

**Conclusiones:** No hay duda de que el embarazo prolongado se puede asociar con ciertos factores de riesgo. Sin embargo, no hay variable de resultado para justificar la inducción o no de aquellos embarazos que son prolongados.

### Eritropoyetina, factor estimulante de granulocitos-colonias, interleukina 1 $\beta$ E interleukina 6 durante el ciclo menstrual normal

S. Makidona, M. Mikuni, M. Sogame, Y. Kobamatsu, I. Furuta, H. Yamada, R. Yamamoto, S. Fujimoto

*Department of Obstetrics and Gynecology, Hokkaido University School of Medicine, Sapporo, Japan*

*International Journal of Gynecology & Obstetrics 1996; 55: 265-271.*

**Objetivo:** La menstruación y la ovulación son los principales eventos durante el ciclo menstrual. La menstruación puede influir el recuento sanguíneo completo debido a la pérdida de sangre. Puesto que la ovulación es un fenómeno similar al inflamatorio, los recuentos de leucocitos pueden cambiar durante la ovulación. Por estas razones, se investigó el recuento sanguíneo completo y las concentraciones séricas periféricas de citocinas asociadas durante el ciclo menstrual normal.

**Materiales y métodos:** Mujeres voluntarias normales (n=9; edad 21-33 años), con ciclos menstruales de 25-33 días registraron la temperatura basal cada día y se les tomó muestra de sangre venosa tres veces por semana. Se hizo un recuento sanguíneo completo y se midieron la eritropoyetina, factor estimulante de granulocitos-colonias, interleukina 1 $\beta$ , interleukina 6 y hormonas (FSH, LH, estradiol y progesterona).

**Resultados:** Los eritrocitos, leucocitos totales, recuentos de granulocitos y de plaquetas no mostraron cambios estadísticamente significativos durante el ciclo menstrual utilizando el análisis de varianza con el test F de Scheffe. No se observaron cambios en la eritropoyetina, interleukina 1 $\beta$ , e interleukina 6 a lo largo del ciclo menstrual. Por contraste, las concentraciones del factor estimulante de granulocitos-colonias aumentaron significativamente a  $28.0 \pm 3.1$  pg/ml (promedio  $\pm$  SEM) durante la fase ovulatoria, comparada con  $10.7 \pm 0.6$  pg/ml en otras fases.

**Conclusión:** Estos resultados indican que la pérdida sanguínea menstrual no afecta el recuento sanguíneo completo y sugiere que el factor estimulante de granulocitos-colonias juega un importante papel en el mecanismo de ovulación.

### Extensión de la duración de las píldoras anticonceptivas orales para manejar los síntomas de supresión hormonal

Patricia J. Sulak, MD, Brian E. Cressman, MD, Enid Waldrop, RNC, Sonia Holleman, AAS, and Thomas J. Kuehl, PhD

*From the Departments of Obstetrics and Gynecology, Pathology, and Medical Biochemistry and Genetics, Scott & White Clinic and Memorial Hospital, Texas A&M University Health Science Center College of Medicine, Temple, Texas*

*Obstet Gynecol 1997; 89: 179-183.*

**Objetivo:** Probar la hipótesis que extendiendo el número de contraceptivos orales activos (CO) administrados, podría disminuirse la frecuencia de problemas relacionados con la menstruación incluyendo dismenorrea, menorragia, síntomas de tipo premenstrual y migrañas menstruales.

**Métodos:** Se diseñó un análisis prospectivo para seguir las experiencias de 50 mujeres que tomaban CO y presentaban problemas relacionados con la menstruación. Se siguieron 50 mujeres consecutivas, quienes estaban tomando CO y tenían síntomas durante el intervalo libre de píldoras, en una clínica de multiespecialidades por un equipo de médico y enfermera. Se les permitió a las pacientes extender el número de CO activos consecutivos para retardar los síntomas relacionados con la menstruación.

**Resultados:** El resultado inmediato de las 50 pacientes reveló que el 74% (37 pacientes) se estabilizaron en un régimen extendido de 6 a 12 semanas de días consecutivos con CO activos. Veintiseis por ciento (13 pacientes) descontinuaron los CO o regresaron al régimen estándar con 3 semanas de píldoras activas. De las 37 pacientes que se estabilizaron en un régimen extendido, 27 han completado entre 5 y 13 ciclos extendidos con 6-23 meses de seguimiento (promedio 16 meses).

**Conclusión:** La experiencia con una serie de 50 usuarias de CO con síntomas relacionados con la menstruación demostró que retardar la menstruación extendiendo el número de días consecutivos de píldoras activas es bien tolerado y eficaz. Se amerita un gran estudio prospectivo para aumentar el conocimiento en ésta área.

### Determinantes etiológicas del abruptio placentae

Michael S. Kramer, MD, Robert H. Usher, MD, Raphael Pollack, MD, Mark Boyd, MD, and Susan Usher, MA

*From the departments of Epidemiology and Biostatistics, Pediatrics, and Obstetrics and Gynecology, McGill University Faculty of Medicine, Montreal, Quebec, Canada*

*Obstet Gynecol 1997; 89: 221-226.*

**Objetivo:** Cuantificar los papeles de los determinantes sospechados de tipo sociodemográfico, antropométricos, de comportamiento y patológicos en la etiología del abruptio placentae.

**Métodos:** Se hizo un estudio de cohorte hospitalaria de 36,875 partos no referidos entre enero de 1978 y marzo de 1989. La edad gestacional se basó en las fechas menstruales confirmada (dentro de 7 días) por ultrasonido temprano.

**Resultados:** La paridad, educación materna, peso antes de la gestación y la tasa de ganancia neta de peso en la gestación no tienen asociaciones independientes significativas con el abruptio. Las determinantes significativas incluyeron las siguientes: parto de recién nacidos muy pequeños para la edad gestacional (OR 3.99; IC 95% 2.75, 5.77). Corioamnionitis (OR 2.5; IC 95% 1.58, 3.98), ruptura prolongada de membranas (OR 2.38; IC 95% 1.55, 3.65), pre-eclampsia (OR 2.05; CI 95% 1.39,304), hipertensión asociada a la gestación sin albuminuria (OR 1.57, IC 95% 1.00, 2.46), hipertensión pre-gestacional

(OR 1.77; CI 95% 1.05, 2.99), edad materna de por lo menos 35 años (OR 1.50; IC 95% 1.14, 2.01), madre soltera (OR 1.50; IC 95% 1.13, 1.98), fumar cigarrillo (OR 1.40; IC 95% 1.00, 1.97 para 10 a 19 cigarrillos por día y OR 1.13, IC 95% 0.81, 1.59 para al menos 20 cigarrillos al día) y sexo fetal masculino (OR 1.38; IC 95% 1.12, 1.70). La remoción de los bebés muy pequeños para la edad gestacional produjo poco cambio en la magnitud de las otras asociaciones.

**Conclusiones:** El retardo de crecimiento fetal severo, ruptura prolongada de membranas, corioamnionitis, hipertensión (antes de la gestación o inducida por la gestación), fumar cigarrillo, edad materna avanzada, estado marital soltera y el sexo fetal masculino son determinantes etiológicas significativas del aborto placentar. Las determinantes diferentes del retardo severo del crecimiento fetal parecen operar muy independientemente de sus efectos sobre el crecimiento fetal.

### Concentraciones de hCG en el fluido vaginal para la detección de ruptura prematura de membranas

Takanobu Anai, MD, Yuichirou Tanaka, MD, Yoshiko Hirota, MD, and Isao Miyakawa, MD

*From the Department of Obstetrics and Gynecology, Oita Medical University, Oita, Japan*

*Obstet Gynecol 1997; 89: 261-264.*

**Objetivo:** Determinar si la medición de los niveles de hCG en el fluido vaginal es útil para el diagnóstico de la ruptura prematura de membranas (RPM).

**Métodos:** Se midieron las concentraciones de hCG después de irrigar el fondo de saco vaginal posterior con 3 mL de solución salina estéril y obtener lavados vaginales. Se analizaron las muestras de 188 mujeres gestantes normales, 42, 61 y 85 durante el primero, segundo y tercer trimestres, respectivamente. Los niveles de hCG se compararon con aquellos de 24 mujeres con RPM confirmada.

**Resultados:** La medida e intervalo de confianza del 95% de los niveles de hCG en fluido vaginal de mujeres embarazadas normales fueron 37.9 (1.9, 725.6), 9.5 (0.8, 95.8) y 6.3 (0.6, 62.2) mUI/mL durante el primero, segundo y tercer trimestres, respectivamente. Los de las mujeres con RPM fueron 420.6 (216.3, 918.3) mUI/mL. Para el segundo trimestre la sensibilidad fue del 100%, especificidad del 91.8%, valor predictivo positivo del 82.8%, valor predictivo negativo del 100% y exactitud del 94.1%; y para el tercer trimestre la sensibilidad fue del 100%, especificidad del 96.5%, valor predictivo positivo del 88.9%, valor predictivo negativo del 100% y exactitud del 97.2%, utilizando un valor límite de 50 mUI/mL.

**Conclusión:** La concentración de hCG en el fluido vaginal es un marcador útil de RPM durante el segundo y el tercer trimestres.

### Efectos a corto plazo de la testosterona tópica en el liquen escleroso vulvar

Elmar A. Joura, MD, Harald Zeisler, MD, Dagmar Bancher-Todesca, MD, Michael O. Sator, MD, Barbara Schneider, PhD, and Gerald Gitsch, MD

*From the Department of Gynecology and Obstetrics, Division of Gynecological Endocrinology and Sterility, and Institute of Medical Statistics, University of Vienna Medical School-AKH, Vienna, Austria*

*Obstet Gynecol 1997; 89: 297-299.*

**Objetivo:** Evaluar los efectos sistémicos y terapéuticos del tratamiento con testosterona tópica del liquen escleroso vulvar.

**Métodos:** Este estudio clínico prospectivo incluyó 10 mujeres post-menopáusicas con liquen escleroso vulvar. Se administró propionato de testosterona (0.04 g al día) en forma tópica por 4 semanas. Se determinaron las concentraciones séricas de andrógenos (testosterona, androstendiona y dehidroepiandrosterona) antes y después de 4 semanas de tratamiento, y la vulvodinia se evaluó por una escala visual análoga horizontal.

**Resultados:** Las concentraciones séricas de testosterona total aumentaron en todas las pacientes ( $p < .01$ ) y sobrepasaron el rango normal en ocho de diez mujeres. La vulvodinia mejoró en 9 de 10 mujeres (test  $t$  pareado:  $p < .01$ ). Cuadro de diez mujeres presentaron signos clínicos de hiperandrogenismo (aumento del tamaño del clítoris, alteraciones de la voz, aumento de la libido) después de 4 semanas de tratamiento. La única paciente sin mejoría subjetiva tenía niveles basales elevados de andrógenos y presentaba signos clínicos de hiperandrogenismo antes de la terapia.

**Conclusión:** La testosterona tópica es efectiva en la mujer normoandrogénica con liquen escleroso. El estado androgénico debe ser evaluado antes del tratamiento, y la dosis debe ser individualizada para evitar la virilización y los efectos metabólicos colaterales. Se recomiendan controles clínicos y un seguimiento con evaluación de los niveles séricos de testosterona, debido a que hay un marcado efecto sistémico. Se deben incluir otros esteroides en las decisiones terapéuticas.

### Cirugía reconstructiva vaginal versus abdominal para el tratamiento de los defectos del soporte pélvico: un estudio prospectivo aleatorizado con evaluación de resultados a largo plazo

J. Thomas Benson, MD,<sup>a</sup> Vincent Lucente, MD,<sup>b</sup> and Elizabeth McClellan, RN, BSN<sup>c</sup>

*From the Department of Obstetrics and Gynecology, Methodist Hospital Medical Center,<sup>a</sup> the Department of Obstetrics and Gynecology, Lehigh Valley Hospital,<sup>b</sup> and Urogynecology Associates.<sup>c</sup>*

*Am J Obstet Gynecol 1996; 175: 1418-1422.*

**Objetivo:** Determinar si la aproximación vaginal o la abdominal es más efectiva para corregir el prolapso uterovaginal.

**Diseño del estudio:** Se aleatorizaron para intervención quirúrgica vaginal versus abdominal, a 88 mujeres con prolapso cervical hasta o más allá del himen o con inversión de la cúpula vaginal > 50% de su longitud y descenso de la pared vaginal anterior hasta o más allá del himen. Se practicó una aproximación vaginal con suspensión