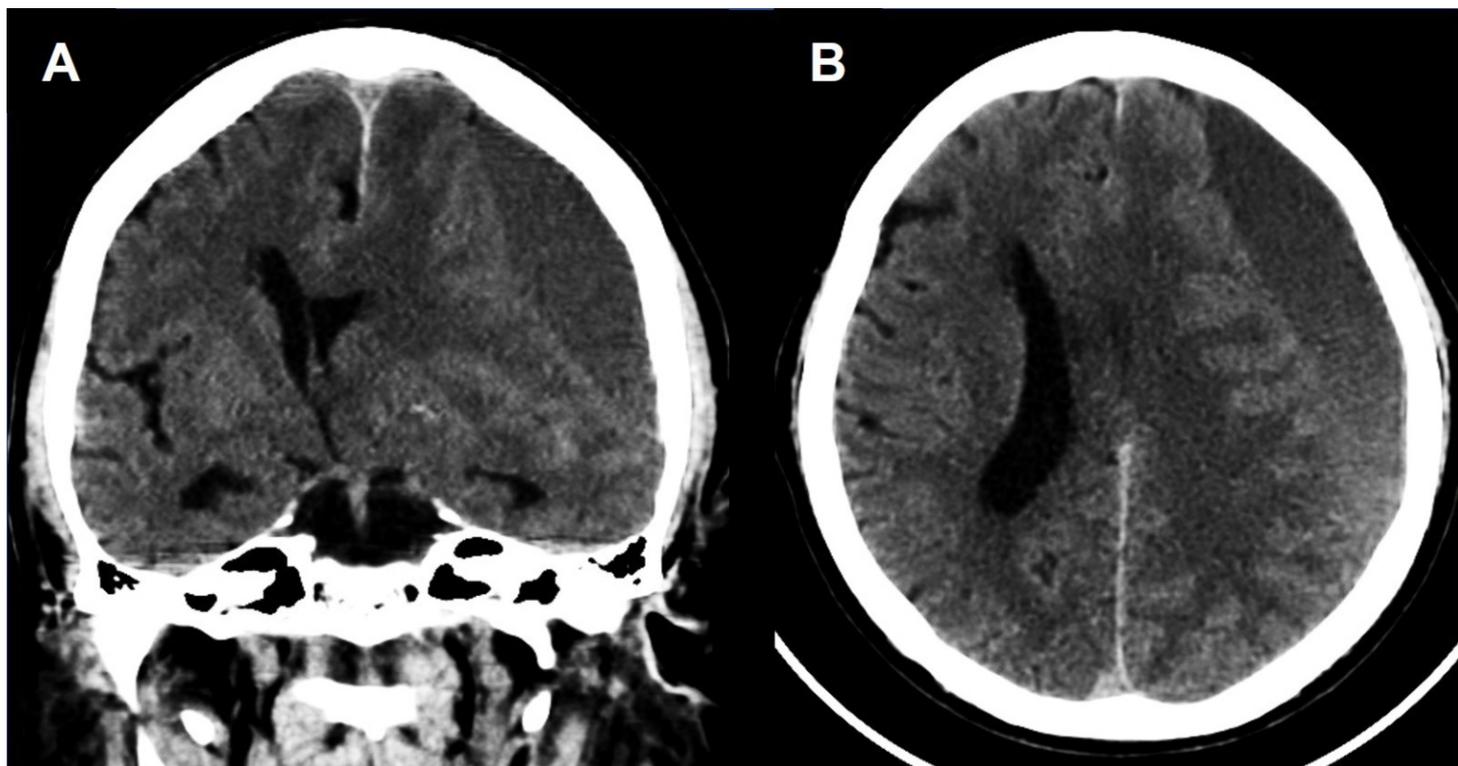
médica ocurre tardíamente en la vida).^{2,5}

Referencias bibliográficas

1. Salazar-Loconi W, Carrillo-Cumpa L, Rimarachin-Valderrama E. Macrodistrofia lipomatosa una forma rara de gigantismo focalizado. *Rev Exp Med* 2016; 2 (3): 105 – 107.
2. Sahu S, Kumar A, Sen A. Macrodystrophia lipomatosa. *MJAFI* 2011; 67: 162 – 164.
3. Cammarati-Scalisi F, Camparagnio-Geremia JG, Da Silva G, Olivo Cuesta C. Macrodistrofia lipomatosa. Reporte de un caso. *Rev Chil Pediatr* 2010; 81 (6): 531 – 535.
4. Mena-Pérez R, Brito-Chávez M. Macrodistrofia lipomatosa. Reporte de un caso. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* 2013; 12 (3): 329 – 335.
5. Wilches C, et al. El miembro asimétrico (gigantismo): aproximación diagnóstica. *Rev Colomb Radiol* 2009; 20 (4): 2754 – 2761.
6. Kwon JH, Lim SY, Lim HS. Macrodystrophia lipomatosa. *Archives of Plastic Surgery* 2013; 440 (3): 270 – 272.

Hematoma subdural crónico

Taylor-Martínez Mario Alberto^a, Perera-Canul Rilma Nelly^b



Descripción de la imagen

Se presenta caso de paciente masculino de 70 años de edad, sin antecedentes de importancia. Acudió a valoración por un cuadro de un mes de evolución con cefalea intermitente, sin antecedente de trauma craneal o banderas rojas. Tres semanas previas a su ingreso hospitalario, se agregó hemiparesia derecha, y 48 horas antes disartria. Se solicita estudio de imagen tomográfico de cráneo simple donde se observó zona hipodensa extra-axial biconvexa en la región fronto-parietal izquierda con desplazamiento de las estructuras de la línea media (Figura 1). El paciente fue sometido a drenaje quirúrgico con extracción de 50 mL de líquido serohemático, con recuperación *ad integrum* del estado neurológico.

El hematoma subdural resulta del sangrado entre la dura y aracnoides, la mayoría de los casos por desgarro de las venas durales secundarios a traumas menores, sin embargo, el antecedente de trauma craneal directo está ausente en el 30 a 50% de los casos. En ocasiones las

manifestaciones pueden no ser evidentes hasta semanas después de la lesión inicial, por lo que es requerido un alto índice de sospecha en el paciente adulto mayor con síntomas de cefalea, deterioro cognitivo, caídas, apatía, somnolencia, déficit neurológico focal y/o crisis convulsivas. En la tomografía de cráneo y/o resonancia magnética se observan como lesiones isodensas o hipodensas crescénticas o en forma de media luna, sin embargo, si sobrepasan las suturas pueden dar apariencia biconvexa. El tratamiento es quirúrgico si la colección es mayor a 1 cm o en presencia de síntomas.

Referencias bibliográficas

1. Nentwich LM, Grimmnitz B. Neurologic Emergencies in the Elderly. *Emerg Med Clin North Am.* 2016;34(3):575-99.

Afiliación

a. Departamento de Neurocirugía, Hospital Central Sur de Alta Especialidad Petróleos Mexicanos, Ciudad de México, México.

b. Departamento de Rehabilitación, Centro de Rehabilitación Infantil Teletón, Estado de México, México.

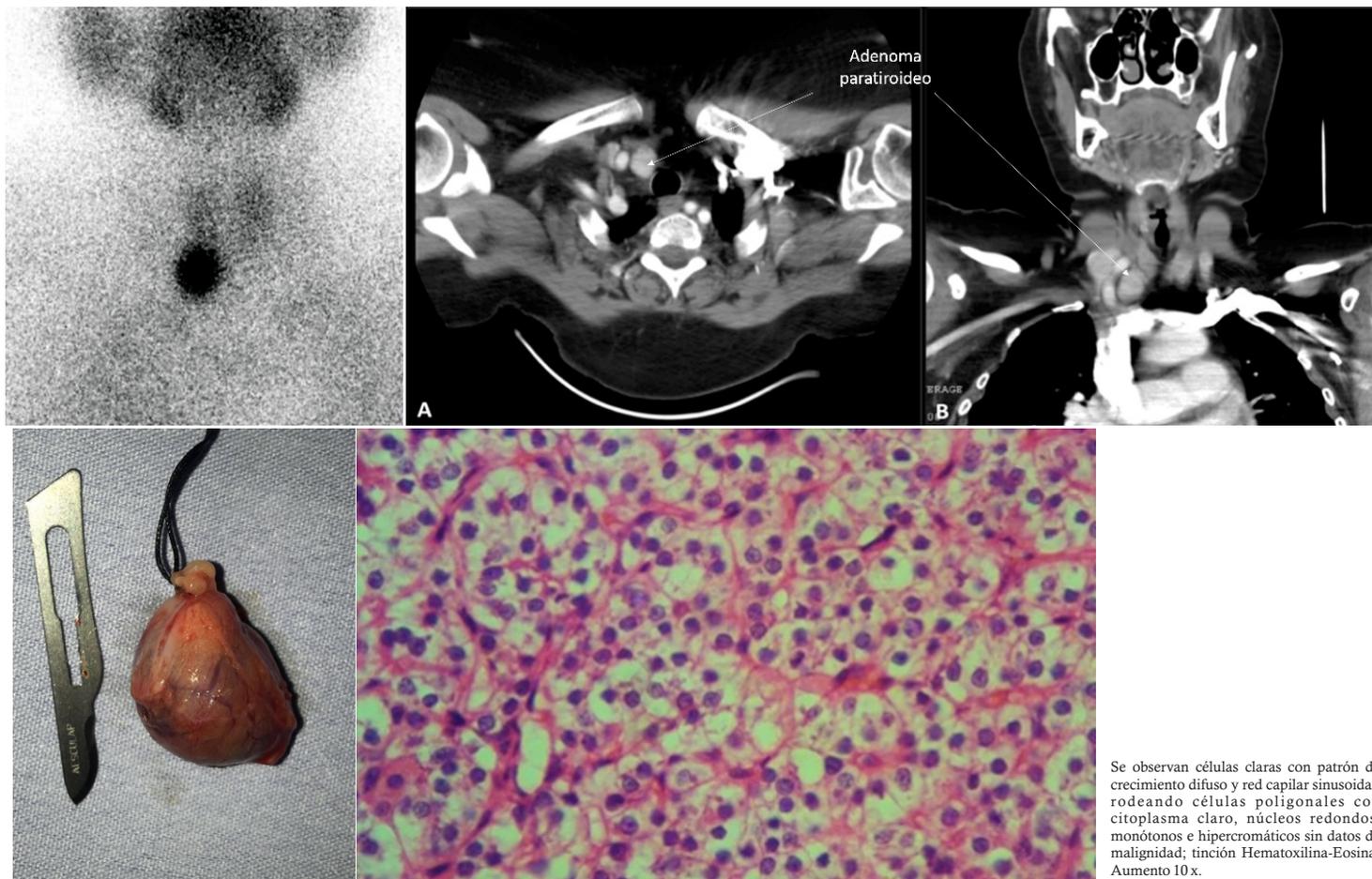
Autor para correspondencia

Departamento de Neurocirugía, Hospital Central Sur de Alta Especialidad Petróleos Mexicanos, Ciudad de México, México. Periférico Sur 4091, Col. Fuentes del Pedregal, Delegación Tlalpan, C.P.14140, Ciudad de México, México.

Correo electrónico: marioalbertotaylor@gmail.com

Adenoma paratiroideo

Arellano-Aguilar Gregorio^a, Galvez-Valdovinos Ramiro^b, González-Arrona Tomás^c, Aguirre-Trigueros José^d, Flores-Hernández Pedro Sixto^e, Pliego-Romero Blanca Janeth^f



Descripción de la imagen

Actualmente, el escrutinio de medición de calcio sérico ha permitido detectar con mayor frecuencia al Hiperparatiroidismo primario¹ (HPP), que ocupa el tercer lugar en frecuencia de las enfermedades endocrinas, siguiendo a diabetes mellitus y a enfermedades tiroideas. Se caracteriza por exceso en la secreción de hormona paratiroidea, la cual condiciona hipercalcemia e hipofosfatemia. En los Estados Unidos se estiman 100,000 nuevos casos por año con relación de género 2.5:1 a favor del femenino; en 90 % de los pacientes el HPP se origina en un único adenoma². Afecta al 1% de la población adulta, aumentando su incidencia a 2% después de los 55 años; su prevalencia es de 3 casos/1000 en el adulto, elevándose en la postmenopausia a 21 casos/1000.

Femenino de 55 años con antecedente de hipertensión arterial de 5 años manejada con

IECA, relata con 1 año de evolución, fatiga generalizada dificultad en la concentración y estreñimiento crónico; con sospecha de hipotiroidismo, los paraclínicos mostraron: perfil tiroideo normal; calcio sérico 11.3 mg/dL; fósforo 2.4 mg/dL, albúmina 3.7 g/dL; globulinas 2.4 g/dL. Calcio corregido por albúmina 11.8 mg/dL, paratohormona de 392.3 pg/mL; calcio en orina de 24 horas 555 mg. Con diagnóstico de HPP se practicó gammagrama paratiroideo con sestamibi³, localizando adenoma paratiroideo (Figura 1), corroborado mediante TAC de cuello. (Figura 2). Se realizó paratiroidectomía (Figura 3) sin complicaciones trans o postoperatorias; a las 24 los resultados de laboratorio mostraron: Ca sérico 9.4 mg/dL, fósforo sérico 3.7 mg/dL y PTH: 54.1 pg/mL.

Referencias bibliográficas

1. Silverberg SJ, Clarke BL, Peacock M, Bandeira F, Boutroy S, Cusano NE, *et al.* Current issues in the presentation of

asymptomatic primary hyperparathyroidism: proceedings of the Fourth International Workshop. *J Clin Endocrinol Metab* 2014; 99:3580-3585.

2. Bilezikian JP, Brandi ML, Eastell R, *et al.* Guidelines for the management of asymptomatic primary hyperparathyroidism: summary statement from the Fourth International Workshop. *J Clin Endocrinol Metab* 2014; 99:3561-3568.
3. Wong KK, Fig LM, Gross MD, Dwamena BA. Parathyroid adenoma localization with ^{99m}Tc-sestamibi SPECT/CT: a meta-analysis. *Nucl Med Commun.* 2015;36:363-375.

Afiliación

- a División de Medicina del Hospital Ángeles León.
- b División de Cirugía del Hospital Ángeles León.
- c Departamento de Imagenología del Hospital Ángeles León.
- d Departamento de Anatomopatología del Hospital Ángeles León.
- e Departamento de Medicina Nuclear del Hospital Ángeles León
- f Departamento de Enseñanza del Hospital Ángeles León.

Autor para correspondencia

Dr. Gregorio Arellano Aguilar
Contacto al correo electrónico: gregareag@gmail.com

Hernia de disco lateral con radiculopatía L3

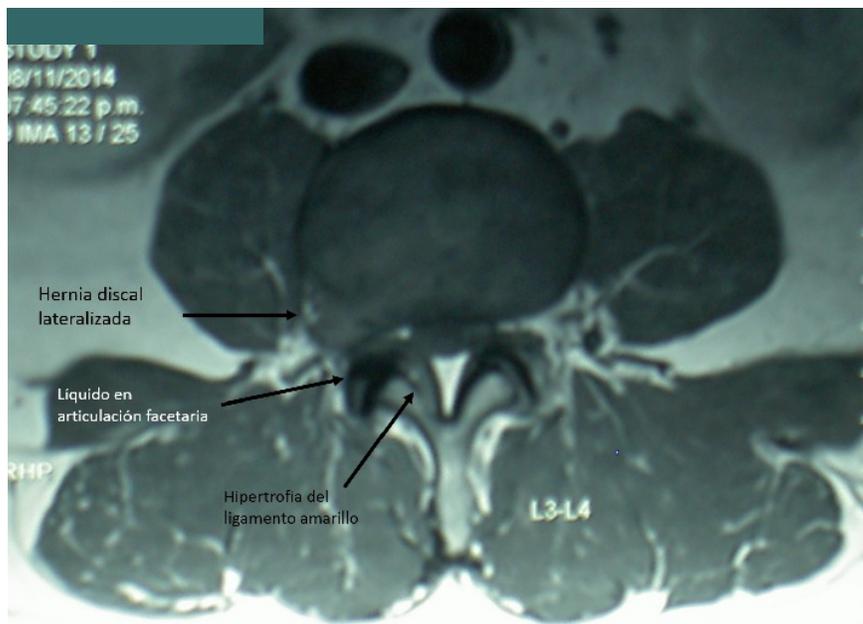
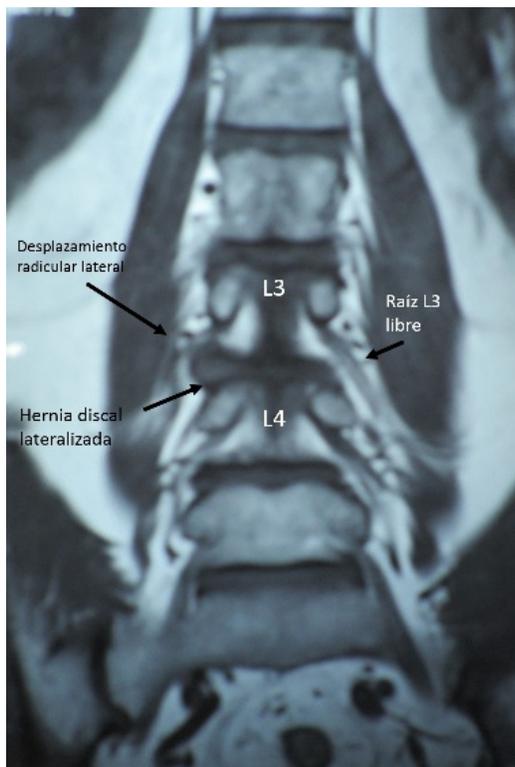
Domínguez-Gasca Luis Gerardo^a, Hasslacher-Arellano Juan Francisco^b, Baca-Prieto José Emilio^c, Domínguez-Carrillo Luis Gerardo^d

Descripción de la imagen

Masculino de 59 años, deportista, con 45 días de dolor lumbar irradiado a región supratrocantérea derecha, cruzando cara anterior de muslo hasta cara interna de rodilla derecha, correspondiendo a territorio radicular L3, acompañado de disestesias de carácter urente, el cuadro se originó inmediato a levantamiento de objeto de 50 Kg, realizando el movimiento en flexión y rotación de tronco a la izquierda con rodillas extendidas. Valorado por dos diferentes neurocirujanos, con resonancia magnética, que mostró: hernia discal lateral L3-L4 lateralizada a la derecha (Figuras 1 y 2). Se le propuso cirugía, negándose a ello; canalizado a medicina física y rehabilitación. A la exploración se encuentra: postura con escoliosis antálgica, con tronco en discreta flexión antero-lateral derecha, marcha anormal por desviación de tronco, el examen clínico muscular mostró fuerza de cuádriceps derecho en 3/5, reflejo rotuliano derecho disminuido; sensibilidad: zona de hiperestesia en territorio radicular L3 derecho. Sometido a programa de 4 semanas con ultrasonido terapéutico a región lumbar a dosis de 2 watts/cm² 10 minutos y compresas químicas a temperatura de 39-40° C. por lapsos de 20 minutos, seguida de ejercicios de Williams y fortalecimiento de músculos abdominales especialmente oblicuo mayor izquierdo; 75 mg diarios de pregabalina / 4 semanas, además de tramadol a dosis de 25mg tres veces al día, durante la primera semana. Con franca mejoría en la tercera semana, se agregó fortalecimiento de cuádriceps derecho con ejercicios de De Lorme VS máxima resistencia en series de 10. Se dio de alta asintomático con fuerza muscular 5/5 para cuádriceps. El dolor radicular originado por hernia discal a este nivel, tiene prevalencia anual de 9.9 a 25% por lo que puede considerarse el síndrome neuropático más frecuente.¹ La afección de la raíz L3 se encuentra afectada en sólo 5% de las hernias de disco; de éstas, las laterales² constituyen solo 7 al 12%, se manifiestan por síndrome de compresión radicular y signo reverso de Laségue,³ las manifestaciones neurológicas aparecen en 75% de los casos, el tratamiento conservador⁴ puede ser exitoso, evitando la cirugía.

Referencias bibliográficas

1. Van Boxem KV, Cheng J, Patijn J, van Kleef M, Lataster A, Mekhail N, Van Zundert J. Lumbosacral radicular pain. *Pain Pract.* 2010; 10:339-358.
2. Epstein NE. Foraminal and far lateral lumbar disc herniations: surgical alternatives and outcome measures. *Spinal Cord* 2000; 40: 491-500.
3. Barr KP, Griggs M, Cadby T. Lumbar stabilization: a review of core concepts and current literature, part 2. *Am J Phys Med Rehabil.* Jan 2007; 86: 72-80.
4. Peng-fei Y, Fang-Da J, Jin-Tao L, Hong J. Outcomes of conservative treatment for ruptured lumbar disc herniation. *Acta Orthop Belg.* 2013; 79: 726-730.



Afiliación

- a. Servicio de Traumatología y Ortopedia, Hospital Central Regional de León, Guanajuato. México.
- b. Servicio de Neurocirugía del Hospital Ángeles León.
- c. Servicio de Cirugía del Hospital Ángeles León.
- d. Facultad de Medicina de León, Universidad de Guanajuato.

Autor para correspondencia

Acad. Dr. Luis Gerardo Domínguez Carrillo
Correo electrónico: lgdominguez@hotmail.com

Quiste de colédoco en un adulto

Montiel-Núñez Emiliano^a, Víctor-Jiménez José^b

Descripción de la imagen

Se trata de paciente femenino de 28 años, previamente sana que acudió por cuadro clínico de náusea, ictericia y dolor abdominal intermitente en hipocondrio derecho de seis semanas de evolución. En la tomografía abdominal contrastada se observó dilatación fusiforme del hepático común y dilatación del colédoco de hasta 6.3 cm, compatible con quiste de colédoco tipo 1 de acuerdo con la clasificación de Todani. La paciente fue sometida a hepatoyeyunostomía en Y de Roux, con resolución completa de los síntomas.

El quiste de colédoco es una enfermedad rara que ocurre en aproximadamente 1 de cada 150,000 personas en países occidentales. El 80% de los casos ocurren antes de los 10 años de edad, y la mayoría de los casos involucran la vía biliar extrahepática. El cuadro clínico incluye la triada de dolor abdominal, ictericia y masa palpable. Se asocia con complicaciones como estenosis, litiasis, colangitis, cirrosis biliar secundaria, ruptura y particularmente colangiocarcinoma. El tratamiento depende del tipo de quiste y sintomatología, sin embargo, se sugiere la resección quirúrgica en la mayoría de los casos, mediante la realización de hepatoyeyunostomía en Y de Roux. El pronóstico en general es bueno, con una supervivencia a 5 años mayor al 90%.

Lecturas recomendadas

1. Martínez-Ordaz JL, Niño-Solis J. Quistes de colédoco en adultos. *Cir Ciruj.* 2010; 78:61-66.
2. Meneses-Salazar AT, Riggen-Martínez L, Orozco-Chávez EG. Quiste de colédoco tipo I. Diagnóstico por imagen y anastomosis hepático-duodenal como medida terapéutica. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2013; 70: 482-487.

Afiliación

a. Escuela de Medicina. Universidad Anáhuac. Ciudad de México, México.

b. Departamento de Medicina Interna. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Ciudad de México, México

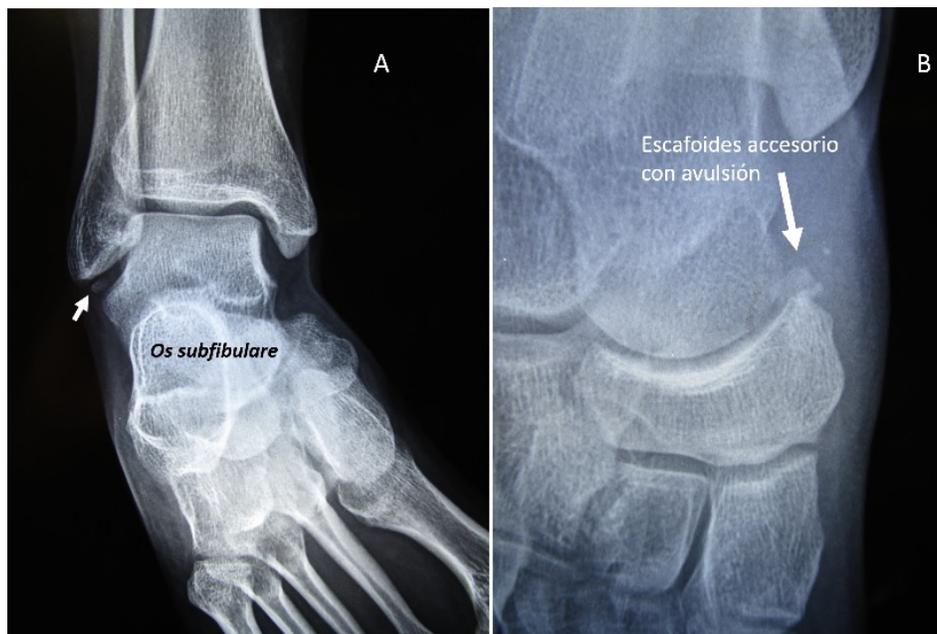
Autor para correspondencia

José Víctor Jiménez. Departamento de Medicina Interna
Contacto al correo electrónico: jimenezjosevictor@gmail.com



Avulsión de escafoides accesorio. (*Os tibiale externum*)

Domínguez-Gasca Luis Gerardo^a, Mora-Constantino Jorge^b, Domínguez-Carrillo Luis Gerardo^c



Descripción de la imagen

Femenino de 24 años, sin antecedentes de importancia, acude por dolor intenso en borde medial del pie derecho a nivel de escafoides, originado 24 horas antes al apearse de caballo, golpeando pie derecho sobre terreno pedregoso. A la exploración marcha claudicante por dolor y edema en pie derecho, zona eritematosa en su borde medial desde maléolo tibial a tercio medio de primer metatarsiano, el dolor se intensifica a la eversión pasiva y a la inversión activa; pulsos y llenado capilar normal, con diagnóstico de probable lesión del ligamento deltoideo, se solicita radiografía las cuales muestran presencia de escafoides accesorio (*Os tibiale externum*) tipo II el cual presenta avulsión (Figuras 1, 2); como hallazgo, el estudio radiográfico del pie mostró además un *Os subfibulare* asintomático. Se le colocó inmovilización evitando apoyo y uso de muletas axilares. A ocho semanas se inició programa de rehabilitación por ocho semanas, dándose de alta asintomática.

El escafoides accesorio descrito en 1605 por Bauhin, es uno de los huesos supernumerarios más frecuentes en el pie; se localiza posteromedial a la tuberosidad del escafoides y se desarrolla a partir de un segundo núcleo de osificación durante la segunda década de la vida. Tiene carácter

hereditario autosómico dominante. Se presenta en 5 - 20% de la población con predominancia en género femenino.¹ La clasificación de Geist² (en 1914) lo cataloga en tres tipos: el tipo 1, es un oscículo de 2 a 3 mm de diámetro, dentro de las fibras del tendón tibial posterior; el tipo 2 (más frecuente), tiene forma triangular y se une al escafoides por sincondrosis que bajo cargas de tensión, compresión o cizallamiento, puede sufrir avulsión (como en el caso presentado) desarrollando una pseudoartrosis dolorosa; el tipo 3 se forma al crearse un puente óseo completo entre la tuberosidad posterior del escafoides y el accesorio tipo 2, resultando un escafoides grande con su tuberosidad posterior prominente.³ Habitualmente al escafoides accesorio se les considera carentes de interés clínico. Sin embargo, pueden ser responsables de la sintomatología que refieren los pacientes (como en este caso). Actualmente se considera que su identificación radiográfica es insuficiente para atribuirle la sintomatología, siendo necesario otros estudios como el ultrasonido, la gammagrafía con metilendifosfonato marcado con Tecnecio (con alta sensibilidad pero baja especificidad) y la resonancia magnética, la cual muestra disminución de señal en T1 e incremento de señal en las secuencias con supresión de la grasa.

El diagnóstico diferencial debe efectuarse con: esguince del ligamento deltoideo, fractura de estrés, tendinitis del tibial posterior, fractura de tuberosidad medial del escafoides y enfermedad de Kohler.

El tratamiento en general es conservador, de persistir la sintomatología, se efectúa la resección del escafoides accesorio y del cartílago adyacente con reinserción de las fibras del tendón tibial posterior en el escafoides.

Referencias bibliográficas

- 1- Mansoor SN, Rathore FA. Symptomatic accessory navicular bone: A case series. *The Egyptian Rheumatologist* (2017), <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejr.2017.02.003>
- 2- Geist ES. Supernumerary bones of the foot. A roentgen study of the feet of one hundred normal individuals *Am J Orthop Surg* 1914; 12:403-414.
- 3- Abourazzak FE, Shimi M, Azzouzi H, Mansouri S, An unusual cause of medial foot pain: the cornuate navicular. *Eur J Rheumatol*, 2015; 2: 33-34.
- 4- Chong A, Ha JM, Lee JY. Clinical meaning of hot uptake on bone scan in symptomatic accessory navicular bones. *Nucl Med Mol Imaging* 2016; 50: 322-328.
- 5- Deng YS, Gao QM, Zhen P, Tang KL. Surgical treatment strategy for flatfoot related with accessory navicular. *Zhongguo Gu Shang*. 2015; 28:188-194.

Afiliación

- a. Departamento Traumatología y Ortopedia. Hospital General de León, León, Guanajuato México.
- b. Departamento de Imagenología del Hospital Ángeles León.
- c. Facultad de Medicina de León, Universidad de Guanajuato. México.

Autor para correspondencia

Dr. Luis Gerardo Domínguez Carrillo
Dirección electrónica: lgdominguez@hotmail.com

Eritema pigmentado fijo

Gay-Muñoz Paulina Mariel^a, López-Padilla Sergio Oswaldo^b

Descripción de la imagen

Paciente femenino de 34 años de edad la cual refiere que hace 20 días inició con manchas violáceas redondeadas en mejilla derecha, labio superior e inferior de boca (Figuras 1 y 2). Sin compromiso de mucosas ni síntomas generales. Las cuales iniciaron días después de autoprescripción de diclofenaco, para tratamiento de cefalea, llegando al diagnóstico de Eritema pigmentado Fijo (EPF).

Las lesiones generalmente se manifiestan como manchas eritematosas o violáceas, ovaladas bien definidas, que aparecen posterior a la ingesta del medicamento; duran varios días, pueden evolucionar a vesículas y ampollas. Al remitir dejan una pigmentación residual azul-grisácea y se presentarán en el mismo sitio cada vez que se ingiera el medicamento causante.¹

El EPF ocurre con mayor frecuencia en mujeres, en la tercera década de la vida, afecta por lo general miembros superiores, miembros inferiores, genitales, tronco y cara. También llamada erupción fija por drogas. Puede presentarse asociado a múltiples medicamentos, especialmente AINES y sulfas. El más frecuentemente relacionado es trimetoprim con sulfametoxazol.² En su patogénesis se encuentra una reacción citotóxica mediada por células contra los queratinocitos de la epidermis; se ha encontrado células T de memoria CD8 en las lesiones que aparentemente contribuyen a la memoria inmunológica y su reactivación ante la repetición del fármaco inductor.³

Referencias bibliográficas

- 1- Lee AY, "Fixed drug eruptions, Incidence, recognition, and avoidance, *Amer J Clin Dermatol* 2000;1: 277-285.
- 2- Kavoussi H, Rezaei M, Derakhshandeh K, Moradi A, Ebrahimi A, Rashidian H, *et al.* Clinical features and drug characteristics of patients with generalized fixed drug eruption in the west of Iran (2005-2014). *Dermatology Research Practice* 2015. <http://dx.doi.org/10.1155/2015/236703>.
3. Tekely E., Kadziela WG, Chodorowska G. Fixed drug eruption - pathogenesis and diversity of clinical manifestations. *Przegląd Dermatologiczny*, 2012; 99 252-253.

Afiliación

- a. División de Medicina del Hospital Ángeles León.
- b. Jefatura de la División de Medicina del Hospital Ángeles León.

Autor para correspondencia

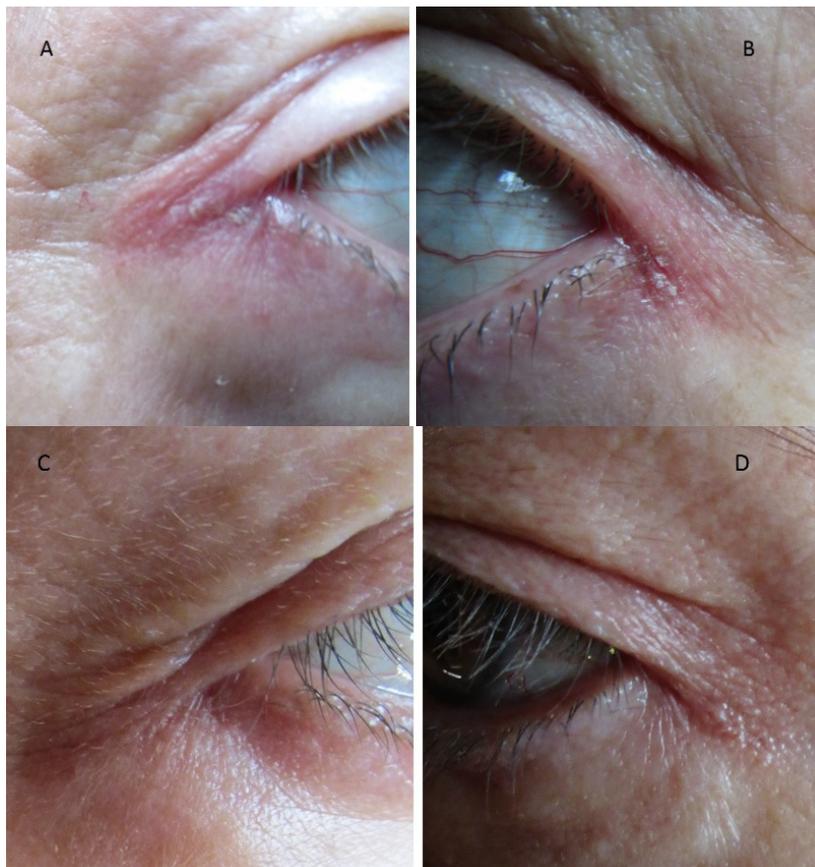
Dr. Sergio Oswaldo López Padilla

Contacto al correo electrónico: sergiolopezp@angelesleon.com



Blefaritis angular bilateral por *Moraxella lacunata*

Domínguez Carrillo Luis Gerardo^a, Rodríguez Villalobos Elvia^b



Afiliación

a. Medicina de Rehabilitación.
Profesor de la Facultad de Medicina
de León, Universidad de Guanajuato.
México.

b. Oftalmología. Hospital Ángeles
León, León, Guanajuato México.

Autor para correspondencia
Dr. Luis Gerardo Domínguez Carrillo
Contacto al correo electrónico:
lgdominguez@hotmail.com

Descripción de la imagen

Femenino de 60 años, que acude a rehabilitación con diagnóstico de tenosinovitis de De Quervain izquierdo, a la exploración física además de prueba de Finkelstein positiva, llamó la atención la presencia de edema y eritema palpebral bilateral hacia los cantos externos, con presencia de área eritematosa y descamativa en piel (Figura 1), al interrogatorio dirigido, reporta 2 meses de sintomatología caracterizada por prurito, ardor y enrojecimiento en ambos ojos (a pesar de gotas lubricantes), se encuentra en tratamiento con antihistamínicos por dermatólogo, quien le mencionó se trata de cuadro alérgico, canalizándola a alergología, las pruebas cutáneas con resultados negativos y su evolución ha permanecido sin cambios. Se decidió efectuar cultivo de secreción lagrimal tomada de ángulos palpebrales, los resultados reportaron *Moraxella lacunata*, se canalizó a oftalmología quien prescribió tobramicina en gotas oculares por 7 días con mejoría importante del problema y seguimiento semanal. (Figura 2). En cuanto

la tenosinovitis estenosante se resolvió con aplicación de 10 sesiones de ultrasonido previo a estiramiento y aplicación de hielo posterior al mismo.

Moraxella lacunata, es el agente causal del 2% de las infecciones oculares de origen bacteriano,¹ es un cocobacilo aeróbico Gram-negativo que típicamente aparece en pares, su crecimiento es lento en medio de agar-sangre y de pobre desarrollo en agar-chocolate, forma pequeñas colonias grises translúcidas, es oxidasa y catalasa positiva e indol negativo.² Casi siempre se presenta como un germen oportunista, siendo la causa más frecuente de blefaro-conjuntivitis angular³ y puede ser origen de queratitis⁴ (por producción de proteasas y endotoxinas), endoftalmitis postquirúrgica, sinusitis crónica y ocasionalmente infecciones sistémicas. En cuanto a tratamiento responde adecuadamente a fluoroquinolonas y aminoglucósidos, sin embargo el manejo requiere tiempos prolongados de tratamiento.

La blefaritis angular afecta generalmente al canto externo, con edema, eritema palpebral y escoriación de tipo descamativa que puede llegar a ulceración, prurito, sequedad,

irritación, y costras en la piel por fuera del canto palpebral externo, recordando las rágades de la queilitis angular. Los factores predisponentes para la infección por *Moraxella* son uso de lentes de contacto, diabetes mellitus, traumatismo ocular, resequead ocular y uso de gotas lubricantes que pueden contaminarse.

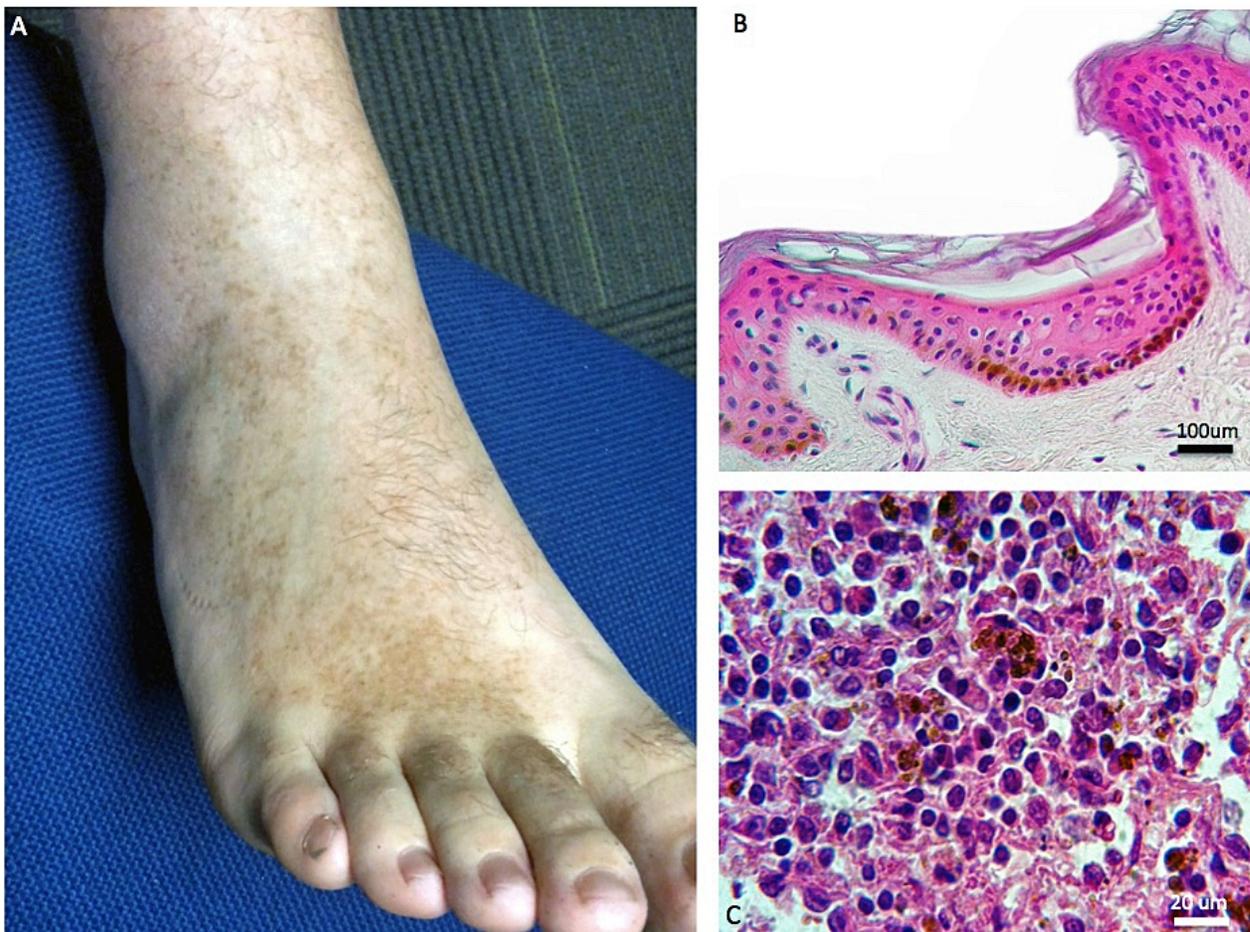
El diagnóstico diferencial debe efectuarse principalmente con infección por *Staphylococcus epidermis* y *Streptococcus epidermis*, dermatitis por contacto (principalmente cosméticos) dermatitis seborreica, eczema psoriasisiforme y dermatomiositis.

Referencias bibliográficas

- 1-Ringvold A, Vik E, Bevanger LS. *Moraxella lacunata* isolated from epidemic conjunctivitis among teen-aged females. *Acta Ophthalmol* (Copenh) 1985; 63: 427-31.
- 2-Hidenori I, Takashi S, Tomoyuki I, Takaaki H, et al ; Clinical Characteristics and Bacteriological Profile of *Moraxella Keratitis*. *Cornea*.2015; 34: 1105-1109.
- 3 -Shoai b K K. Severity of Pediatric Blepharokeratoconjunctivitis in Asian Eyes. *Am J Ophthalmol*. 2012;154:210-212.
- 4-Constantinou M, Daniell M, Taylor RH- *Moraxella keratitis: predisposing factors and clinical review of 95 cases*. *Br J Ophthalmol*. 2006; 90: 1236-1238.

Hemosiderina depositada secundaria a síndrome de Cushing

Gerardo Rivera Silva^{a,b}, Aarón Morín Juárez^{a,b}



Descripción de la imagen

Hombre de 20 años de edad que se presenta por manchas de color café claro localizadas en la piel de ambos tobillos y pies, de 3 meses de evolución. Con antecedente personal patológico de leucemia linfoblástica aguda diagnosticada a la edad de 14 años y tratada durante 5 años. Considerado en remisión y continuó tratamiento a base de prednisona a razón de 5 mg/m²/día durante 9 meses. En la exploración física presentaba tensión arterial de 120/80 mm/Hg, obesidad central (IMC > 25), cara redonda y rojiza, hipertrichosis, estrías en piel del abdomen, esplenomegalia, edema en pies, y máculas de color café claro de bordes irregulares localizadas en la piel de ambos tobillos y cara superior de los pies (Fig. A). Los estudios de laboratorio determinaron glucosa de 105 mg/dl (70-100 mg/dl), cortisol sérico matinal de 2,1 mg/dl (7-21 mg/dl), SDHEA < 13 mg/dl (82-300 mg/dl), y ACTH de 9

pg/ml (10-55 pg/ml). La resonancia magnética confirmó la esplenomegalia. El análisis microscópico reveló depósitos de hemosiderina en estrato basal de la epidermis (Fig. B) y en el bazo (Fig. C).

El caso presentado muestra un caso típico de síndrome de Cushing iatrogénico por administración de corticoides, caracterizado por obesidad centrípeta, cara redonda, piel delgada, estrías cutáneas, hipertensión e hipertrichosis. Además, en el paciente se identificaron depósitos de hemosiderina en el bazo, los cuales son resultado de la hemólisis producida por el exceso de prednisona, y esta situación condicionó aumento del hierro de la hemosiderina proveniente de la hemoglobina depositado entre las células y/o dentro de las mismas. El diagnóstico fue confirmado por los niveles bajos de cortisol basal, de ACTH y SDHEA. La suspensión del corticoide debe ser de forma gradual y el médico debe informar sobre sus efectos adversos.

Lecturas recomendadas

1. Lacroix A, Feelders R, Stratakis C, Nieman L. Cushing's syndrome. *Lancet* 2015; 386: 913-927.
2. Castinetti F, Morange I, Conte-Devoix B, Brue T. Cushing's disease. *Orphanet J Rare Dis* 2012; 7: 1-9.
3. Casado B, Sanz L, Gómez C, Pagan B, López M, Casado M. Síndrome de Cushing iatrogénico por corticoides tópicos en dos adultos. *Med Cutan Iber Lat Am* 2012; 40: 58-61.

Afiliación

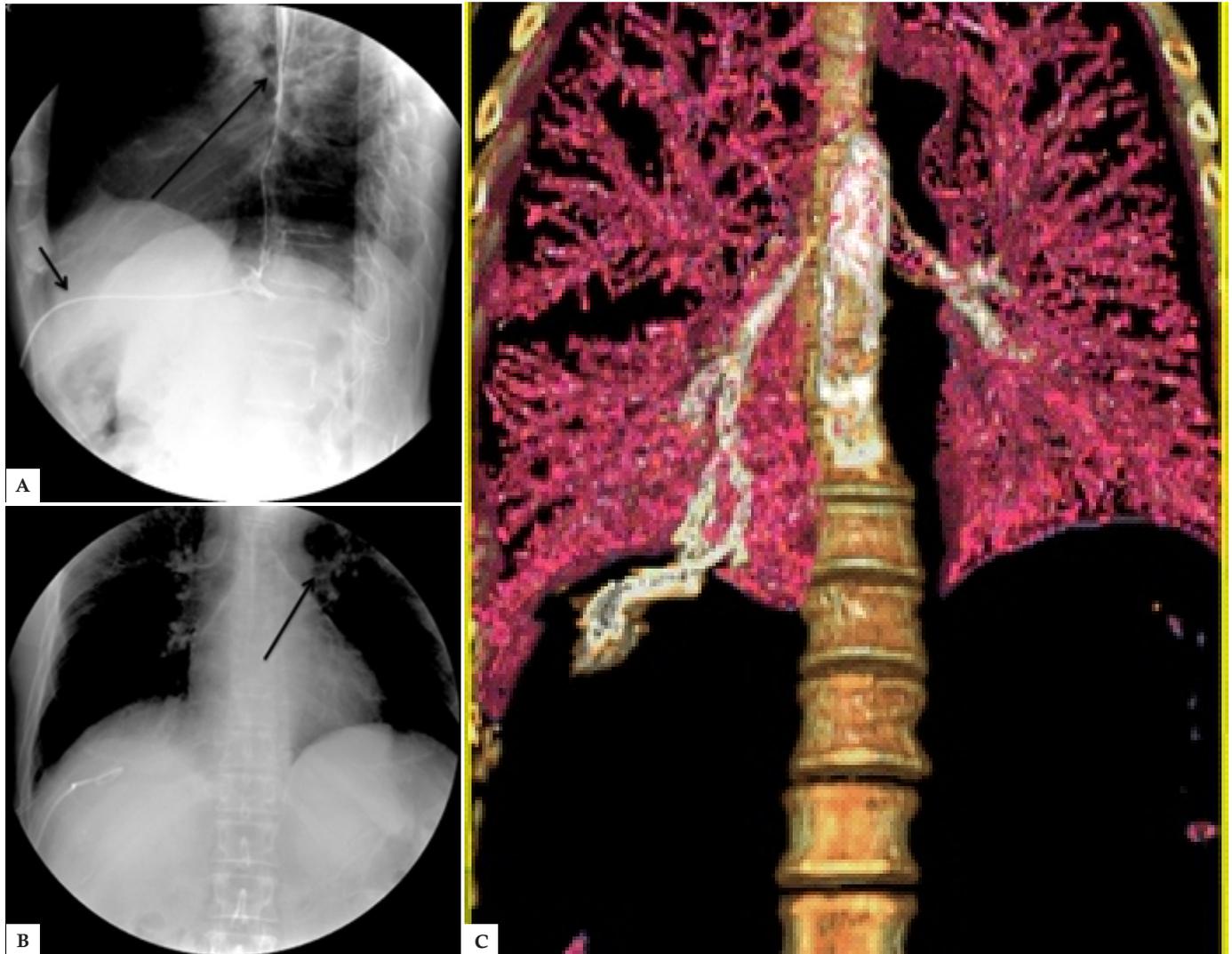
^aLaboratorio de Ingeniería Tisular y Medicina Regenerativa, Escuela de Medicina, Universidad de Monterrey, San Pedro Garza García, N.L., México.
^bDepartamento de Ciencias Básicas, Escuela de Medicina, Universidad de Monterrey, San Pedro Garza García, N.L., México.

Autor para correspondencia

Dr. Gerardo Rivera Silva MD, PhD. Departamento de Ciencias Básicas. División de Ciencias de la Salud. Universidad de Monterrey. Av. Morones Prieto 4500 Pte. San Pedro Garza García. N.L., México. Tel. (81) 8215-1541. E-mail: gerardo.rivera@udem.edu

Fístula biliobronquial en paciente con cirrosis hepática

Evaristo-Méndez Gerardo, Andrade-Arróniz Luis Eduardo



Descripción de la imagen

Un hombre de 54 años de edad con cirrosis hepática acudió al departamento de urgencias por dolor abdominal, fiebre, dificultad para respirar y tos con esputo de color verde (bilióptisis). En la tomografía computarizada se apreció en el lóbulo derecho del hígado una lesión con características de absceso y un derrame pleural derecho. Se realizó drenaje percutáneo del absceso y se colocó una sonda de toracostomía para drenaje pleural. El estudio citoquímico del líquido pleural reveló una concentración de bilirrubinas de 3.60 mg/dl. El estudio fluoroscópico mostró paso del medio de contraste por el catéter

hepático hacia el bronquio basal derecho con extensión traqueal y hacia el árbol bronquial izquierdo (Figura A y B). La tomografía helicoidal con reconstrucción en 3D comprobó la presencia de una fístula biliobronquial (el parénquima pulmonar se manipuló agregando el color rosa para definir el trayecto fistuloso) (Figura C). Los drenajes abdominal y torácico se retiraron a los 55 días de su colocación. Una broncoscopia realizada 2 meses después demostró resolución de la fístula. Actualmente el manejo conservador mediante aspiración y drenaje percutáneo y/o endoscópico es el tratamiento de elección en las fístulas biliobronquiales¹.

Referencias bibliográficas

1. Liao GQ, Wang H, Zhu GY, *et al.* Management of acquired bronchobiliary fistula: A systematic literature review of 68 cases published in 30 years. *World J Gastroenterol* 2011;17:3842-3849.

Afiliaciones

Departamento de Cirugía General, Hospital Regional «Dr. Valentín Gómez Farías», Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Zapopan, Jalisco. México.

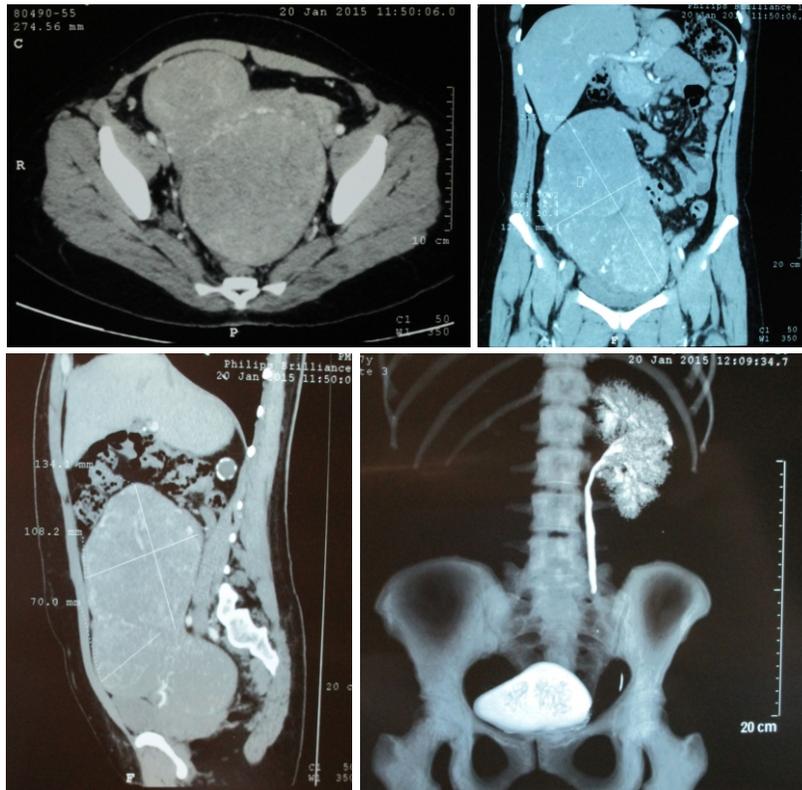
Autor para correspondencia:

Gerardo Evaristo-Méndez. Departamento de Cirugía General, Hospital Regional «Dr. Valentín Gómez Farías» Av. Soledad Orozco 203, Col. El Capullo. C.P. 45150. Zapopan, Jalisco. México. Tel.: + (33) 3836 0650, extensión 146.

Contacto al correo electrónico: gevaristo5@yahoo.com.mx

Miomatosis uterina gigante asociada a agenesia renal derecha

Gama-Pérez Rogelio, Domínguez-Carrillo Luis Gerardo



Afiliaciones
Departamento de
Imagenología del Hospital
Ángeles León.
Autor para correspondencia:
Dr. Luis Gerardo Domínguez
Carrillo
Correo electrónico:
lgdominguez@hotmail.com

Descripción de la imagen

Femenina de 35 años, sin antecedentes de importancia, nulípara, con ciclos menstruales irregulares, que acude a consulta de rehabilitación por observar que al efectuar ejercicios abdominales presenta abultamiento de hemiabdomen derecho. A la exploración se encuentra masa abdominal de consistencia firme de 25 x 12 cm; abarcando desde pubis a hipocondrio derecho. Con tomografía axial computarizada (Figuras 1, 2 y 3) se efectuó diagnóstico de miomatosis uterina gigante, además de agenesia renal derecha (Figura 4). La paciente fue sometida a histerectomía, encontrando miomatosis gigante con peso de 11.8 k. (clasificación de Beacham). Existe elevada incidencia de miomas uterinos asociados a malformaciones uterinas, especialmente con útero unicornes en mujeres con agenesia renal¹. Estas malformaciones pueden aparecer de manera independiente o en asociación con las anomalías de los conductos müllerianos². La prevalencia de la miomatosis uterina en mujeres en edad

fértil se calcula entre 20 y 40%, siendo más común en mujeres afroamericanas, y contando como factores de riesgo: la edad, nuliparidad y tabaquismo. Su incidencia acumulada para la edad de 50 años es de más del 80% en mujeres afroamericanas y 70% en mujeres caucásicas. Se asocian con infertilidad en 5 a 10% de los casos.³ No obstante tumores benignos, los miomas pueden llegar a ser de gran volumen y originar síntomas por compresión de estructuras adyacentes.⁴

El 10% de los humanos nacen con malformaciones del sistema urinario; Los riñones se forman durante la quinta semana del desarrollo embrionario, se generan del mesodermo metanéfrico y se movilizan hacia las secciones laterales del cuerpo en el embrión⁵. Un mal desarrollo del conducto mesonéfrico distal, lleva a ausencia de la yema ureteral, ocasionando agenesia renal, con incidencia de 1/500 a 1/3200, siendo más frecuente la ausencia de riñón izquierdo (56.4%) con predominancia en género masculino con relación 2.3:1.⁶ Las

personas con esta anomalía suelen ser asintomáticos. La agenesia renal se diagnóstica al efectuar estudios abdominales por otros motivos. Su asociación con otras anomalías es común: con anomalías genitales (70%); urinarias (22 a 90%), sistema musculoesquelético (30%); sistemas cardiovascular y gastrointestinal (15%); sistema nervioso central y sistema respiratorio (10%).

Referencias bibliográficas

- 1- Grimbizis GF, Campo R. Congenital malformations of the female genital tract: the need for a new classification system. *Fertil Steril* 2010; 94: 401-407.
- 2- Saravelos SH, Cocksedge KA, Li TC. Prevalence and diagnosis of congenital uterine anomalies in women with reproductive failure: a critical appraisal. *Hum Reprod Update* 2008; 14: 415-429.
- 3- Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología. Lineamientos en Infertilidad. Diagnóstico y tratamiento de la miomatosis uterina, *Ginecol Obstet Mex* 2011; 79: 711-718.
- 4- Sarduy NM, Vasallo PR, Collera S, Martínez CHY, Correa PJ, Rivero OJ et al. Miomatosis uterina gigante *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2009; 35: 1-10.
- 5- Rodríguez D, Patricia Chacón CP, Mora CHJ. Anomalías congénitas del sistema renal: agenesia renal izquierda asociada a variante arteriovenosa renal derecha y vena cava inferior. *Med. leg. Costa Rica* 2009; 26: 111-115.
- 6- Mishra A. Renal agenesis: report of an interesting case. *Br J Radiol.* 2007; 80:167-169.

Somos un solo ser
150 * 150 cm
Oleo sobre tela



Todos estamos conectados
100 * 130 cm
Oleo sobre tela



Por definir
50 * 50 cm
Oleo sobre tela



Por definir 1/3
50 * 50 cm
Oleo sobre tela



I feel good
130 * 100 cm
Oleo sobre tela



Juan Carlos Navarro

Nació en Guadalajara, Jalisco en 1975. Desde niño mostró habilidad por el dibujo y la pintura, la cual fue desarrollando con el paso del tiempo. Algunas de las técnicas que abordó desde la adolescencia fueron los pasteles y el acrílico. Actualmente se ha centrado en el manejo del óleo evolucionando hacia un estilo propio adquirido de manera autodidacta. Cabe destacar que su formación de Ingeniero

Arquitecto ha impregnado su trabajo con un cubismo peculiar, pero aún más, con la relevancia de la luz, la figura y el espacio. Su obra ha sido expuesta en Jalisco, Ciudad de México, Zacatecas, Oaxaca, Colima, Guanajuato, entre otros lugares tanto en exposiciones colectivas como individuales. Una de las más relevantes ha sido la de París llevada a cabo en el 2015.

“Naturales” nos muestra la tranquilidad del espíritu libre personificado tanto en la parte animal como en la vegetal. Juan Carlos Navarro pretende retratar la complejidad del ser y la fuerza del acto de vivir en cada rama, hoja y fruto, pero sobre todo en el despertar espiritual que es paulatino y echa sus raíces en la mente... este despertar se nutre de pensamientos, sentimientos, nociones y conceptos plenos. Existe espontaneidad en los personajes, ya que sus follajes dispares siguen rumbos aleatorios, sin embargo, sus cuerpos humanos los comprometen a interiorizar y meditar hacia dónde se dirige su alma. Asimismo, gozan de abundancia y bienestar, emanan luz y están en paz consigo mismos, y de tal modo, conviven con otros seres diferentes unificándose en un solo individuo. En un espléndido y completo árbol de la vida dinámico.

En “Imagen Sonora Cinética” el pintor alude al imaginario del Jazz de las legendarias ciudades norteamericanas. Al parecer, la serie fue pintada al ritmo del saxofón, el piano, las percusiones y demás instrumentos de aliento y cuerdas. Juan Carlos Navarro nos introduce en las atmósferas improvisadas y alteradas que produce la síncopa musical con singular dominio de la perspectiva y de las dimensiones representadas. Sin duda, hay una desesperación, un apresuramiento y una búsqueda por la ubicuidad y simultaneidad en los primeros jazzistas del siglo pasado y esas mismas cualidades se reflejan en los trazos del autor... como si quisiera interpretar la pieza musical y pictórica a la vez fusionándolas.

“Antología” recopila a “Seres de Luz” y “En Algún Lugar”, ambas versan sobre los sueños y la imaginación ilimitados. Juan Carlos Navarro hace hincapié en el poder de la razón para construir la realidad. Las expresiones faciales bien detalladas y la disolución de lo corpóreo en forma de algo volátil nos hablan de la primacía de las ideas y de lo inmaterial. En definitiva, sus creaciones nos llevan a un universo etéreo, onírico e incorpóreo.

