

EDITORIAL

El presente año 2004 se ha iniciado con un cambio de gabinete ministerial en el que una mujer, la Dra. Pilar Mazzeti, profesora universitaria y neuróloga de prestigio, ha asumido el rol de Ministra de Salud. Su orientación es vocacional y social, dirigida a modificar la gestión para llevar salud a la población con menores recursos y, dentro de ella, a los niños. Conocedora de los índices de mortalidad materna e infantil -por sus presentaciones en los medios de comunicación-, la comunidad médica ginecoobstetra espera de ella una conducción amplia y segura de la salud materna y la planificación familiar hacia las metas que fueran postergadas en los últimos años, y que motivó la pronta, decidida y permanente intervención de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología.

En el número de la Revista que inicia el volumen del año 2004, se presenta un estudio sobre el grado de concordancia entre el diagnóstico clínico y bacteriológico en las infecciones vaginales y cervicales. En 1 252 mujeres atendidas en 4 consultorios de planificación familiar en Lima, se comparó los diagnósticos clínicos de cuatro ginecólogos con los diagnósticos de laboratorio, luego del estudio de los fluidos vaginal y cervical. Los médicos eran una ginecóloga de experiencia y tres ginecólogos que habían acabado su residencia de la especialidad. Se calculó en el trabajo la prevalencia de las infecciones vaginales y cervicales, y la validez y concordancia del diagnóstico clínico respecto del bacteriológico. El estudio no encontró concordancia entre el diagnóstico clínico y bacteriológico de las infecciones vaginales y cervicales, con el probable consiguiente manejo inapropiado. Por lo que los autores recomiendan que,

en la evaluación de fluidos cervicovaginales se realice exámenes bacteriológicos simples, pH y examen de aminas y se tome en cuenta los factores epidemiológicos asociados, de manera de mejorar el diagnóstico. Creemos que es un mensaje a los ginecólogos para no manejar "por teléfono" los flujos vaginales anormales y más bien tratar de llegar a un diagnóstico más cercano al etiológico. De esta manera podremos ayudar a la mujer a curarse y prevenir infecciones genitales, que pueden tener repercusiones no sospechadas.

No existe aún una manera de determinar si una mujer desarrollará preeclampsia durante la gestación. Sin embargo, aparentemente 15 por ciento de las gestantes sufrirá de esta complicación del embarazo, que pondrá en riesgo la salud y vida de la gestante y de su producto de la concepción. Es tan difícil la situación, que se sigue buscando marcadores que puedan orientarnos al desarrollo de la preeclampsia, de tal forma de manejar a la gestante y su feto de la manera adecuada. Un trabajo que aparecerá en el *New England Journal of Medicine* menciona la presencia de niveles anormales de dos proteínas que tienen que ver con la regulación de la angiogénesis -la forma soluble de tirosinaquinasa parecida a *fms-1* (*sFlt-1*), que se une al factor de crecimiento placentario (PIGF), y el factor de crecimiento del endotelio vascular-; ellas tendrían un rol patogénico en la preeclampsia.

Otra probabilidad de predecir la posible aparición de preeclampsia ha sido la determinación de los niveles séricos de β -hCG. Así, un estudio que publicamos ha querido determinar si la elevación de las gonadotropinas coriónicas beta (β -hCG) en el



segundo trimestre del embarazo es un marcador sérico útil para predecir la preeclampsia. Se tomó una muestra de suero para la medición de la β -hCG a las gestantes que tenían entre 14 y 21 semanas de gestación y se las siguió hasta el final del embarazo. El estudio encontró que las pacientes con preeclampsia severa tuvieron un riesgo 8,2 [1,9-36,8] veces mayor de tener niveles de la hormona mayores de 153 000 mUI/mL que las que no tuvieron enfermedad, por lo que la determinación de β -hCG podría ser utilizada como un marcador sérico para predecir preeclampsia.

Se publica luego tres estudios sobre la curva de crecimiento del cerebelo fetal determinada por ultrasonido. Los dos primeros determinan la curva en fetos únicos de embarazos normales. Se encuentra que la curva de crecimiento fetal aumenta gradual y progresivamente hasta el término de la gestación. El crecimiento de esta curva parece ser más notable que las curvas de crecimiento biparietal, circunferencia abdominal y fémur, aunque uno de los estudios encuentra algunas diferencias al compararla con una población foránea. Los trabajos concluyen que la curva de crecimiento del cerebelo fetal intrauterino tiene correlación con la edad gestacional, obteniéndose un nomograma que relaciona la curva de crecimiento del diámetro transversal fetal con la edad gestacional en gestantes normales. Se sugiere que esta curva de crecimiento cerebelar fetal sea incluida en el informe ecográfico rutinario durante la gestación, porque aparece menos variable que los otros parámetros biofísicos que generalmente utilizan los ecografistas, como diámetro biparietal, circunferencias craneana y abdominal y longitud de fémur, con menos variaciones cuando el feto adopta ciertas presentaciones o posiciones que modifican las mediciones de otros diámetros.

Un estudio preliminar estudia la curva de crecimiento del cerebelo fetal en embarazos gemelares o con alteración del desarrollo fetal. Encuentra que el diámetro cerebelar transversal puede determinar el crecimiento fetal en embarazos multifetales, tiene valor diagnóstico clínico en la restricción del crecimiento y no parece sobreestimar la edad gestacional en el feto grande para la edad gestacional. Se indica que se requiere estudios más amplios

sobre el crecimiento del diámetro cerebelar en fetos de embarazos complicados, de manera de corroborar los hallazgos presentados.

Se presenta después una revisión actualizada sobre el síndrome de ovarios poliquísticos (SOPQ), entidad que comprende principalmente alteraciones de la ovulación, hiperandrogenismo y presencia de ovarios poliquísticos. Debido a la continua confusión del SOPQ con el solo hallazgo ecográfico de ovarios poliquísticos (OPQ) –también denominado poliquistosis ovárica–, se hace hincapié de que estas dos son entidades diferentes, que pudieran coincidir. Además, el conocimiento y estudio del SOPQ en la mujer en edad reproductiva es de importancia por las alteraciones de la menstruación y la fertilidad que ella generalmente presenta, los problemas cosméticos derivados por el hiperandrogenismo y por el riesgo aumentado de desarrollar diabetes mellitus o enfermedad coronaria en un futuro. Es decir, el ginecólogo y el endocrinólogo, entre otros, deberán tener presente el desarrollo del síndrome metabólico en las mujeres con SOPQ; por ello la necesidad de orientar y seguir a las mujeres con dicho diagnóstico para tomar las medidas necesarias. Se ha incluido en esta revisión algunas conclusiones del reciente panel de consenso de ESHRE/ASRM de Róterdam 2003 sobre el SOPQ.

Otro trabajo de revisión hace énfasis sobre la mortalidad perinatal, que proporciona una imagen del nivel de desarrollo y calidad de salud de los pueblos y permite medir el estado de salud del producto de la concepción durante los dos últimos meses de vida intrauterina y los primeros 6 días de vida extrauterina. Refiere que el Perú es el país que presenta los más marcados contrastes estructurales en América Latina y el Caribe, con cifras comparativamente mayores en mortalidad materna (2,3 veces más) y mortalidad en menores de 5 años (2 veces más). Indica que en los últimos quince años la proporción de la mortalidad neonatal se ha incrementado, llegando al 55% de la mortalidad infantil, falleciendo en el primer mes de vida principalmente por asfixia, distrés respiratorio, infección o malformación congénita. Recuerda que, de las muertes neonatales, 41% son producto de complicaciones durante el parto y atención inmediata del recién nacido, 33% complicaciones



relacionadas al embarazo, 16% complicaciones en la primera semana de vida y sólo 10% producto de complicaciones después de los 7 días de vida. Finaliza la revisión haciendo varias recomendaciones para disminuir la mortalidad perinatal.

El corangiocarcinoma es un tumor raro de la placenta constituido por un corangioma y proliferación del epitelio trofoblástico con caracteres de coriocarcinoma. Hay pocos casos descritos en la literatura. Y el caso que se publica en el presente número de la Revista de SPOG tuvo algunas manifestaciones, como preeclampsia, presencia concomitante de angioma en el recién nacido y proliferación atípica de las células endoteliales, que no han sido mencionadas en los casos ya publicados.

En el último año y medio, desde julio 2002, nos hemos dado con la sorpresa inesperada sobre los hallazgos del estudio de los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos de América, el WHI (Iniciativa de Salud para las Mujeres), sobre cómo la combinación estrógenos conjugados asociados a acetato de medroxiprogesterona aumentan la enfermedad coronaria, el cáncer de mama, la parálisis cerebral, embolia pulmonar, apoplejía, cáncer de ovario y demencia, sin mejorar la función cognitiva ni la calidad de vida. Ahora, este mismo primer gran estudio aleatorio ha detenido el brazo de estrógenos solos administrados a 11 000 mujeres posmenopáusicas sanas que habían tenido histerectomía, pues luego de un promedio de casi 7 años de seguimien-

to, los estrógenos solos no parecen afectar (aumentar o disminuir) la enfermedad cardíaca, al mismo tiempo que parecen aumentar el riesgo de apoplejía. De manera interesante, no han aumentado el riesgo de cáncer de mama.

El aumento del riesgo de accidente cerebrovascular en el estudio WHI de estrógenos solos es similar al encontrado en el estudio WHI de estrógenos más progestina, cuando ese ensayo fue detenido en julio de 2002. Los NIH han determinado que los resultados no se modificarían si el ensayo con estrógenos continuara hasta completarse en 2005. Además, la información preliminar sugiere que las participantes que recibían estrógenos solos también tienen tendencia a un mayor riesgo de probable demencia y/o alteración cognitiva leve. Actualmente, la FDA recomienda a las mujeres posmenopáusicas que usan o consideran usar estrógenos o estrógenos con progestinas a discutir los beneficios y riesgos con sus médicos, estando aprobados para mejorar los bochornos moderados a severos y los síntomas de atrofia vulvar y vaginal. La FDA también recomienda que los estrógenos y progestinas deberían ser usadas en las dosis más bajas y por el menor tiempo necesario.

Sorpresas que da la vida. Por supuesto, también en Medicina... y en la Ginecoobstetricia. Por lo que debemos mantenernos permanentemente informados para poder ofrecer a la mujer peruana lo mejor de nuestro bagaje terapéutico.

El Comité Editorial