(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 abrutio placentae. 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 fluído 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 líbido) 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,[a] Vincent Lucente, MD,[b] and Elizabeth McClellan, RN, BSN[c]

From the Department of Obstetrics and Gynecology, Methodist Hospital Medical Center,[a] the Department of Obstetrics and Gynecology, Lehigh Valley Hospital,[b] and Urogynecology Associates.[c]

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 mas allá del himen o con inversión de la cúpula vaginal > 50% de su longitud y descenso de la pared vaginal anterior hasta o mas allá del himen. Se practicó una aproximación vaginal con suspensión