

Resúmenes de Literatura Mundial

Dr. Juan Manuel Acuña A.

DISMENORREA PRIMARIA: LA IMPORTANCIA DE LAS PROSTAGLANDINAS E₂ Y F₂ ALFA.

Lumsden M A, Kelly L W, Baird D T.: Dec. 1983. 90: 1135 - 1140. Br A.J. Obstet Gynecol.

La dismenorrea se ha aceptado desde hace ya muchos años como una entidad clínica causante de gran cantidad de incapacidades médicas, con importantes consecuencias socio-económicas. Puede ser secundaria a patología pélvica orgánica (endometriosis, infecciones) o, especialmente en mujeres jóvenes, ser primaria sin una causa aparente.

El papel de las prostaglandinas en la dismenorrea primaria se ha sugerido en base a mediciones efectuadas en muestras endometriales y en razón a la mejoría clínica de las pacientes dismenorréicas tratadas con inhibidores de la prostaglandinsintetasa. A pesar de ello, los estudios pasados no diferencian según día menstrual y la recolección de las muestras de endometrio involucran trauma que se

sabe incrementa los niveles locales de prostaglandinas. En el presente estudio se midieron PGF₂, PGF₂ α y 6-oxo-PGI₂, el metabolito estable de la prostaciclina (PGI₂), en muestras diarias recogidas con diafragmas vaginales en pacientes con dismenorrea primaria y se compararon con un grupo control de mujeres normales, en datos comparados por edad, paridad y peso.

Se estudiaron 16 pacientes con dismenorrea primaria y 12 pacientes normales como grupo control. Las concentraciones de la PGF₂ α y PGE₂ fueron mayores en el primero que en el segundo día en el grupo con dismenorrea. Las concentraciones de 6-oxo-PGF₁ α fue baja en ambos grupos. Estos resultados confirmaron que la PGF₂ α es importante en la etiología de la dismenorrea primaria e indican también que la PGE₂ puede estar involucrada.

INHIBIDORES DE LA SINTETASA DE PROSTAGLANDINA EN EL TRATAMIENTO DE LA DISMENORREA PRIMARIA.

Owen P.R. AM. J. Obstet Gynecol. 148 : 96, 1984.

La dismenorrea primaria se refiere a un complejo sintomático constituido por

dolor menstrual, cólicos uterinos, y se puede asociar a un complejo sistémico que puede incluir náusea, vómito, mareos, dolor de espalda y cefalea.

La patogénesis de la dismenorrea es desconocida aun cuando el papel de la prostaglandina F₂ alfa parece ser evidente. Es en la vida de la mujer un problema ginecológico frecuente que se estima puede llegar a afectar a la mitad de las mujeres, principalmente en vida reproductiva.

Desde los años 70 se han venido empleando los inhibidores de la sintetasa de las prostaglandinas como terapia para la dismenorrea primaria. Estos medicamentos son anti-inflamatorios y analgésicos no esteroides que pueden ser divididos en dos grupos: Ácidos arilcarboxílicos, incluyendo el ácido acetil salicílico y fenamatos (ácido flufenámico y ácido mefenámico) y los ácidos aril alcanóicos incluyendo ácidos arylpropiónicos (ibuprofén, quetoprofén y naproxen) y los ácidos indolacéticos (indometacina). El mecanismo exacto de acción de estos medicamentos, es todavía desconocido.

El propósito del presente artículo es doble: 1. evaluar la efectividad de los inhibidores de la prostaglandinsintetasa por revisión de artículos desde 1974

hasta 1982 y 2. evaluar si el alivio del dolor por estos medicamentos es realmente un efecto de la droga o es artificialmente influido por otros factores.

Se revisaron 51 estudios que incluían 1.649 pacientes y 682 ciclos menstruales en relación a la efectividad de alivio del dolor, frecuencia y naturaleza de los efectos secundarios y lo adecuado de la metodología.

Se encontró que sobre todas las pacientes, el 72% de las mujeres dismenorréicas mostraron disminución significativa del dolor, 18% disminución pequeña o ninguna disminución y 15% respuesta placebo. La comparación de las diferentes drogas probó que los fenamatos son más efectivos que los demás compuestos para el alivio del dolor y que los efectos secundarios fueron mínimos para todos los compuestos excepto para la indometacina.

Como conclusión, los inhibidores de la prostaglandinsintetasa son medicamentos seguros y efectivos para el tratamiento de la dismenorrea primaria.

¿ ES NECESARIA LA CESAREA DE RUTINA EN EMBARAZOS GEMELARES CON PRESENTACIONES DE VERTICE-PELVIS Y VERTICE-TRANSVERSA ?

Chervenak F.A. y cols. Am. J. Obstet Gynecol. 148: 1, 1984.

Recientemente se ha postulado la necesidad de cesárea para evitar el nacimiento de segundos gemelos en pélvis debido a la frecuencia de depresión neonatal y apgares bajos. La incidencia de presentaciones de vértice-pélvis y vértice-transversa no es baja: 27 a 42% para la primera y 5 a 7% para la segunda, de todos los embarazos gemelares.

El presente es un estudio retrospectivo en un período de 5 años en el hospital de Yale-New Haven, entre 1977 y 1981. Se incluyeron sólo nacimientos con 2 fetos

vivos antes del parto y pesos al nacer >-500 gramos. La población estudiada fue de 135 en vértice-pélvis y vértice-transversa (con 93 y 42 pacientes respectivamente) antes del nacimiento.

El diagnóstico anteparto se hizo en el 93% de los casos y el 97% tenían diagnóstico antes del nacimiento del 2o. gemelo: 72 pacientes (78%) en presentación vértice-pélvis y 22 (53%) en vértice-transversa, nacieron por vía vaginal. Extracción de pélvis se empleó para 76 segundos gemelos. Por debajo de 1.500 gramos, ocurrieron 6 muertes neo-natales, cuatro casos con hemorragia intraventricular.

cular documentada y 67% de apgar bajo a los 5 minutos. Por encima de 1.500 gramos, no hubo muertes neonatales, hemorragia intracraneana y sólo 5% de apgar moderadamente bajo a los 5 minutos. Trauma obstétrico se reportó en un caso de un recién nacido de 3.420 gramos quien tuvo fractura en leño verde

de la clavícula derecha y una fractura no desplazada de húmero derecho que no se asociaron a lesión residual permanente.

Se piensa que para infantes con peso calculado mayor a 1.500 gramos, la cesárea de rutina en presentaciones vértice-pélvis y vértice-transversa, puede no ser necesaria.

LA RELACION DEL GRADO PLACENTARIO, MADUREZ PULMONAR FETAL Y RESULTADOS NEONATALES CON EMBARAZOS NORMALES Y COMPLICADOS

Kassi G M, et. al. Am. J. Obstet Gynecol. 148: 54, 1984.

Desde hace varios años, la apariencia de la placenta ha tratado de ser relacionada con el resultado perinatal. Con el advenimiento de la ecografía y la posibilidad de observar la placenta in situ, varios estudios se realizaron correlacionando el grado placentario con madurez pulmonar fetal y resultados perinatales en embarazos normales y anormales. Los estudios iniciales mostraron buena correlación pero, a medida que se han publicado nuevos estudios, esta correlación parece no siempre ser cierta.

El propósito del presente estudio fue investigar el valor del grado placentario por sonografía (0 a III) en la predicción de madurez pulmonar fetal por tests de fosfolípidos y resultado perinatal en embarazos normales y complicados, a término y pretérmino.

Se estudiaron prospectivamente 230 embarazos y se compararon el grado placentario, fosfolípidos en líquido amniótico y resultado perinatal.

La frecuencia de edad gestacional < 38 semanas, relación L/E menor de 2, Lesfátidil Glycerol negativo y enfermedad de membrana hialina, disminuyó con grados placentarios avanzando de 0 a III.

Las pacientes fueron divididas en subgrupos según las complicaciones maternas y se encontró que en placentas grado III, la frecuencia de edad gestacional < 38 semanas y relación L/E < 2. Se incrementó en el grupo de hipertensas comparado con las cesáreas iterativas y las diabéticas de clase A, B y C. Todos los recién nacidos que desarrollaron membrana hialina en asociación a placentas grado III fueron hijos de madres hipertensas crónicas con edad gestacional menor de 38 semanas. Esto sugiere que la presencia de una placenta grado III es influida por la edad gestacional y las complicaciones maternas del embarazo. La placenta grado III es un indicador fiable de madurez pulmonar en casos de cesáreas repetidas planeadas cerca al término del embarazo y en embarazos pretérmino complicados una placenta grado III puede asociarse todavía a enfermedad de membrana hialina.

LA RELACION ENTRE EL ABORTO INDUCIDO Y ESPONTANEO Y LA OCURRENCIA DE ABORTO DE SEGUNDO TRIMESTRE EN EMBARAZOS SUBSECUENTES

Pugenbrock J I, Stolle LAM. A.J. *Obstet Gynecol. Reprod. Biol.*1983-14 (5): 229.

Se planteó un trabajo en 2 etapas: la primera consistió en revisión de literatura sobre el tema, que probó falta de unanimidad en el análisis, resultado de deficiencias mayores o menores en la formulación de condiciones por lo cual se proponen las siguientes para determinar correlación y conclusiones válidas. Los casos del estudio y sus controles deben ser tomados de un grupo claramente definido; el aborto espontáneo o inducido debe preceder inmediatamente al aborto de segundo trimestre analizado excluyendo, tan lejos como sea posible, otras causas de aborto como malformaciones congénitas severas, embarazos múltiples, infección intrauterina, anomalías uterinas y que una definición estricta de los disturbios y desórdenes deben ser dados y estrictamente tenida en cuenta. Todas las condiciones son para el grupo de estudio y el grupo control. Una comparación posterior debe hacerse para ver si la frecuencia de otros posibles factores relevantes difiere entre el grupo control y el estudiado.

La segunda etapa fue el estudio de 87 casos de aborto de segundo trimestre 59 pertenecieron a la categoría en que el resultado del embarazo en investigación fue considerado a perturbaciones observadas en ese embarazo y no debido al embarazo precedente. En 6 casos, el aborto fue precedido por aborto inducido y en 13 casos por aborto espontáneo. En 19 casos de los 28 restantes, una anomalía en el embarazo precedente fue detectada. El grupo control se compuso de 56 embarazos y cada caso estudio se comparó con 2 pacientes de similar rango de gestación y edad materna. Uno de los controles precedía y otro seguía al caso estudio tan cerca como fue posible en relación al tiempo de ocurrencia.

En el grupo control, 3 pacientes tuvieron aborto inducido previo y 8 abortos espontáneos previos. Se concluyó por el muestreo de pacientes intermedias y su comparación, que posiblemente existe relación de tipo causa-efecto entre aborto inducido y un aborto de 2o trimestre en el embarazo siguiente. La relación entre aborto espontáneo y aborto de 2o trimestre es mucho más significativa.

NOTICIAS DE FECOLSOG

La Federación ha recibido del Dr. M. F. Fathalla, Presidente del Comité Científico del XI Congreso Mundial de Ginecología y Obstetricia que se reunirá en Berlín, del 15 al 21 de septiembre de 1985, que auspicia la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), una comunicación en donde solicita la vinculación activa al Congreso de los Miembros de la Federación. Para la participación en los **Seminarios** envía una lista tentativa de temas; quienes estén trabajando en algún tópico de los que menciona o quienes se interesen en algún trabajo, lo deben comunicar a la Federación, para esta pedir su inscripción al Comité Científico, que como ya se dijo, preside el Dr. M.F. Fathalla.

La lista de temas enviada es la siguiente:

1. Enfermedad hipertensiva en la gestación.
2. Anemia en el embarazo.
3. Nutrición en el embarazo.
4. Tétanos neonatales.
5. Parasitismo y su tratamiento durante el embarazo.
6. Trabajo de parto abandonado o descuidado.
7. Eclampsia.
8. Influencia de los factores sociales en la mortalidad materna.
9. Influencia de los factores sociales en la mortalidad perinatal.
10. Gestación humana precoz.
11. Complicaciones quirúrgicas en el embarazo.
12. Complicaciones médicas en el embarazo.
13. Diabetes y embarazo.
14. Bajo peso al nacer.
15. Retardo de crecimiento intrauterino.
16. Trabajo de parto pre-término.
17. Trabajo de parto post-término.
18. Trastornos de la coagulación en Obstetricia y Ginecología.
19. Monitoría fetal.
20. Infección intra-uterina.
21. Parto en presentación de pélvis.
22. Incompatibilidad de factor RH.
23. Shock séptico en Obstetricia.
24. Embarazo de alto riesgo.
25. Lesiones pre-malignas de tracto genital femenino.
26. Detección precoz del cáncer ginecológico.
27. Tratamiento de las lesiones ginecológicas malignas precoces.
28. Cáncer de ovario.
29. Cáncer del cervix.
30. Carcinoma endometrial y hormonas.
31. Enfermedad del trofoblasto.
32. Tratamiento del cáncer avanzado.
33. Quimio e inmunoterapia del cáncer.
34. Enfermedades de la vulva.
35. Enfermedades de la mama.
36. Lactancia.
37. Lactancia materna.
38. Endometriosis.
39. Recientes avances en ultrasonido.
40. Laparoscopia.
41. Histeroscopia.
42. Criocirugía.
43. Cirugía con Laser.
44. Trastornos de la Prolactina.
45. Ovario poliquístico.
46. Endocrinología de los estados intersexuales.
47. Ovulación.
48. Inmunología en la reproducción.
49. Menopausia.
50. Pubertad.

51. Endocrinología del ciclo menstrual.
52. Endocrinología y metabolismo fetales.
53. Hormonas placentarias.
54. Proteínas específicas del embarazo.
55. Esterilidad tubárica.
56. Fertilización in vitro.
57. Microcirugía.
58. Tecnología contraceptiva.
59. Anestesia en obstetricia.
60. Genética aplicada en la Obstetricia y Ginecología.
61. Infertilidad masculina.
62. Síndrome de dificultad respiratoria.
63. Entrenamiento de parteras.
64. Comadronas o parteras tradicionales.
65. Educación pre-grado.
66. Entrenamiento y certificación del especialista.
67. Educación continuada.
68. Necesidades de la Salud Reproductiva en las adolescentes.
69. Obstetricia y Ginecología psicósomática.
70. Educación sexual y consejería.
71. Enfermedades venéreas.
72. Circuncisión femenina.
73. Parto a domicilio o en el hospital.
74. Parto natural.