



GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

EDITORIAL

Carlos Fernández del Castillo S

ARTÍCULOS ORIGINALES

- 631 **Prevalencia de alteraciones de la tolerancia a la glucosa postparto después de diabetes gestacional**
Gustavo Romero Gutiérrez, Ana Laura Macías Rocha, Erika Isela Puente Álvarez
- 637 **Factores de riesgo asociados, métodos diagnósticos y tratamiento para endometriosis, utilizados en la clínica de endometriosis del servicio de Ginecología del Hospital General de México (2009- 2011)**
Antonio Guerrero Hernández, Guillermo Oropeza Rechy, Elisabeth Gómez García
- 644 **Comparación de los síntomas del climaterio entre mujeres de la Ciudad de México y mujeres de una comunidad maya del estado de Yucatán**
Sebastián Carranza Lira, Byanca Nerea Quiroz González, Hugo César Alfaro Godínez, Ana María May Can

CASOS CLÍNICOS

- 650 **Oclusión intestinal por torsión incompleta de íleon proximal post histerectomía laparoscópica. Un caso clínico**
José Alfredo López Rangel, Jorge Audifred Salomon, Heidy Ortiz Reyes, Pablo Joaquín Cervantes Mondragón
- 654 **Miomatosis uterina y miomectomía transcervical: reporte de diez casos**
Humberto Cano López, Humberto Eugenio Cano Aguilar, Fabio Dorian Cano Aguilar
- 659 **Miomatosis uterina en cervix residual**
Edgar Germán Florez-Peña, Ana Milena Angarita-Africano, Byron Cardoso-Medina, Mónica Medina, Rocío del Pilar López P
- 663 **Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser. Reporte de dos casos**
Esperanza Josefina Bautista Gómez, Víctor Morales García, Honorio Galván Espinosa, Ana Luisa Flores Romero, Edmundo Vásquez Santiago, Noel Pizarro Osorno
- 668 **Embarazo ectópico cervical. Cuando el tratamiento conservador falla. Reporte de un caso y revisión bibliográfica**
Leopoldo Río de la Loza Cava, Jesús Arturo Moyers Arévalo

BIOÉTICA

- 673 **Código de Ética para el ejercicio profesional del Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia**

HACE 55 AÑOS

- 678 **El Forceps Electivo como Factor en el Parto Moderno**
Hubert PH. De Kanter

Indizada en: Index Medicus, ARTEMISA, Índice Médico Latinoamericano, LILACS, Medline.

EDITADA POR LA FEDERACIÓN MEXICANA DE COLEGIOS DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA, A.C.

FUNDADA POR LA ASOCIACIÓN MEXICANA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA EN 1945



GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

Volumen 80, número 10, octubre 2012

CONTENIDO

CONTENT

EDITORIAL

Carlos Fernández del Castillo S

EDITORIAL

Carlos Fernández del Castillo S

ARTÍCULOS ORIGINALES

- 631 **Prevalencia de alteraciones de la tolerancia a la glucosa postparto después de diabetes gestacional**
Gustavo Romero Gutiérrez, Ana Laura Macías Rocha, Erika Isela Puente Álvarez
- 637 **Factores de riesgo asociados, métodos diagnósticos y tratamiento para endometriosis, utilizados en la clínica de endometriosis del servicio de Ginecología del Hospital General de México (2009- 2011)**
Antonio Guerrero Hernández, Guillermo Oropeza Rechy, Elisabeth Gómez García
- 644 **Comparación de los síntomas del climaterio entre mujeres de la Ciudad de México y mujeres de una comunidad maya del estado de Yucatán**
Sebastián Carranza Lira, Byanca Nerea Quiroz González, Hugo César Alfaro Godínez, Ana María May Can

ORIGINAL ARTICLES

- 631 **Prevalence of Postpartum Impaired Glucose Tolerance After Gestational Diabetes**
Gustavo Romero Gutiérrez, Ana Laura Macías Rocha, Erika Isela Puente Álvarez
- 637 **Risk factors associated, diagnostic methods and treatment for endometriosis, used in clinical service endometriosis Gynecology Hospital General de Mexico (2009-2011)**
Antonio Guerrero Hernández, Guillermo Oropeza Rechy, Elisabeth Gómez García
- 644 **Comparison of climacteric symptoms among women in Mexico City and women of a Mayan community of Yucatan**
Sebastián Carranza Lira, Byanca Nerea Quiroz González, Hugo César Alfaro Godínez, Ana María May Can

CASOS CLÍNICOS

- 650 **Oclusión intestinal por torsión incompleta de íleon proximal post histerectomía laparoscópica. Un caso clínico**
José Alfredo López Rangel, Jorge Audifred Salomon, Heidí Ortiz Reyes, Pablo Joaquín Cervantes Mondragón
- 654 **Miomatosis uterina y miomectomía transcervical: reporte de diez casos**
Humberto Cano López, Humberto Eugenio Cano Aguilar, Fabio Dorian Cano Aguilar
- 659 **Miomatosis uterina en cervix residual**
Edgar Germán Florez-Peña, Ana Milena Angarita-Africano, Byron Cardoso-Medina, Mónica Medina, Rocío del Pilar López P
- 663 **Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser. Reporte de dos casos**
Esperanza Josefina Bautista Gómez, Víctor Morales García, Honorio Galván Espinosa, Ana Luisa Flores Romero, Edmundo Vásquez Santiago, Noel Pizarro Osorno
- 668 **Embarazo ectópico cervical. Cuando el tratamiento conservador falla. Reporte de un caso y revisión bibliográfica**
Leopoldo Río de la Loza Cava, Jesús Arturo Moyers Arévalo

CLINICAL CASES

- 650 **Small Bowel Obstruction Secondary to Incomplete Torsion of Proximal Ileum Following Laparoscopic Hysterectomy. Case Report**
José Alfredo López Rangel, Jorge Audifred Salomon, Heidí Ortiz Reyes, Pablo Joaquín Cervantes Mondragón
- 654 **Transcervical myomectomy and uterine fibroids: report of ten cases**
Humberto Cano López, Humberto Eugenio Cano Aguilar, Fabio Dorian Cano Aguilar
- 659 **Uterine Myoma in Remnant Cervix**
Edgar Germán Florez-Peña, Ana Milena Angarita-Africano, Byron Cardoso-Medina, Mónica Medina, Rocío del Pilar López P
- 663 **Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser Syndrome. A report of two cases**
Esperanza Josefina Bautista Gómez, Víctor Morales García, Honorio Galván Espinosa, Ana Luisa Flores Romero, Edmundo Vásquez Santiago, Noel Pizarro Osorno
- 668 **Ectopic Cervical Pregnancy, When Conservative Treatment fails. Case Report and Literature Review**
Leopoldo Río de la Loza Cava, Jesús Arturo Moyers Arévalo

BIOÉTICA

- 673 **Código de Ética para el ejercicio profesional del Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia**

BIOETHICS

- 673 **Code of Ethics for professional practice of the Colegio Mexicano de Médicos Especialistas en Ginecología y Obstetricia**

HACE 55 AÑOS

- 678 **El Forceps Electivo como Factor en el Parto Moderno**
Hubert PH. De Kanter

55 YEARS OLD

- 678 **The Option of Forceps Delivery as a Factor in Modern Childbirth**
Hubert PH. De Kanter



GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

Volumen 80, número 10, Octubre 2012

CONTENU

EDITORIAL

Carlos Fernández del Castillo S

ARTICLES ORIGINAUX

- 631 La prévalence de l'intolérance au glucose post-partum après un diabète gestationnel
Gustavo Romero Gutiérrez, Ana Laura Macías Rocha, Erika Isela Puente Álvarez
- 637 Facteurs de risque associés, le diagnostic et le traitement de l'endométriose utilisé en gynécologie de la clinique endométriose services de Hospital General de México (2009-2011)
Antonio Guerreo Hernández, Guillermo Oropeza Rechy, Elisabeth Gómez García
- 644 Comparer les symptômes de la ménopause chez les femmes à Mexico et les femmes d'une communauté maya du Yucatan
Sebastián Carranza Lira, Byanca Nerea Quiroz González, Hugo César Alfaro Godínez, Ana María May Can

CAS CLINIQUES

- 650 Torsion incomplète obstruction intestinale proximale hystérectomie laparoscopique après l'iléon. Un rapport de cas
José Alfredo López Rangel, Jorge Audifred Salomon, Heidy Ortiz Reyes, Pablo Joaquín Cervantes Mondragón
- 654 Myomectomie transcervicale et des fibromes utérins: rapport de dix cas
Humberto Cano López, Humberto Eugenio Cano Aguilar, Fabio Dorian Cano Aguilar
- 659 Résiduelles fibromes utérins col de l'utérus
Edgar Germán Florez-Peña, Ana Milena Angarita-Africano, Byron Cardoso-Medina, Mónica Medina, Rocío del Pilar López P
- 663 Syndrome Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser. Rapport de deux cas
Esperanza Josefina Bautista Gómez, Víctor Morales García, Honorio Galván Espinosa, Ana Luisa Flores Romero, Edmundo Vásquez Santiago, Noel Pizarro Osorno
- 668 Col de l'utérus grossesse extra-utérine, lorsque le traitement conservateur échoue. Cas clinique et revue de la littérature
Leopoldo Río de la Loza Cava, Jesús Arturo Moyers Arévalo

BIOÉTHIQUE

- 673 Code d'éthique pour la pratique professionnelle de l'Ordre Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia

IL YA 55 ANS

- 678 La livraison urgente pince comme un facteur moderne
Hubert PH. De Kanter

CONTEÚDO

EDITORIAL

Carlos Fernández del Castillo S

ARTIGOS ORIGINAIS

- 631 Prevalência da tolerância ala glicose pós-parto após diabetes gestacional
Gustavo Romero Gutiérrez, Ana Laura Macías Rocha, Erika Isela Puente Álvarez
- 637 Fatores de risco associados, os métodos de diagnóstico e tratamento para endometriose utilizada no ambulatório de endometriose do serviço de Ginecologia del Hospital General de México (2009-2011)
Antonio Guerreo Hernández, Guillermo Oropeza Rechy, Elisabeth Gómez García
- 644 Comparação dos sintomas da menopausa em mulheres na Cidade do México e de mulheres de uma comunidade maia do estado de Yucatan
Sebastián Carranza Lira, Byanca Nerea Quiroz González, Hugo César Alfaro Godínez, Ana María May Can

CASOS CLINICOS

- 650 A intestinal oclusão pela torção incompleto de íleo proximal após histerectomia laparoscópica. Um caso clínico
José Alfredo López Rangel, Jorge Audifred Salomon, Heidy Ortiz Reyes, Pablo Joaquín Cervantes Mondragón
- 654 Miomatose uterina transcervical e miomectomia: apresentação do dez casos
Humberto Cano López, Humberto Eugenio Cano Aguilar, Fabio Dorian Cano Aguilar
- 659 Miomatose uterina no colo residual
Edgar Germán Florez-Peña, Ana Milena Angarita-Africano, Byron Cardoso-Medina, Mónica Medina, Rocío del Pilar López P
- 668 Síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser. Relato de dois casos
Esperanza Josefina Bautista Gómez, Víctor Morales García, Honorio Galván Espinosa, Ana Luisa Flores Romero, Edmundo Vásquez Santiago, Noel Pizarro Osorno
- 668 Gravidez ectópica cervical. Quando o tratamento conservador falhar. Relato de um caso e revisão de literatura
Leopoldo Río de la Loza Cava, Jesús Arturo Moyers Arévalo

BIOÉTICA

- 673 Código de Ética para o exercício profissional do Colégio Mexicano de Especialistas em Ginecologia e Obstetricia

HÁ 55 ANOS

- 678 A fórceps eletivo como um fator na distribuição moderna
Hubert PH. De Kanter



GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

Tarifas de suscripción anual 2012

Revista mensual

En la República Mexicana

Institucional (multilectores):	\$ 1,300.00
Personal:	\$ 1,150.00
Ejemplares publicados:	\$ 150.00

En el extranjero:

Institucional (multireaders):	US\$ 170.00
Personal:	US\$ 165.00

*La suscripción se puede iniciar en cualquier época del año
Precios sujetos a cambio

Toda correspondencia debe dirigirse al editor: Dr. Carlos Fernández del Castillo S.

Ginecología y Obstetricia de México. Nueva York núm. 38, colonia Nápoles, delegación Benito Juárez, CP 03810, México, DF. Teléfono: 5523-1664.

Registro de la Dirección General de Correos núm. 0540167 con número de características 228241116.

Realizada, comercializada y distribuida por **Edición y Farmacia SA de CV** (Nieto Editores®). José Martí, número 55, colonia Escandón, delegación Miguel Hidalgo, CP 11800, México, DF. Teléfono: 5678-2811, fax: 5678-4947.

Impresa en: Computipo Scanner Editorial SA. Azafrán 313 y 315, colonia Granjas México, delegación Iztacalco, CP 08400, México, DF. Coordinación editorial: Dr. Enrique Nieto R.

Suscripciones e informes

Sra. Bertha Schoelly de Larrondo
Calle de Nueva York núm. 38,
colonia Nápoles, del. Benito Juárez,
CP 03810, México, DF.
Teléfonos: 5682-4823 directo y 5669-0211,
de 17:00 a 20:00 horas.
E-mail: revista@femego.org.mx

Publicidad

Georgina González Tovar
Ejecutiva de ventas
Teléfono: 5678-2811
Celular: 044-55-1825-0224
E-mail: ggonzalez@nietoeditores.com.mx

Publicidad

Alejandra Nieto Sánchez
Ejecutiva de ventas
Teléfono: 5678-2811
Nextel: 1088-40-60
E-mail: anieto@nietoeditores.com.mx

Cantidad de ejemplares impresos: 5,500

Coordinación editorial: Dr. Enrique Nieto

Diagramación: Elidé Morales del Río



Editada por la Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología
Fundada por la Asociación Mexicana de la Ginecología y Obstetricia en 1945

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

EDITOR

Dr. Carlos Fernández del Castillo S*

EDITOR ASOCIADO

Dr. Jorge Delgado Urdapilleta*

COEDITORES ASOCIADOS

Dr. Guillermo Santibáñez Moreno*

Dr. Armando Torres Ramírez*

Dr. Estanislao Díaz Barriga*

Dr. Manuel Álvarez Navarro*

CONSEJO EDITORIAL

Dr. Víctor Espinosa de los Reyes

Dr. Juan Rodríguez Argüelles

Dr. Carlos Mac Gregor SN

Dr. Samuel Karchmer K

Dr. Efraín Vázquez Benítez

Dr. Roberto Ahued Ahued

Dr. José Antonio Sereno Coló

Dr. Javier Santos González

Dr. Jesús Leal del Rosal

Dr. René Bailón Uriza

Dr. Alberto Kably Ambe

COMITÉ DE REVISIÓN POR PARES PARA EL AÑO 2011

Dra. Judith Ablanado Aguirre (Región I)

Dr. Manuel Álvarez Navarro (Región I)

Dr. Carlos Aranda Flores (Región I)

Dr. Aquiles R Ayala Ruíz (Región I)

Dr. Luis Alberto Barrera González (Región VII)

Dr. Francisco Bernárdez Zapata (Región I)

Dr. Herman Brandt (Región I)

Dr. Antonio Jesús Briseño Sainz (Región IV)

Dr. Rafael G Buitrón García F (Región I)

Dr. Juan Antonio Bujáidar Bujáidar (Región III)

Dr. Francisco Cabral Castañeda (Región I)

Dr. Armando Enrique Carrera Cervón (Región VI)

Dr. Ernesto Castelazo Morales (Región I)

Dr. Cuauhtémoc Celis González (Región I)

Dr. Pedro Coronel Brizio (Región VI)

Dr. Salvador de la Maza Labastida (Región IV)

Dr. Paolo Di Castro Stringher (Región I)

Dr. Guillermo Díaz Barreiro Palencia (Región I)

Dr. Sergio Fajardo Dueñas (Región V)

Dr. Carlos Félix Arce (Región IV)

Dr. Óscar Flores Carreras (Región V)

Dr. Ángel García Alonso (Región I)

Dr. Ranferi Gaona Arreola (Región I)

Dr. Fernando Gasque López (Región VII)

Dr. Salvador Gaviño Ambríz (Región I)

Dr. Fernando Gaviño Gaviño (Región I)

Dr. Fco. Javier Gómezpedroso Rea (Región I)

Dra. Adriana González del Ángel (Región I)

Dra. Patricia Grether González (Región I)

Dr. Pablo Gutiérrez Escoto (Región I)

Dr. Marcelino Hernández Valencia (Región I)

Dr. Juan Carlos Hinojosa Cruz (Región I)

Dr. Francisco Ibarguengoitia Ochoa (Región I)

Dr. Valentín Ibarra Chavarría (Región I)

Dr. Sebastián Iris de la Cruz (Región I)

Dr. Alberto Kably Ambe (Región I)

Dr. Jorge Kunhardt Rasch (Región I)

Dr. Roger Lara Ricalde (Región I)

Dra. María Teresa Leis Márquez (Región I)

Dra. Josefina Lira Plascencia (Región I)

Dr. Jesús Lozano de la Garza (Región IV)

Dr. Miguel Ángel Mancera Reséndiz (Región I)

Dra. Dora Gilda Mayén Molina (Región I)

Dr. Reynaldo Milla Villeda (Región III)

Dr. José de Jesús Montoya Romero (Región III)

Dr. José Antonio Moreno Sánchez (Región I)

Dr. David Antonio Nava Muñoz (Región II)

Dr. Eduardo S Neri Ruz (Región I)

Dr. José Niz Ramos (Región I)

Dr. Arturo Novoa Vargas (Región I)

Dr. Norberto Plascencia Moncayo (Región VI)

Dr. Carlos Quesnel García-Benítez (Región I)

Dr. Segismundo Rodríguez Rodríguez (Región I)

Dr. José Antonio Ruiz Moreno (Región I)

Dr. Carlos Salazar López Ortiz (Región I)

Dr. Carlos Sánchez Basurto (Región I)

Dr. Álvaro Santibáñez Morales (Región I)

Dr. Luis Senties Cortina (Región I)

Dr. Claudio Serviere Zaragoza (Región I)

Dr. Luis Simón Pereira (Región I)

Dr. Ángel Emilio Suárez Rincón (Región V)

Dr. Gilberto Tena Alavez (Región I)

Dr. Rubén Tlapanco Barba (Región I)

Dr. Pedro Tonda Ribo (Región IV)

Dr. Emigdio Torres Farías (Región V)

Dr. Luis Carlos Uribe Ramírez (Región V)

Dra. Patricia Velázquez Castellanos (Región V)

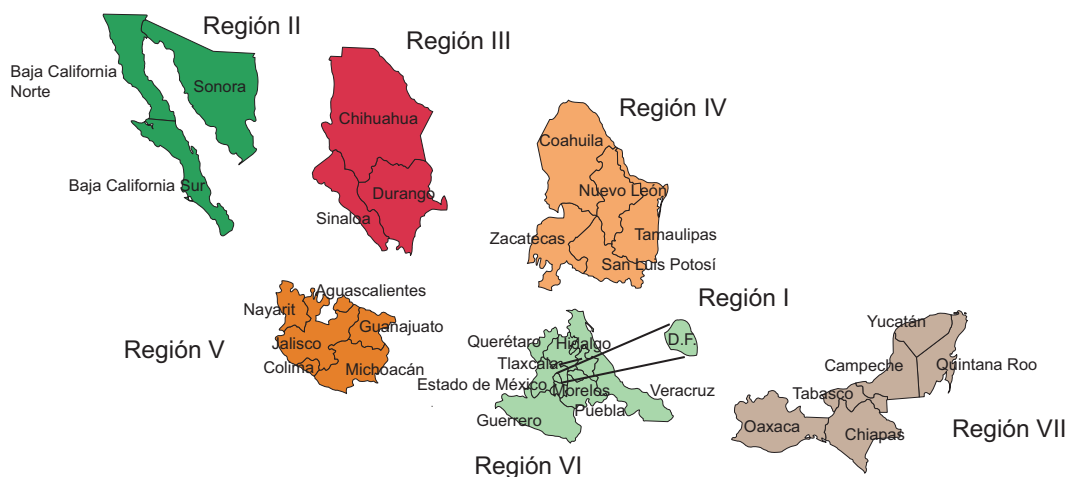
Dr. Drusso Vera Gaspar (Región I)

Dr. Armando Vera Torres (Región V)

Dr. Manuel Villalobos Román (Región I)

Dr. Antonio Zaldívar Neal (Región I)

*SOCIOS DE LA ASOCIACIÓN MEXICANA DE EDITORES DE REVISTAS BIOMÉDICAS, A.C. (AMERBAC) Y MIEMBROS DE LA WORLD ASSOCIATION OF MEDICAL EDITORS (WAME).



Agrupaciones federadas

Región	Región
Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia	I
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Tijuana	II
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Mexicali	II
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Ensenada	II
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Ciudad Obregón	II
Sociedad de Ginecología y Obstetricia del Mayo	II
Colegio de Ginecología y Obstetricia de San Luis R.C. Sonora	II
Colegio Sudcaliforniano de Ginecología y Obstetricia	II
Colegio de Ginecobstetras de Guaymas	II
Colegio de Ginecólogos y Obstetras de Hermosillo	II
Colegio de Ginecología y Obstetricia del Norte de Sonora	II
Colegio Sinaloense de Ginecología y Obstetricia	III
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Chihuahua	III
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Cd. Juárez	III
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Durango	III
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Mazatlán	III
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Los Mochis	III
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Parral, Chihuahua	III
Sociedad Cuauhtemense de Ginecología	III
Colegio de Gineco-Obstetras Guasave-Guamuchil	III
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Delicias	III
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Monterrey	IV
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de La Laguna	IV
Sociedad Potosina de Ginecología y Obstetricia	IV
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Tampico y Ciudad Madero	IV
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Monclova	IV
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Nuevo Laredo	IV
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Reynosa	IV
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Saltillo	IV
Asociación Victorense de Ginecología y Obstetricia	IV
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Piedras Negras	IV
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Matamoros, Tamaulipas	IV
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Zacatecas	IV
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Río Verde, S.L.P.	IV
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Cd. Valles, S.L.P. y Zona Huasteca	IV
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Matehuala	IV
Colegio de Médicos Gineco-Obstetras del Estado de Jalisco	V
Colegio de Ginecología y Obstetricia de León	V
Asociación Michoacana de Ginecología y Obstetricia	V
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Aguascalientes	V
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Celaya, Gto.	V
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Irapuato	V
Colegio Colimense de Ginecología y Obstetricia	V
Colegio de Especialistas en Ginecología y Obstetricia de la costa de Jalisco	V
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Nayarit	V
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Zamora	V
Colegio de Obstetricia y Ginecología de Salamanca	V
Colegio de Ginecología y Obstetricia del Sur de Jalisco	V
Colegio de Gineco-Obstetras de Uruapan	V
Colegio de Ginecología y Obstetricia de los Altos de Jalisco	V
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Acámbaro	V
Asociación de Ginecología y Obstetricia de la Piedad	V
Colegio de Ginecólogos y Obstetras del Estado de Puebla	VI
Colegio Veracruzano de Ginecología y Obstetricia	VI
Colegio Xalapeño de Ginecología y Obstetricia	VI
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Córdoba y Orizaba	VI
Sociedad de Ginecología y Obstetricia del Edo. de Guerrero	VI
Colegio Mexiquense de Ginecología y Obstetricia	VI
Sociedad Hidalguense de Ginecología y Obstetricia	VI
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Querétaro	VI
Asociación de Ginecología y Obstetricia del Sureste de Veracruz	VI
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Tuxpan, Ver.	VI
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Morelos	VI
Colegio de Ginecología y Obstetricia del Estado de Tlaxcala	VI
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Chilpancingo, Gro.	VI
Colegio Gineco-Obstétrico de Tehuacán	VI
Colegio de Ginecología y Obstetricia del Norte del Estado de Guerrero	VI
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Poza Rica, Ver.	VI
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Yucatán	VII
Colegio de Ginecología y Obstetricia del Estado de Tabasco	VII
Colegio Oaxaqueño de Ginecología y Obstetricia	VII
Asociación de Ginecología y Obstetricia de Tuxtla Gutiérrez	VII
Colegio de Obstetricia y Ginecología de Quintana Roo	VII
Asociación de Ginecología y Obstetricia de La Costa de Chiapas	VII
Colegio de Ginecología y Obstetricia de Campeche	VII
Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Coatzacoalcos	VII
Colegio de Ginecología y Obstetricia de la Cuenca del Papaloapan	VII
Colegio de Ginecólogos y Obstetras de Ciudad del Carmen, Campeche	VII



GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología, A.C.

Fundada en 1960

Consejo Directivo 2011-2013

Dr. José de Jesús Montoya Romero
Presidente

Dr. Ernesto Castelazo Morales
Vicepresidente

Dr. Emilio Valerio Castro
Primer Secretario Propietario

Dr. Miguel Ángel Mancera Reséndiz
Segundo Secretario Propietario

Dr. Alfonso Murillo Uribe
Primer Secretario Suplente

Dra. Josefina Lira Plascencia
Segunda Secretaria Suplente

Dr. José Efraín Vázquez Martínez de Velasco
Tesorero

Dr. Jorge Tommasi Pedraza
Subtesorero

Directores Regionales Periodo 2010-2012

Dr. Sebastián Iris de la Cruz
Región I
Dr. Henry Aristóteles Mateo Sáñez
Región II
Dr. César E. Favela Heredia
Región III

Dr. Rodolfo Treviño Alanís
Región IV
Dr. Humberto Cano López
Región V
Dr. Chafi Alfredo Yarmuch Espinoza
Región VI

Dr. Jorge C. Méndez Trujeque
Región VII

Afiliada a:



FLASOG
Federación Latino
Americana de Sociedades
de Obstetricia y Ginecología
Fundada en 1952



FIGO
International Federation of
Gynecology and Obstetrics
Fundada en 1954

Indizada en:

ARTEMISA, EMBASE CD/OBSTETRICS AND GYNECOLOGY, EMBASE CD/PEDIATRICS, EXCERPTA MÉDICA, INDEX MEDICUS, ÍNDICE MÉDICO LATINOAMERICANO, LILACS, MEDLINE, SCIENCE CITATION INDEX, ULRICH, EBSCO.



GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

Editorial

El embarazo es una prueba fisiológica de la capacidad regulatoria del cuerpo, que en las pacientes con resistencia crónica a la insulina y pobre función de las células beta puede predecir aumento del riesgo postparto de alteración de la glucosa. Esta es la razón por la que las pruebas de tolerancia oral a la glucosa postparto son necesarias para detectar la prevalencia de anomalías en la glucosa e identificar a las pacientes con diabetes mellitus gestacional con alto riesgo de padecer diabetes mellitus en los próximos 5 a 10 años. En la actualidad, en nuestra población no existen estudios o datos registrados de prevalencia de alteraciones en la tolerancia a la glucosa postparto, por eso es importante este conocimiento. Esta es la razón por la que los autores del primer artículo original de esta edición de GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO se dieron a la tarea de determinar la frecuencia de alteraciones de la tolerancia a la glucosa postparto en pacientes con diabetes mellitus gestacional previa.

En 30 a 60% de las parejas con esterilidad de origen incierto a quienes se realiza laparoscopia se establece el diagnóstico de endometriosis. La Unidad de Ginecología en el Hospital General de México publica en esta edición su experiencia de 30 meses en donde dan a conocer cuáles factores de riesgo y métodos diagnósticos de endometriosis orientan más al diagnóstico y la eficacia de los tratamientos utilizados en la Clínica de Endometriosis con base en el tiempo sin actividad endometrial. Los investigadores insisten en la importancia de estudiar los factores de riesgo para endometriosis que orienten al diagnóstico, porque la mayoría de las pacientes los tienen y es decisivo identificarlos.

En algunos padecimientos, los síntomas asociados dependen de la etnia y de las condiciones geográficas. Al respecto, se han estudiado los síntomas del climaterio que parecen tener variaciones en relación con la altitud sobre el nivel del mar, el nivel de desarrollo económico y cultural

y la dieta observada. En este número se incluye una investigación que tuvo como propósito comparar los síntomas climatéricos entre mujeres de la Ciudad de México y de una comunidad maya del estado de Yucatán.

La modernidad y avances de la ciencia médica obligan al ginecólogo a estudiar a todas las pacientes con hemorragia uterina anormal en una forma integral. Esto significa, desde la propia historia clínica completa hasta un examen concienzudo de la pelvis mediante estudios de gabinete, como el ultrasonograma abdominal y vaginal, la histerosonografía, la histeroscopia diagnóstica de consultorio, y la biopsia endometrial. Se trata de no caer en el error de iniciar un tratamiento hormonal sin conocimiento de causa y sin haber elaborado un diagnóstico preciso. En un reporte de diez casos clínicos de miomatosis uterina y miomectomía transcervical se expone un protocolo de estudio debidamente definido en pacientes con hemorragia uterina anormal. La miomectomía transcervical es un procedimiento quirúrgico sencillo, seguro y efectivo en las pacientes con miomas intracavitarios protruidos a través del canal cervical.

Hace 55 años, el doctor Hubert Kanter escribió en estas páginas que: “Con la evolución de la obstetricia moderna, el intervencionismo predomina sobre el abstencionismo y ya es raro el obstetra que no utilice diversas maniobras para lograr que la paciente y su producto tengan un parto menos traumático y más seguro. Si bien es cierto que el fórceps no tiene nada de moderno, lo que ha tomado una acepción moderna es el uso de él. Antiguamente el fórceps era un instrumento con el cual se resolvían problemas de desproporción céfalo-pélvica, falta de encajamiento, sufrimiento fetal, etc. Hoy consideramos que la desproporción y la falta de encajamiento son contraindicaciones, y que se debe de usar mucho antes de que haya sufrimiento fetal. El fórceps electivo es una aplicación de fórceps hecha por elección del partero, es decir, no debe haber indicación patológica para usarlo, sino que se persigue con ello única y exclusivamente hacer más fácil el parto para la madre y para el producto.”

LOS CINCO ARTÍCULOS MÁS CONSULTADOS DE SEPTIEMBRE SON:

1. **Cesárea Misgav Ladach modificada en un hospital de tercer nivel**
David Alejandro Martínez Ceccopieri, Ernesto Barrios Prieto, David Martínez Ríos
Ginecol Obstet Mex 2012;80(8):501-508.
2. **Tratamiento conservador de la gestación ectópica cervical**
Patricia Bretón, Marta Garcés, Daniel Orós, Rafael González de Agüero, Manuel Ángel Romero, Ernesto Fabre
Ginecol Obstet Mex 2012;80(8):514-520.
3. **Implicaciones clínicas del síndrome de Turner en la fertilidad y el embarazo**
Eunice López Muñoz, Adelina Hernández Zarco, Alfonso Hernández Peñafiel
Ginecol Obstet Mex 2012;80(8):521-527.
4. **Manejo de Síndrome Climatérico**
Luis Hernández Gutiérrez
Ginecol Obstet Mex 2012;80(8):548-553.
5. **Diagnóstico de embarazo molar por histeroscopia**
Rodrigo Ayala Yáñez, Carlos Briones Landa, Héctor Anaya Coeto, Lionel Leroy López
Ginecol Obstet Mex 2012;80(8):540-544.

NIVEL DE EVIDENCIA

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO utiliza los siguientes niveles de evidencia para clasificar los artículos, con base en la fuerza y complejidad de la metodología aplicada por los investigadores.

I. Estudios clínicos controlados y aleatorizados, con homogeneidad e intervalo de confianza estrecho o metanálisis

Protocolos de investigación con definición de mecanismos de control que operen antes y durante el desarrollo de la fase experimental con el objeto de salvaguardar la seguridad del sujeto de experimentación. La aleatorización reduce los sesgos que aparecen en los estudios de observación e implica asignar los sujetos de estudio a grupos similares y que los tratamientos que reciban puedan compararse objetivamente. El intervalo de confianza debe reducir al mínimo la imprecisión de las estimaciones puntuales.

II-1. Estudios clínicos controlados pero sin aleatorización

Ensayos que se inician con la formulación de una hipótesis que define claramente la variable independiente (intervención) y la manipulación que el investigador hará de dicha variable. Se requiere definir las potenciales variables dependientes y los procedimientos de control y vigilancia de estas variables, incluidos los posibles efectos adversos. Definen el tiempo de duración del experimento, las potenciales fuentes de sesgo y las precisiones de carácter ético pertinentes. Puesto que carece de aleatorización la posibilidad de sesgo aumenta.

II-2. Estudios de cohorte o caso-control, preferentemente multicéntricos, o consensos

Implican seguir grupos de sujetos en el tiempo, con dos propósitos primarios: descriptivo, típicamente para describir la incidencia de ciertos sucesos en el tiempo; y analítico, para analizar asociaciones entre exposición y resultados. Estos estudios comparan un resultado en particular (como el cáncer cérvico-uterino) en grupos de pacientes con similitudes en muchos aspectos, pero que se diferencian por una cierta característica (por ejemplo, mujeres que fuman comparadas con las que no fuman); el seguimiento es a largo plazo con vigilancia cuidadosa de la influencia de factores de riesgo. Los estudios de caso-control comienzan con la identificación de pacientes con la enfermedad (u otro resultado) de interés, y un grupo apropiado de individuos sin la enfermedad (controles), los compara a ambos: los que tienen la enfermedad en estudio (casos) y un grupo muy similar de personas sin la enfermedad (controles).

II-3. Estudio de observaciones múltiples con o sin intervención; estudios sin control y grandes series de casos

Son el relato o comunicación de lo que se ha observado sin la aplicación de alguna metodología reconocida y sin algún tipo de control, como las observaciones de eficacia de algún fármaco, sin la correspondencia de comparación. Son la comunicación de un caso que, simplemente, se agrega a la lista de los ya reportados.

III. Opiniones basadas en experiencias clínicas, estudios descriptivos, observaciones clínicas o informes de comités de expertos

Son opiniones de expertos, sin valoración crítica explicable o, simplemente, basados en la fisiología. Los autores sólo reportan lo observado y lo interpretan a través de la óptica de su experiencia personal.

Prevalencia de alteraciones en la tolerancia a la glucosa postparto en pacientes con diabetes gestacional previa

Gustavo Romero Gutiérrez*, Ana Laura Macías Rocha**, Erika Isela Puente Álvarez***

RESUMEN

Antecedentes: la diabetes mellitus gestacional afecta de 2 a 10% de los embarazos y se considera una variante de la diabetes mellitus tipo 2 porque comparten una fisiopatología similar. En 90% de los casos la intolerancia a los carbohidratos desaparece después del embarazo; sin embargo, luego de 5 a 16 años del parto las mujeres tendrán 17 a 63% de riesgo de llegar a padecer diabetes mellitus tipo 2.

Objetivo: determinar la frecuencia de alteraciones de la tolerancia a la glucosa postparto en pacientes con diabetes mellitus gestacional previa.

Material y método: estudio transversal efectuado en el Hospital de Gineco-Pediatría 48 del IMSS, Guanajuato, del 1 de julio de 2007 al 1 de junio de 2008 al que se incluyeron 125 pacientes con diabetes mellitus gestacional. Se captaron datos generales, tipo de control de la gestación y complicaciones surgidas. Las pacientes recibieron instrucción para realizarse una prueba de tolerancia oral a la glucosa con 75 g y 2 h, seis semanas después del parto. Se clasificaron en cinco grupos: pacientes normales, con diabetes mellitus tipo 2, con intolerancia a la glucosa, con alteración de la glucosa en ayuno y combinación de ambas.

Resultados: después del seguimiento, 13 pacientes (10.4%) se diagnosticaron con diabetes mellitus tipo 2; 14 mujeres (11.2%) con intolerancia a la glucosa; 16 (12.8%) con alteración de la glucosa en ayuno; 6 (4.8%) con ambos diagnósticos y 76 (60.8%) sanas.

Conclusiones: para la identificación de las distintas variedades de alteraciones del metabolismo de los carbohidratos, incluida la diabetes mellitus tipo 2, es necesaria la detección con una prueba postparto de tolerancia oral a la glucosa.

Palabras clave: diabetes gestacional, diabetes mellitus tipo 2, intolerancia a los carbohidratos.

ABSTRACT

Background: gestational diabetes mellitus (GDM) affects 2 to 10% of pregnancies and it has been postulated as a variant of type 2 diabetes mellitus (DM2) because they share a similar pathophysiology. Approximately in 90% the carbohydrate intolerance resolves after pregnancy, however after 5 to 16 years after delivery women will have a risk of 17 to 63% to the development of type 2 diabetes mellitus.

Objective: to determine the frequency of postpartum impaired glucose tolerance in women with previous GDM.

Material and methods: 125 patients with diagnosis of GDM were included, general data were captured, type of control during pregnancy and complications occurred. The women were instructed to undergo a postpartum oral glucose tolerance test of 75 g and 2 h, 6 weeks after their delivery date and they were classified into five groups: normal patients, type 2 diabetes mellitus, impaired glucose tolerance, impaired fasting glucose and combined both.

Results: after follow up 13 women (10.4%) were diagnosed as DM2; 14 patients (11.2%) were classified as glucose intolerance; 16 (12.8%) were catalogued with impaired fasting glucose; 6 (4.8%) had both disorders; and 76 (60.8%) were diagnosed as healthy women.

Conclusions: the detection with a postpartum oral glucose tolerance test is necessary for the identification of the various types of disorders of the carbohydrate metabolism including DM2.

Key words: gestational diabetes, type 2 diabetes mellitus, carbohydrate intolerance.

RÉSUMÉ

Antécédents: Le diabète gestationnel touche 2 à 10% des grossesses et est considéré comme une variante du diabète de type 2, car ils partagent une physiopathologie similaire. Dans 90% des cas, l'intolérance aux glucides disparaît après la grossesse, mais au bout de 5 à 16 ans de travail des femmes auront risque 17-63% de souffrir de diabète de type 2.

Objectif: déterminer la fréquence de la tolérance au glucose chez les patients atteints du post-partum précédentes diabète gestationnel.

Méthodes: Etude transversale réalisée à l'hôpital de gynécologie et de pédiatrie 48 de l'IMSS, Guanajuato, à partir de Juillet 1, 2007 à Juin 1 2008, qui comprenait 125 patients avec un diabète gestationnel. Les données ont été recueillies dans le type de contrôle général, et les complications de la grossesse. Les patients ont reçu instruction de se faire tester pour la tolérance au glucose oral avec 75 g et 2 h, six semaines après l'accouchement. Ont été classés en cinq groupes: les patients normaux avec diabète de type 2 présentant une intolérance au glucose, la glycémie à jeun et la combinaison des deux.

Résultats: Après un suivi, 13 patients (10,4%) ont été diagnostiqués avec le type 2 diabète sucré, 14 femmes (11,2%) avec une intolérance au glucose, 16 (12,8%) avec du glucose à jeun, 6 (4,8%) avec les deux diagnostics et 76 (60,8%) en bonne santé.

Conclusions: pour l'identification des variétés différentes du métabolisme des glucides anormaux, y compris le diabète sucré de type 2 est nécessaire avec un test de détection de la tolérance au glucose oral du post-partum.

Mots-clés: diabète gestationnel, diabète de type 2, l'intolérance aux glucides.

RESUMO

Antecedentes: diabetes mellitus gestacional afeta 2 a 10% das gestações e é considerado uma variante do diabetes mellitus tipo 2, porque eles compartilham uma fisiopatologia semelhante. Em 90% dos casos, a intolerância aos carboidratos desaparece após a gravidez, mas depois de 5 a 16 anos de trabalho das mulheres terá risco de 17-63% a sofrer diabetes mellitus tipo 2.

Objetivo: determinar a frequência de tolerância à glicose em pacientes com pós-parto anteriores diabetes mellitus gestacional.

Métodos: Estudo transversal realizado no Hospital de Ginecologia e Pediatria 48 do IMSS, Guanajuato, a partir de 01 de julho de 2007 a 1 de Junho de 2008, que incluiu 125 pacientes com diabetes mellitus gestacional. Os dados foram coletados no tipo de controle geral, e as complicações da gravidez. Os pacientes receberam instruções para fazer o teste de tolerância oral à glicose com 75 g e h 2, seis semanas após o parto. Foram classificadas em cinco grupos: pacientes normais com diabetes mellitus tipo 2 com intolerância à glicose, com glicemia de jejum alterada e combinação de ambas.

Resultados: Após o acompanhamento, 13 pacientes (10,4%) foram diagnosticados com diabetes mellitus tipo 2, 14 mulheres (11,2%), com tolerância diminuída à glicose, 16 (12,8%), com glicemia de jejum alterada, 6 (4,8%) com ambos os diagnósticos e 76 (60,8%) saudáveis.

Conclusão: para a identificação das diferentes variedades do metabolismo de carboidratos anormal, incluindo diabetes mellitus tipo 2 é necessário com um teste de detecção de tolerância oral à glicose pós-parto.

Palavras-chave: diabetes gestacional, diabetes mellitus tipo 2, intolerância aos carboidratos.

La diabetes mellitus es una prioridad de salud pública en el mundo, que va en aumento y cada vez afecta más a individuos de todas las edades, incluidos niños, adultos jóvenes y mujeres en edad fértil. La mayor prevalencia se atribuye a la epidemia de obesidad, urbanización e inactividad física.¹

La diabetes mellitus gestacional afecta a más de 135 mil mujeres cada año, entre 1 a 14% de los embarazos y se define como intolerancia a los carbohidratos de severidad variable que empieza o se detecta por primera vez en el embarazo, desaparece en las primeras semanas del

posparto y la mitad de los casos posteriormente padecerá diabetes mellitus tipo 2. La diabetes mellitus gestacional y la diabetes mellitus tipo 2 tienen fisiopatologías similares caracterizadas por dos principales defectos metabólicos: resistencia a la insulina de células blanco e insuficiente secreción de insulina por las células beta del páncreas para compensar la resistencia periférica de los tejidos (disfunción de células beta).²⁻⁵

En el embarazo, una célula beta sana es capaz de secretar suficiente insulina para vencer la resistencia a la hormona; sin embargo, la alteración de la célula beta con defecto crónico no adquirido durante el embarazo y la resistencia a la insulina causan diabetes gestacional e implican incremento del riesgo postparto, donde la tolerancia anormal a la glucosa puede persistir en el postparto y conducir a alteración de la glucosa en ayuno, intolerancia a la glucosa y diabetes mellitus tipo 2.^{6,7}

La diabetes gestacional y la diabetes mellitus tipo 2 se consideran una misma enfermedad con diferentes nombres; la diabetes mellitus gestacional es representativa del inicio temprano y la diabetes mellitus tipo 2 es de aparición tardía. Cada mujer adquiere el riesgo de diabetes gestacional desde la vida fetal, cuando un ambiente intrauterino adverso evita el desarrollo normal de la organogénesis fetal y las células del islote pancreático tienen una función limitada.^{8,9}

Existen reportes que refieren que las medidas antropométricas de obesidad y cambios de peso con ganancia

* Médico ginecoobstetra perinatólogo. Director de Educación e Investigación.

** Médica ginecoobstetra alumna de la Maestría en Investigación Clínica.

*** Médica ginecoobstetra.
Unidad Médica de Alta Especialidad del Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital de Gineco-Pediatria 48, León, Guanajuato.

Correspondencia: Dr. Gustavo Romero-Gutiérrez. Hospital de Gineco-Pediatria 48, IMSS. Fuego 216. León 37160, Guanajuato, México. Correo electrónico: gustavo.romerog@imss.gob.mx
Recibido: enero 2012. Aceptado: agosto 2012.

Este artículo debe citarse como: Romero-Gutiérrez G, Macías-Rocha AL, Puente-Álvarez EL. Prevalencia de alteraciones en la tolerancia a la glucosa postparto en pacientes con diabetes gestacional previa. Ginecol Obstet Mex 2012;80(10):631-636.

importante durante el embarazo, edad gestacional temprana al momento del diagnóstico de diabetes, método de control con insulina, y altas concentraciones de glucosa en ayuno son factores de riesgo para diabetes mellitus tipo 2 entre mujeres con diabetes mellitus gestacional previa.^{10,11}

El diagnóstico y subsecuente tratamiento de la diabetes mellitus gestacional tiene implicaciones importantes para la prevención de la diabetes mellitus tipo 2 posparto. La mayoría de las pacientes con diabetes mellitus gestacional vuelven a un estado euglicémico posterior al parto; sin embargo, tienen mayor riesgo de diabetes mellitus tipo 2 e intolerancia a la glucosa con riesgo acumulativo a futuro.¹² Estudios previos refieren que aproximadamente en 90% de las mujeres con diabetes mellitus gestacional la intolerancia a los carbohidratos desaparece después del embarazo y 10% padecerá diabetes mellitus tipo 2, mientras que después, 5 a 16 años, del parto 17-63% podrán padecerla.¹³ Por esto, la Quinta Conferencia Internacional de Diabetes Gestacional y la Asociación Americana de Diabetes recomiendan reclasificar entre las 6-12 semanas después del parto a todas las pacientes con diabetes gestacional mediante una prueba de tolerancia oral a la glucosa de dos horas y 75 g^{11,14} a pesar de que el porcentaje de pruebas postparto de tamizaje y las recomendaciones que reciben las pacientes es bajo y varían entre 18 y 67%.^{1,2,10}

En nuestro medio se desconoce la frecuencia de mujeres con diabetes mellitus gestacional que evolucionan a diabetes mellitus tipo 2 o padecen algún otro trastorno del metabolismo de los carbohidratos. Por esto es necesario realizar la clasificación postparto del estado de alteración a los carbohidratos para identificar a las pacientes que requerirán intervenciones tempranas en subsiguientes embarazos, y control estrecho de factores que intervienen en la aparición de diabetes mellitus tipo 2. El objetivo de esta investigación fue determinar la frecuencia de alteraciones de la tolerancia a la glucosa postparto en pacientes que cursaron con diabetes gestacional.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio transversal efectuado en la Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) Hospital de Gineco-Pediatría 48 del Instituto Mexicano del Seguro Social, León, Guanajuato del 1 de julio de 2007 al 1 de junio de 2008 al que se incluyeron todas las pacientes que reunieron los siguientes criterios de inclusión: diagnóstico de diabetes gestacional

mediante una curva de tolerancia oral a la glucosa de 3 h y 100 g de glucosa con dos o más valores alterados, según criterios de la Asociación Americana de Diabetes,¹ detectada entre la semana 24 y 28 del embarazo.

Los criterios de no inclusión fueron: pacientes con alguna enfermedad crónico-degenerativa o con diagnóstico previo de diabetes mellitus tipo 1 o 2.

Criterios de exclusión: pacientes que no se realizaron la curva de tolerancia oral a la glucosa seis semanas después del parto, con resultados incompletos de laboratorio o que no acudieron a su cita.

Previo consentimiento informado por escrito, y aprobación del estudio por el Comité Local de Investigación de la UMAE, a todas las pacientes que participaron se les realizó un interrogatorio para registro de datos de identificación y de variables de estudio: edad, número de embarazos, semanas de gestación, fecha de diagnóstico de la diabetes mellitus gestacional y tipo de tratamiento. Posteriormente, durante el puerperio inmediato se obtuvieron datos del recién nacido: macrosomía fetal, polihidramnios, y las pacientes recibieron instrucciones y requisición de laboratorio para acudir a la sexta semana del parto a realizarse una curva de tolerancia oral a la glucosa con 75 g y 2 h y cita a la consulta externa de Medicina Interna a la séptima semana postparto, con los resultados del laboratorio. Todas las pacientes fueron contactadas por vía telefónica, previo a sus citas para recordatorio.

De acuerdo con los resultados presentados en la consulta de Medicina Interna de la curva de tolerancia a la glucosa de 75 g y 2 h se clasificaron en cinco grupos según los siguientes criterios: *a)* diabetes mellitus tipo 2 cuando tuvieron valores mayores de 126 mg/dL en ayuno o más de 200 mg/dL a la hora o 2 horas; *b)* intolerancia a los carbohidratos cuando se obtuvieron valores mayores de 140-199 mg/dL; *c)* alteración de la glucosa en ayuno cuando se registraron cifras mayores de 100-125 mg/dL; *d)* intolerancia a los carbohidratos y alteración de la glucosa en ayuno y *e)* pacientes sanas con glucemia en ayuno menos de 100 mg/dL y a las 2h menos de 140 mg/dL.^{2,3}

El análisis de resultados se realizó con el paquete estadístico NCSS V. 2004, mediante valores porcentuales y estadísticas descriptivas como medias y desviación estándar. Se utilizó la prueba de la χ^2 para comparar variables categóricas y análisis de variancia para comparación de medias aritméticas entre grupos.

RESULTADOS

Se incorporaron al estudio 125 pacientes con diabetes gestacional y que se realizaron la curva de tolerancia oral a la glucosa de 75 g y 2 h a las seis semanas postparto. Del total, 76 mujeres (60.8%) tuvieron resultados normales y 49 (39.2%) por lo menos una alteración en la tolerancia a la glucosa. Las pacientes con alteraciones en la glucosa tuvieron la siguiente distribución: 13 mujeres (10.4%) con diabetes mellitus tipo 2; 14 (11.2%) con intolerancia a la glucosa, 16 mujeres (12.8%) se catalogaron con alteración de la glucosa en ayuno y 6 (4.8%) con ambas alteraciones (Cuadro 1).

Cuadro 1. Frecuencia de alteraciones en la curva de tolerancia oral a la glucosa de pacientes con diabetes mellitus gestacional previa al finalizar el puerperio

<i>Clasificación posparto</i>	<i>Mujeres con diabetes mellitus gestacional n%</i>
Sanas	76 (60.8)
Intolerancia a la glucosa (IGT)	14 (11.2)
Alteración de la glucosa en ayuno	16 (12.8)
Ambas alteraciones (IGT-IFG)	6 (4.8)
Diabetes mellitus tipo 2	13 (10.4)
Total	125 (100%)

IGT: impaired glucose tolerance; IFG: impaired fasting plasma glucose

En el grupo total, los límites de edad fueron 18 y 41 años con una media de 31.78 ± 5.1 . El número de embarazos varió de 1 a 13 con una media de 2.9 ± 1.6 y la edad gestacional estuvo comprendida entre las 12 y 41 semanas, con una media de 33.5 ± 5.6 . Durante el embarazo, el tratamiento con dieta se realizó en 46 (36.8%) pacientes del grupo, mientras que el tratamiento con insulina se dio en 79 (63.2%) mujeres. Durante el puerperio, 112 (89.6%) pacientes tuvieron recién nacidos con peso menor a 4 kg, mientras que 13 (10.4%) pacientes tuvieron hijos con macrosomía fetal.

En los resultados de la curva de tolerancia oral a la glucosa postparto, la glucemia en ayuno tuvo un valor mínimo de 65 y máximo de 188 mg/dL, con una media de 92.08 ± 18.39 mg/dL. La glucemia a las 2 h varió de mínimo de 77 a máximo de 261 mg/dL, con una media de 137.19 ± 34.39 mg/dL.

Después del puerperio, al reclasificarse el estado de tolerancia a la glucosa de las pacientes con curva de to-

lerancia oral a la glucosa a las seis semanas, se encontró significación en la edad, que fue mayor en las pacientes del grupo con intolerancia a la glucosa que en los otros grupos ($p = 0.03$). El número de embarazos mayor de uno fue también mayor en el grupo con intolerancia a la glucosa, pero sin significación ($p = 0.77$). Las semanas de gestación durante el embarazo fueron más en el grupo que se reclasificó con intolerancia a la glucosa y alteración de la glucosa en ayuno en el puerperio, con $p = 0.01$. El tratamiento con insulina durante el embarazo fue significativamente mayor en el grupo clasificado con intolerancia a la glucosa, $p = 0.01$. Las pacientes reclasificadas como normales tuvieron mayor número de hijos con peso menor a 4 kg, mientras que las pacientes con alteración de la glucosa en ayuno, la macrosomía fetal fue significativamente mayor, $p = 0.01$ (Cuadro 2).

Los resultados de la curva de tolerancia oral a la glucosa de 75 g mostraron una diferencia significativa entre los grupos en relación con las concentraciones de glucemia en ayuno, en donde el grupo con diabetes mellitus tipo 2 tuvo los valores más elevados con una media de 131.6 ± 3.5 mg/dL, $p = 0.00003$ (Figura 1).

Con respecto a los resultados de la glucemia a las 2 horas, también se encontró una diferencia significativa en los grupos, en donde también el grupo con diabetes mellitus tipo 2 tuvo las mayores concentraciones de glucemia, con una media de 204.2 ± 5.9 mg/dL, $p = 0.0001$ (Figura 2).

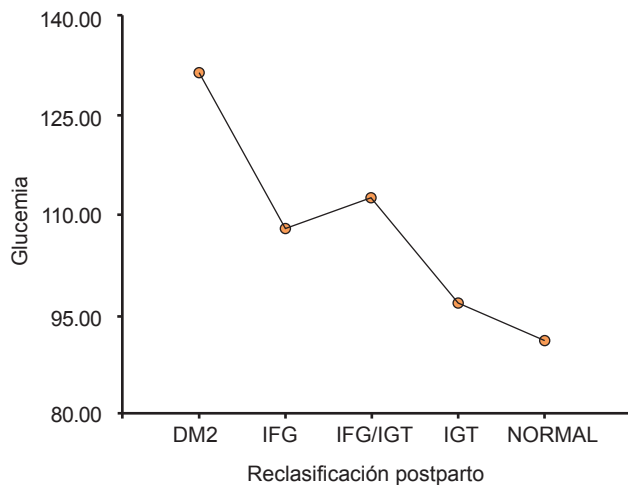
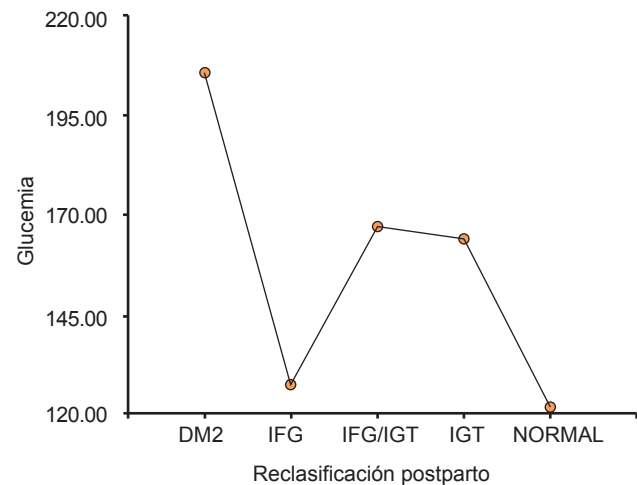
DISCUSIÓN

El embarazo constituye una prueba fisiológica de la capacidad regulatoria del cuerpo, que en las pacientes con resistencia crónica a la insulina y pobre función de las células beta puede predecir aumento del riesgo de alteración de la glucosa postparto. Las pruebas de tolerancia oral a la glucosa postparto son necesarias para detectar la prevalencia de anormalidades en la glucosa e identificar a las pacientes con diabetes mellitus gestacional con alto riesgo de padecer diabetes mellitus en los próximos 5 a 10 años.^{11,14} En la actualidad, en nuestra población no existen estudios o datos registrados de prevalencia de alteraciones en la tolerancia a la glucosa postparto, por lo que es importante este conocimiento.

Después del parto, cerca de 10% de las pacientes con diabetes mellitus gestacional son diagnosticadas como diabetes mellitus tipo 2 y durante los siguientes 10-20

Cuadro 2. Características de las pacientes con diabetes mellitus gestacional y estado de tolerancia a la glucosa postparto. Media $\pm$ DE; n (%)

	Sanas (n=76)	IGT (n=14)	IFG (n=16)	IGT-IFG (n=6)	Diabetes tipo 2 (n=13)	p
Edad	31.4 $\pm$ 5.4	34.2 $\pm$ 3.1	33.7 $\pm$ 5.07	30.3 $\pm$ 4.6	30.7 $\pm$ 1.4	0.03
n de embarazos						
1	12 (15.8)	1 (7.1)	4 (25)	1 (16.7)	2 (15.4)	0.77
≥ 2	64 (84.2)	13 (92.9)	12 (75)	5 (83.3)	11 (84.6)	
Edad gestacional	34.4 $\pm$ 4.9	30.2 $\pm$ 6.9	31.9 $\pm$ 5.9	36.5 $\pm$ 3.0	32.7 $\pm$ 6.7	0.01
Tratamiento						
Dieta	37 (48.6)	2 (14.2)	3 (18.7)	3 (50)	2 (15.4)	0.01
Insulina	39 (51.3)	12 (85.7)	13 (81.3)	3 (50)	11 (84.6)	
Peso recién nacidos						
<4 kg	72 (94.7)	12 (85.7)	11 (68.7)	6 (100)	11 (86.6)	0.01
≥ 4 kg	4 (5.3)	2 (14.2)	5 (31.2)	0	2 (15.3)	

**Figura 1.** Valores elevados en el grupo de diabetes.**Figura 2.** Medias de las glucemias a las 2 h de la curva de tolerancia oral a la glucosa

años el riesgo es aproximadamente de 35-60%.¹¹ En nuestro estudio, al reclasificarse en el postparto, en 39.2% se encontraron alteraciones en la curva de tolerancia oral a la glucosa, que comprendieron pacientes con intolerancia a la glucosa, alteración de la glucosa en ayuno y diabetes mellitus tipo 2, cifra similar a la reportada por Hunt, quien encontró 35.5% de alteraciones en la glucosa postparto.¹⁶ Estas alteraciones se consideran intolerancia colectiva a la glucosa postparto e identifican a grupos con diferente sensibilidad a la insulina, función de las células beta y glucemia durante el embarazo y que persiste aún en el postparto.^{5,16}

La frecuencia de diabetes mellitus tipo 2 de 10.4% fue similar a la consignada por Kaaja, Kakad y Hunger-Datte,^{11,12,13} mientras que Hunt reportó 4.5%.¹⁶ La intolerancia

a la glucosa resultó en 11.2%, acorde con lo reportado en casi todos los estudios que muestran una prevalencia de 7-29%,^{12,14} y en 12.8% se encontró alteración de la glucosa en ayuno mayor a la reportada en la bibliografía.^{14,15} Ambas alteraciones en la glucosa y glucosa en ayuno se registraron en 4.8% de las pacientes, similar a lo reportado por Hunt.¹⁶

La intolerancia a la glucosa es una condición intermedia entre la homeostasis de la glucosa normal y la diabetes tipo 2. En varios estudios ha quedado por demás demostrado que las intervenciones en los cambios en el estilo de vida en estas pacientes y la administración de medicamentos como metformina, especialmente en mujeres jóvenes y con obesidad, pueden retrasar o prevenir el riesgo de diabetes mellitus tipo 2 y enfermedades cardiovasculares.^{10,15}

Este estudio es de gran interés para implantar intervenciones mediante programas de terapia nutricional y control de peso, tratamiento médico y modificaciones al estilo de vida, y para lograr mejor control en los siguientes embarazos, lo que ayudará a reducir la tasa de morbilidad y mortalidad perinatal y la prevalencia de prediabetes y diabetes mellitus tipo 2.¹⁰

Las mujeres con diabetes mellitus gestacional previa y que se reclasifican en el postparto con intolerancia a la glucosa y alteración de la glucosa en ayuno, son referidas como prediabetes y tienen el mismo riesgo de diabetes mellitus tipo 2 con una tasa anual de 16% en su incidencia.^{5,10} Estos grupos de pacientes también merecen especial atención porque son quienes en el futuro padecerán diabetes tipo 2 con facilidad, por lo que es necesaria su identificación o detección oportuna en el postparto y el seguimiento adecuado con programas de prevención con cambios en el tipo de dieta, implantación de actividad física y programas de salud reproductiva.

CONCLUSIONES

La frecuencia de alteraciones en la tolerancia a la glucosa postparto es de 39.2% con una frecuencia de diabetes mellitus tipo 2 postparto de 10.4% en pacientes que cursaron con diabetes gestacional previa. Es necesaria la implantación de medidas preventivas y controles adecuados en pacientes con intolerancia a la glucosa y alteración de la glucosa en ayuno, que aún no tienen diabetes mellitus tipo 2. Es importante realizar más estudios con seguimiento a largo plazo en nuestra población para la identificación temprana de los grupos de riesgo.

REFERENCIAS

- Hunt KJ, Shuller KI. The increasing prevalence of diabetes in pregnancy. *Obstet Gynecol Clin* 2007;34:173-199.
- Zárate A, Saucedo R, Basurto L, Hernández M. El nuevo enfoque hacia la diabetes gestacional. *Rev Med Inst Mex Seg Soc* 2011;49:1-3.
- Kim C, Tabaei BP, Burke R y col. Missed Opportunities for Type 2 Diabetes Mellitus Screening Among Women With a History of Gestational Diabetes Mellitus. *Am J Public Health* 2006;96:1643-1648.
- Dueñas-García OF, Ramírez-Torres A, Díaz M, Rico-Olvera H. Resultados perinatales de pacientes con diabetes gestacional diagnosticada con tres métodos diferentes. *Ginecol Obstet Mex* 2011;79:411-418.
- Retnakaran R. Glucose intolerance in pregnancy and future risk of pre-diabetes or diabetes. *Diabetes Care* 2008;31:2026-2031.
- Feig DS, Zinman B, Wang X, Jux JE. Risk of development of diabetes mellitus after diagnosis of gestational diabetes. *CMAJ* 2008;179:229-234.
- Kwong S, Mitchell R, Senior PE, Chik CL. Postpartum diabetes screening. Adherence rate and the performance of fasting plasma glucose versus oral glucose tolerance test. *Diabetes Care* 2009;32:2241-2244.
- Hernández-Valencia M, Zárate A. El riesgo de diabetes gestacional se establece desde la vida fetal y postnatal. *Ginecol Obstet Mex* 2003;71:60-65.
- Baptiste-Roberts K, Barone BB, Gary TL, et al. Risk factor for type diabetes among women with gestational diabetes: a systematic review. *Am J Med* 2009; 122: 207-214.
- Kjos SL. After pregnancy complicated by diabetes: postpartum care and education. *Obstet Gynecol Clin N Am* 2007;34:335-349.
- Kaaja R, Rönneima T. Gestational diabetes: pathogenesis and consequences to mother and offspring. *Rev Diabet Stud* 2008;5:194-202.
- Kakad R, Anwar A, Dyer P, et al. Fasting plasma glucose is not sufficient to detect ongoing glucose intolerance after pregnancy complicated by gestational diabetes. *Exp Clin Endocrinol Diabetes* 2010;118:234-236.
- Hunger-Date W, Mosebach N, Sámann A, et al. Prevalence of impaired glucose tolerance 6 years after gestational diabetes. *Exp Clin Endocrinol Diabetes* 2006;114:11-17.
- Kitzmiller J, Dang-Kilduff L, Taslimi M. Gestational diabetes after delivery. Short-term management and long-term risks. *Diabetes Care* 2007;30:2026-2035.
- Kim C, Newton K, Knopp RH. Gestational and the incidence of type 2 Diabetes. A systemic review. *Diabetes Care* 2002;25:1862-1868.
- Hunt K, Conway DL. Who returns for postpartum glucose screening following gestational diabetes mellitus? *Am J Obstet Gynecol* 2008; 198: 404. e1-e6.



Factores de riesgo asociados, métodos diagnósticos y tratamiento para endometriosis, utilizados en la clínica de endometriosis del servicio de Ginecología del Hospital General de México (2009- 2011)

Antonio Guerrero Hernández*, Guillermo Oropeza Rechy,** Elisabeth Gómez García***

RESUMEN

Antecedentes: en la endometriosis hay estroma y glándulas endometriales ectópicas. Tiene diversos factores de riesgo. Cuatro teorías la explican: la teoría de la metaplasia celómica, restos de células embrionarias, de la implantación e inmunológica. Los datos clínicos son dolor e infertilidad. Por la American Fertility Society (AFS) se divide en: mínima, leve, moderada y severa. Los estudios diagnósticos son: antígeno Ca 125, resonancia magnética, y la ecografía abdominal. El método ideal es la visualización directa con confirmación histológica. El tratamiento es médico y quirúrgico.

Objetivo: conocer los factores de riesgo, métodos diagnósticos de endometriosis y la eficacia de los tratamientos utilizados en la clínica de Endometriosis de la Unidad de Ginecología en el Hospital General de México O.D.

Material y método: estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo con duración de 2 años 6 meses en 30 pacientes con diagnóstico de endometriosis en tratamiento en la clínica de Endometriosis del Hospital General de México O.D.

Resultados: el grupo de edad más afectado fue de los 21 a 25 años, los factores de riesgo son: haberse embarazado, residir del Estado de México y tener una malformación mülleriana. El síntoma fue la dismenorrea. En 16 se estableció el diagnóstico como hallazgo quirúrgico y en una por laparoscopia diagnóstica.

Conclusiones: es importante estudiar los factores de riesgo. El diagnóstico se establece con base en datos clínicos, cuantificación de antígeno Ca125 y por los estudios de imagen. El tratamiento médico está indicado en el preoperatorio y en el postoperatorio y el tratamiento quirúrgico busca erradicar las lesiones.

Palabras clave: factores de riesgo, métodos diagnósticos, tratamiento de endometriosis, Hospital General de México O.D.

ABSTRACT

Background: Endometriosis no ectopic endometrial stroma and glands. Have different risk factors. Four theories explain it: the theory of coelomic metaplasia, embryonic cell debris, deployment and immunological. Clinical data are pain and infertility. For the American Fertility Society (AFS) is divided into minimal, mild, moderate and severe. Diagnostic studies are antigen Ca 125, Magnetic Resonance, and abdominal ultrasound. The ideal method is direct visualization with histological confirmation. The medical and surgical treatment.

Objective: To determine the risk factors, diagnosis of Endometriosis and effectiveness of treatments used in clinical Endometriosis Gynecology Unit at the General Hospital of Mexico OD

Material and Methods: A descriptive, longitudinal and retrospective duration of 2 years 6 months in 30 patients diagnosed with endometriosis in the clinical treatment of Endometriosis General Hospital of Mexico OD

Results: The most affected age group was 21 to 25 years, the risk factors are Gestational 1, a resident of Mexico, Mullerian malformation. The symptom was dysmenorrhea. In 16 were diagnosed as a surgical finding and laparoscopically diagnosed.

Conclusions: It is important to study the risk factors. The diagnosis is made using clinical data, quantification of CA125 antigen and imaging studies. Medical treatment is indicated both in the preoperative as well as postoperative surgical treatment and seeks to eradicate the lesions.

Key words: risk factors, diagnosis, and treatment of endometriosis, General Hospital of Mexico OD

RÉSUMÉ

Contexte: l'endométriose stromale, les glandes endométriales ectopiques et divers facteurs de risque. Quatre théories expliquer: la théorie de la métaplasie coelomique, des débris de cellules embryonnaires, le déploiement et immunologiques. Les données cliniques sont la douleur et l'infertilité. L'American Fertility Society est divisée en minime, légère, modérée et sévère. Les études de diagnostic sont antigène Ca 125, résonance magnétique et échographie abdominale. La méthode idéale est la visualisation directe avec confirmation histologique. Le traitement médical et chirurgical.

Objectif: Déterminer les facteurs de risque, le diagnostic de l'endométriose et de l'efficacité des traitements utilisés dans l'unité de gynécologie endométriose clinique à l'Hôpital général du Mexique OD

Matériel et Méthodes: Une étude descriptive, longitudinale et rétrospective durée de 2 ans et 6 mois chez 30 patients un diagnostic d'endométriose dans le traitement clinique de l'endométriose Hôpital général du Mexique OD

Résultats: Le groupe d'âge le plus touché est de 21 à 25 ans, les facteurs de risque sont Gesta 1, un résident du Mexique, de malformation Müller. Le symptôme est la dysménorrhée. Dans 16 ont été diagnostiqués comme une conclusion chirurgicale et par laparoscopie diagnostique.

Conclusions: Il est important d'étudier les facteurs de risque. Le diagnostic est établi à partir des données cliniques, la quantification de l'antigène CA125 et des études d'imagerie. Le traitement médical est indiqué à la fois dans la pré-opératoire ainsi que le traitement chirurgical et post-opératoire vise à éradiquer les lésions.

Mots-clés: facteurs de risque, le diagnostic, le traitement de l'endométriose, l'Hôpital général du Mexique OD

RESUMO

Fundamento: endometriose estromal, ectópicas glândulas endometriais e diversos fatores de risco. Quatro teorias explicam isso: a teoria da metaplasia celômica, restos de células embrionárias, implantação e imunológicos. Os dados clínicos são dor e infertilidade. A American Fertility Society é dividida em mínima, leve, moderada e grave. Estudos de diagnóstico são antígeno CA 125, Ressonância Magnética, e ultra-sonografia abdominal. O método ideal é a visualização direta com confirmação histológica. O tratamento médico e cirúrgico.

Objetivo: determinar os fatores de risco, diagnóstico de endometriose e eficácia dos tratamentos utilizados na Unidade Clínica de Ginecologia Endometriose do Hospital Geral do México OD

Material e Métodos: A duração, descritivo e retrospectivo longitudinal de 2 anos e 6 meses, em 30 pacientes com diagnóstico de endometriose no tratamento clínico da endometriose do Hospital Geral do México OD

Resultados: A faixa etária mais acometida foi de 21 a 25 anos, os fatores de risco são Gesta 1, um residente do México, malformação mülleriana. O sintoma era dismenorréia. Em 16 foram diagnosticados como achado cirúrgico e laparoscopia diagnosticada.

Conclusões: É importante estudar os fatores de risco. O diagnóstico é feito através de dados clínicos, quantificação de CA125 antígeno e estudos de imagem. O tratamento médico é indicado tanto no pré-operatório, assim como o tratamento pós-operatório cirúrgico e procura erradicar as lesões.

Palavras-chave: fatores de risco, diagnóstico, tratamento da endometriose, Hospital Geral do México OD

La endometriosis implica la existencia de estroma y glándulas endometriales funcionales fuera de su localización habitual:¹⁻⁸ superficie peritoneal, sobre el ovario o en el sistema gastrointestinal o genitourinario, en los pulmones o en la pared abdominal.⁹ Se han encontrado lesiones en 20 a 50% de las mujeres infértiles, en 15 a 80% de quienes consultan por dolor pélvico crónico y en 25% de todas las piezas de histe-

rectomía.¹ La incidencia clínica de endometriosis en la población general de mujeres premenopáusicas es de entre 5 y 10%.³ El riesgo máximo es en mujeres de 40 a 44 años, con anomalías müllerianas, de raza blanca, con paridad reducida y las que han sido tratadas con dietilestilbestrol. La prevalencia es menor en mujeres con hábito tabáquico, que realizan ejercicio o consumen anticonceptivos orales monofásicos.^{3,9} El riesgo aumentado en 5 a 8% de los familiares de primer grado sugiere una herencia poligénica multifactorial.

En la actualidad existen cuatro teorías para explicar la patogénesis de la endometriosis: teoría de la metaplasia celómica (indica que el mesotelio sufre metaplasia que forma estroma y glándulas de tipo endometrial).⁹ Teoría de los restos embrionarios (señala que el sistema del conducto de Wolff puede dejar restos de células con capacidad de crecimiento de tejido endometrial funcionante).⁹ Teoría de la implantación (se basa en que hay menstruación retrógrada, las células endometriales son viables en la cavidad uterina y pueden adherirse al peritoneo). Otras teorías incluyen la diseminación vía sanguínea y linfática.⁹ La teoría inmunológica se refiere a la posible función

* Jefe de servicio de la U112 de Ginecología y Obstetricia.

** Médico adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia.

*** Residente de cuarto año de Ginecología y Obstetricia.
Hospital General de México OD, México, DF.

Correspondencia: Dr. Antonio Guerrero Hernández. Hospital General de México. Dr. Balmis 148. México 06720 DF.
Recibido: marzo 2012. Aceptado: septiembre 2012.

Este artículo debe citarse como: Guerrero-Hernández A, Oropeza-Rechy G, Gómez-García E. Factores de riesgo asociados, métodos diagnósticos y tratamiento para endometriosis, utilizados en la clínica de endometriosis del servicio de Ginecología del Hospital General de México (2009-2011). *Ginecol Obstet Mex* 2012;80(10):637-643.

www.nietoeditores.com.mx

inmunitaria anormal. No se ha podido establecer si es una causa independiente o un factor sinérgico.³

La historia natural de la enfermedad es inicialmente de un implante peritoneal, que luego se extiende hacia otras estructuras pélvicas, como los ovarios y las trompas, y finalmente a otras regiones extrapélvicas.¹²

La finalidad de esta investigación es conocer cuáles factores de riesgo y métodos diagnósticos de endometriosis orientan más al diagnóstico y conocer la eficacia de los tratamientos indicados en la clínica de Endometriosis de la Unidad de Ginecología del Hospital General de México con base en el tiempo sin actividad endometrial del 1 de enero de 2009 al 30 de junio de 2011.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo con duración de dos años seis meses que se inició el 1 de enero de 2009 y concluyó el 30 de junio de 2011. Se estudiaron 30 pacientes con diagnóstico de endometriosis atendidas en la clínica de Endometriosis del Hospital General de México. Las variables cuantitativas fueron: edad de la paciente, embarazos, partos, abortos, cesáreas, tiempo de uso de hormonales, edad al primer periodo de dismenorrea, concentraciones de Ca 125 y tiempo sin actividad endometrial. Las variables cualitativas estudiadas fueron: lugar de origen y de residencia, factor desencadenante de la dismenorrea, tratamiento preoperatorio, tipo de anticonceptivo, de analgésico, método diagnóstico, diagnóstico preoperatorio, tipo de cirugía realizada, diagnóstico postoperatorio, tipo de tratamiento postoperatorio, órgano afectado, tipo de cirugía previa y malformación mülleriana. Las variables cuantitativas dicotómicas (positivo o negativo) fueron: dieta con embutidos, uso de hormonales, de analgésico, remisión del dolor con el analgésico, tratamiento postoperatorio, afectación de otro órgano, implantes endometriósicos en la pared abdominal, degeneración carcinomatosa, cirugías previas y malformaciones müllerianas.

RESULTADOS

Se revisaron 30 expedientes completos de pacientes con diagnóstico de endometriosis de la Clínica de Endometriosis de la Unidad de Ginecología del Hospital General de México. Los factores de riesgo y variables estudiadas fueron:

De las 30 pacientes estudiadas, 2 tenían entre 16 y 20 años, 8 entre 21 y 25 años, 4 entre 26 y 30 años, 4 entre 31 y 35 años, 6 entre 36 y 40 años y 6 entre 41 y 45 años.

En cuanto a la distribución por embarazo, parto, aborto y cesárea 12 pacientes eran nuligestas, 8 primíparas, 5 secundigestas y 3 multigestas. Dieciocho pacientes nunca había parido, cinco una vez, otras 5 dos veces y 2 cuatro veces. Se encontró que 27 nunca abortaron, 2 tuvieron un aborto. En lo referente a cesárea 23 pacientes no tenían ninguna cesárea, a 6 se les había hecho una y a otra paciente dos veces.

La mayoría de las pacientes residía en el Estado de México y en segundo lugar en el Distrito Federal, sólo se encontró que una era de Chiapas y otra más de Michoacán. El primer lugar de origen fue el Estado de México y en segundo lugar el Distrito Federal. Ninguna de las pacientes tenía antecedentes de dieta con embutidos. Cuatro de las pacientes contaban con el antecedente de haber utilizado en alguna ocasión hormonales orales o inyectables. De las cuatro pacientes tres lo utilizaron durante un año y una por espacio de dos años. A 16 pacientes les habían practicado alguna cirugía previa como factor de riesgo para endometriosis. De las 16 pacientes con alguna cirugía previa, a seis les habían realizado al menos una cesárea, en dos apendicetomía, en una histerectomía total abdominal, en cinco laparotomía exploradora, en otra cirugía por himen imperforado, y en una más por oclusión tubaria bilateral. De las pacientes con antecedente de laparotomía exploradora, en dos la cirugía previa fue por endometriosis y en una fue necesaria la segunda laparotomía exploradora y en las otras dos, laparotomía exploradora con electrofulguración de focos endometriósicos.

Se reportaron 25 pacientes con dismenorrea, 18 antes de los 15 años de edad, y en el grupo de 21 a 30 años no se registró dismenorrea y en los grupos de 31 a 35 años, 36 a 40 años y 41 a 45 años una paciente por cada grupo

Cuadro 1. Pacientes estudiadas distribuidas por lugar de residencia y origen

<i>Lugar de residencia</i>	<i>Numero de pacientes</i>	<i>Lugar de origen</i>	<i>Numero de pacientes</i>
Distrito Federal	11	Distrito Federal	10
Estado de México	17	Estado de México	16
Chiapas	1	Chiapas	1
Michoacán	1	Michoacán	1
		Morelos	1

tuvo dismenorrea. En 21 pacientes no se encontró algún factor desencadenante de la dismenorrea, y en dos el factor desencadenante fue la cesárea, en otra un legrado uterino instrumentado y otra una miomectomía. Sólo tres pacientes tenían como factor de riesgo alguna malformación mülleriana. Una rudimento de útero bicornue, y la tercera himen imperforado.

11 pacientes tenían Ca 125 menor de 35, 10 entre 35 y 100, y en 8 mayor de 100, una no contaba con Ca 125 porque ingresó para oclusión tubaria bilateral; en esta paciente el valor posterior a la cirugía fue menor de 35.

24 pacientes no recibieron ningún tratamiento preoperatorio, de las 6 que sí lo recibieron en 3 se utilizó anticonceptivo combinado oral, en 1 danazol y en 2 un análogo de la GnRH (goserelina). De las 3 pacientes que utilizaron anticonceptivo combinado oral, en 2 fue del tipo monofásico y en la otra trifásico, ninguna utilizó bifásico. Sólo 10 de las pacientes tomaron un analgésico para contrarrestar el dolor de la dismenorrea. El 100% de las pacientes que recurrieron al analgésico, tomaron algún AINE; ninguna requirió opioide. El dolor sólo remitió en 2 pacientes que tomaron un analgésico.

En 16 pacientes el diagnóstico fue consecuencia de un hallazgo quirúrgico, en segundo lugar con 8 por ultrasonido, sólo en dos se hizo por Ca 125, en una se hizo por patología, en una más se usó ultrasonido y Ca 125, y en otra ultrasonido y resonancia magnética. Sólo en una se hizo el diagnóstico por laparoscopia diagnóstica. El diagnóstico preoperatorio más frecuente fue el tumor anexial.

En 28 pacientes se realizó laparotomía exploradora, sólo en una laparoscopia y en otra más histeroscopia más laparoscopia diagnóstica y en esa misma cirugía ante los hallazgos se decidió hacer laparotomía exploradora.

En las pacientes estudiadas se utilizaron varios tipos de cirugía. En cuatro se realizó ooforectomía, en cuatro histerectomía total abdominal más salpingooforectomía, en dos histerectomía total abdominal, en seis salpingooforectomía unilateral, en dos salpingooforectomía bilateral, en dos histerectomía subtotal más salpingooforectomía, en una colostomía más salpingooforectomía, en otra salpingooforectomía más electrofulguración, en una drenaje de quiste endometriósico, en otra histerectomía total abdominal más electrofulguración, en una histerectomía subtotal más reparación de íleon, en tres electrofulguración, en otra laparoscopia diagnóstica y en una más cistectomía. En 11 pacientes se estableció diagnóstico de etapa II de

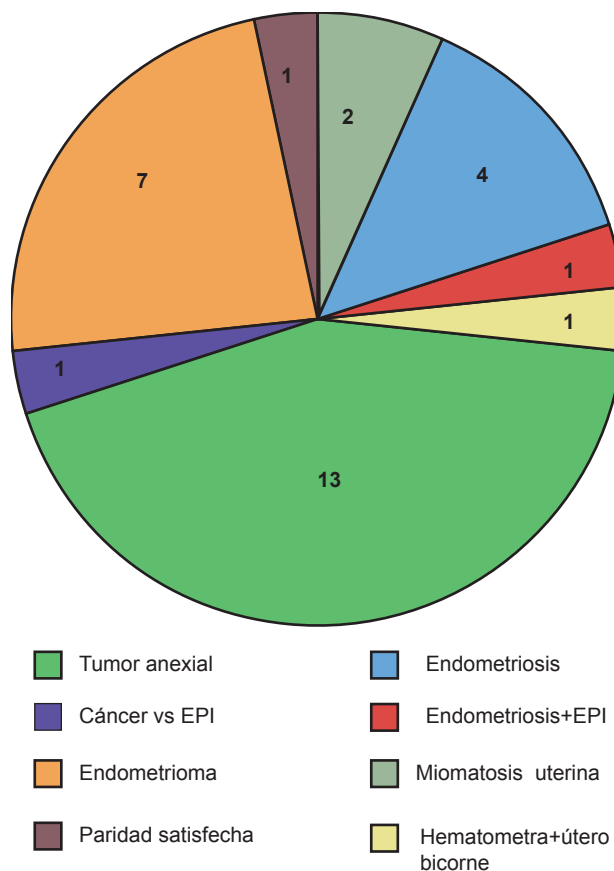


Figura 1. Grupo de pacientes según el diagnóstico preoperatorio

endometriosis, en segundo lugar con seis pacientes etapa I; cuatro etapa III y tres etapa IV. Los padecimientos asociados fueron: miomatosis uterina, restos del primer trimestre, cistoadenoma seroso, útero accesorio y leiomioma del ligamento ancho.

Sólo en 23 pacientes fue necesario recurrir a tratamiento postoperatorio por los hallazgos, mientras que en siete no fue necesario. De las 23 pacientes con tratamiento postoperatorio en dos se indicó anticonceptivo combinado oral; en una danazol, en cuatro goserelina y en otras cuatro 0.120 mg de etonogestrel con 0.015 mg de etinilestradiol. En tres pacientes se prescribió etonogestrel con etinilestradiol y, posteriormente, se cambió por goserelina, en dos pacientes se indicó drospirenona 3 mg con 0.3 mg de etinilestradiol, en una paciente se prescribieron 50 mg de noretisterona con 5 mg de valerato de estradiol, en otra gestrinona y,

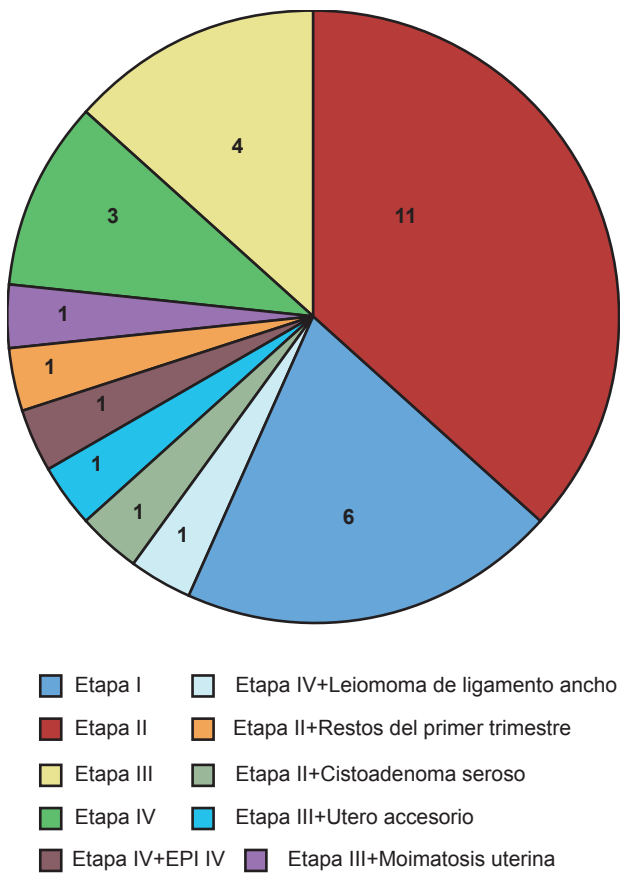


Figura 2. Grupo de pacientes según diagnóstico postoperatorio

posteriormente, se cambió por danazol, en una se inició con goserelina y después se cambió a un anticonceptivo combinado oral, una estaba en tratamiento con tibolona para rescate, en otra más se dio danazol y después se cambió a etonogestrel con etinilestradiol, en una más se utilizaron 2 mg de acetato de ciproterona con 0.03 mg de etinilestradiol. A otra paciente se le mandó etonogestrel con etinilestradiol y después se cambió por 0.15 mg de levonorgestrel con 0.03 mg de etinilestradiol.

El tiempo que permanecieron asintomáticas fue de 6 a 12 meses, siete por 13 a 24 meses, cinco menos de seis meses, 3 de 37 a 48 meses, 2 de 25 a 36 meses y solamente una de 48 a 60 meses. La paciente con mayor tiempo asintomática llevaba cinco años y fue captada en la clínica de endometriosis postoperada y con tratamiento postoperatorio iniciado. Se encontró

que el órgano más afectado fue el intestino grueso en cinco pacientes, específicamente el colon, incluso en una fue necesario realizar colostomía. Otra mujer estaba afectada de la vejiga, en una del íleon y en una más, el ligamento ancho. En ninguna de las pacientes se encontraron implantes en la pared abdominal, en una se encontró degeneración carcinomatosa. En el Cuadro 2 se muestra el diagnóstico final establecido por estudio histopatológico.

DISCUSIÓN

De acuerdo con los resultados, los límites de edad al diagnóstico fueron 21 y 25 años, y en otros estudios la mayor frecuencia se ubica entre los 30 y 45 años de edad; todo indica que este factor se modifica en el Hospital General de México; sin embargo, encontramos que en segundo lugar los límites de edad estuvieron entre 36 y 45 años, lo que coincide con lo encontrado en otros estudios. La mayoría no se había embarazado porque la endometriosis está inversamente relacionada con el número de embarazos.

La mayor incidencia se encontró en las pacientes originarias y residentes del Estado de México. Esta variable puede modificarse porque depende de las zonas conurbadas. La incidencia es mayor en las originarias de áreas industriales y es menor en las de área rural. La dieta fue una variable que no pudo valorarse porque en la historia clínica no se especifica el tipo de alimentos. Los hormonales parecen influir en la disminución del riesgo de endometriosis y, aunque de nuestras pacientes estudiadas 86.6% nunca utilizó algún tipo de hormonal, las cuatro que lo recibieron fue monofásico que pudo prevenir la endometriosis. En virtud de que la muestra es pequeña por el tiempo de uso de hormonales no es valorable como factor de riesgo.

Se buscó como factor de riesgo a las cirugías previas y la relación más cercana fue con la cesárea. La bibliografía refiere una asociación entre malformaciones müllerianas y endometriosis, lo que se corroboró en nuestras pacientes estudiadas.

Entre los datos clínicos cardinales para endometriosis está la dismenorrea. Encontramos que las 30 pacientes estudiadas tuvieron dismenorrea y, en nuestro estudio, fue mayor en el inicio de la vida reproductiva. De las pacientes que tomaron analgésico, en ocho no remitió el dolor, lo que indica se trata de un dolor incapacitante.

Cuadro 2. Pacientes por diagnóstico histopatológico

Diagnostico histopatológico: Endometriosis en:	Ovario	Útero	Ovario y salpínges	Ovario y útero	Vejiga	Íleon	Colon	Ligamento ancho
Número de pacientes	6	4	10	6	1	1	1	1

Para el diagnóstico de endometriosis se consideran dos estudios: antígeno Ca 125 y la resonancia magnética; sin embargo, ninguno de estos ha demostrado ser específico, como lo que encontramos en nuestro estudio porque el Ca 125 estuvo en todos los límites y no fue equiparable a la severidad. En nuestra población, la mayor parte de las veces el diagnóstico de endometriosis se estableció luego de un hallazgo quirúrgico en 53.3%. Aunque la resonancia magnética tiene más agudeza para el diagnóstico de quistes endometriósicos ésta sólo se utilizó en una paciente para su diagnóstico y fue complementaria al ultrasonido. El patrón de referencia es la laparoscopia diagnóstica, que se utilizó en una paciente. El diagnóstico definitivo se establece por patología, por lo que todas las piezas extraídas se enviaron al servicio de Patología donde se confirmó el diagnóstico. El diagnóstico quirúrgico fue el más utilizado en las pacientes estudiadas, aunque se considera un método diagnóstico sólo como hallazgo quirúrgico.

La variedad de cirugías realizadas en nuestro hospital corresponde a lo encontrado en otros estudios. El tratamiento debe individualizarse según los hallazgos. Otros órganos pueden afectarse, como sucedió en las pacientes de nuestro estudio en donde mayormente se encontró afectado el intestino grueso, seguido de la vejiga y el intestino delgado. Aunque no existe tratamiento específico para eliminar la endometriosis, en 76.6% de nuestras pacientes se decidió utilizar algún tratamiento médico, con lo que se mantuvo la remisión de la actividad endometrial a un año en 40% y en una paciente se logró a cinco años. Con respecto a la fertilidad, una de nuestras pacientes, al concluir esta investigación, estaba en la semana 30 de embarazo.

CONCLUSIÓN

La endometriosis es una enfermedad en que hay endometrio ectópico y se manifiesta en edad fértil. En virtud de su prevalencia es de vital importancia identificarla. La incidencia va de 5 a 10% en las premenopáusicas y la edad de presentación va de los 30 a 45 años.

Es importante estudiar los factores de riesgo para endometriosis que orienten al diagnóstico porque la mayoría de las pacientes los tienen y es decisivo identificarlos.

El diagnóstico se establece con los datos clínicos y cuantificación del Ca125 que, aunque no es específico, es parte de los métodos diagnósticos. Los estudios de imagen podrán ser complementarios. El diagnóstico definitivo se establece con el estudio de patología, laparoscopia diagnóstica y como hallazgo quirúrgico.

El tratamiento médico está indicado en el preoperatorio y postoperatorio. Existen múltiples tratamientos: inhibidores de las prostaglandinas sintéticas, estrógenos más gestágenos, gestágenos, andrógenos, gestriona, análogos de GnRH e inhibidores de la aromatasa. El tratamiento quirúrgico se dirige a erradicar las lesiones, y el tipo de cirugía dependerá de la extensión y localización de los implantes endometriósicos, que pueden afectar el intestino grueso, delgado y la vejiga.

Una de las repercusiones de la endometriosis es en la fertilidad, por lo que el tratamiento también debe encaminarse a preservarla. Puede recurrirse a diferentes tipos de reproducción asistida, como la inseminación artificial intrauterina y la fecundación in vitro. El pronóstico de esta enfermedad es variable y dependiendo de su historia natural puede estabilizarse, sufrir regresión o evolucionar a etapas severas.

REFERENCIAS

1. Neyro JL. Endometriosis: algunos criterios racionales para su manejo integral. Unidad de Endoscopia Ginecológica. Hospital de Cruces, 2008.
2. Ochoa-Mejía G, Posada-Villa MN, Ochoa-Sierra JG, Tobón LF, Aristizabal-Duque JE. Guías de práctica basadas en la evidencia. Endometriosis. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, 2007.
3. Cancelo-Hidalgo MJ, Monte-Mercado JC, Cancelo-Hidalgo C, Chavida-García F. Endometriosis. Centro de Salud de Brihuega, Guadalajara. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital General de Guadalajara, 2007.
4. Prentice A, Deary AJ, Bland E. Progestágenos y anti-progestágenos para el dolor asociado a endometriosis. Reproduc-

- ción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en La Biblioteca Cochrane Plus, 2008, número 2.
5. Allen C, Hopewell S, Prentice A. Fármacos antiinflamatorios no esteroides para el dolor en mujeres con endometriosis. Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en La Biblioteca Cochrane Plus, 2008, número 2.
 6. Selak V, Farquhar C, Prentice A, Singla A. Danazol para el dolor pélvico asociado con endometriosis. Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en La Biblioteca Cochrane Plus, 2008, número 2.
 7. Sagsveen M, Farmer JE, Prentice A, Breeze A. Análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas para la endometriosis: densidad mineral ósea. Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en La Biblioteca Cochrane Plus, 2008, número 2.
 8. Jeanette-Díaz I. Tratamiento de la endometriosis I y II, revisión de la literatura. Revista colombiana de Ginecología y Obstetricia 2008;59:223-230.
 9. García-Manero M, Olartecochea B, Royo-Manero P, Aubá M, EndometriosisDepartamento de Ginecología y Obstetricia. Clínica Universidad de Navarra. Revista Med Univ Navarra 2009;9(2): 4-7.
 10. Saavedra J. Controversias en el manejo quirúrgico del endometrioma ovárico. Revisado: septiembre 2/2002. Aceptado: noviembre 26/2002.
 11. Hernández-Valencia M. Diagnóstico de la endometriosis. Perinatología y Reproducción Humana 2009;23:25-29.
 12. Escobar-Latreia C. Endometriosis. Una valoración crítica de algunos de sus supuestos. 1999
 13. Balasch-Cortina J. Endometriosis y esterilidad: aspectos actuales. Universidad de Barcelona, Hospital Clínica Provincial, 2002.
 14. López-Jurado R, Romero B, Fontes J, López-Medina JA, Martínez L. Manejo del paciente con endometriosis y deseo gestacional. Actualización Obstetricia y Ginecología 2009.
 15. Chillik C. Agonistas y antagonistas de GnRH en reproducción asistida. Endocrinología Ginecológica y Reproductiva 2009.
 16. Endometriosis. Base fisiopatogénica para el tratamiento. Revista Médica. Instituto Mexicano del Seguro Social 2009;47(1):57-60.



Comparación de los síntomas del climaterio entre mujeres de la Ciudad de México y mujeres de una comunidad maya del estado de Yucatán

Sebastián Carranza-Lira,* Byanca Nerea Quiroz González,** Hugo César Alfaro Godínez,***
Ana María May Can****

RESUMEN

Antecedentes: la deficiencia estrogénica condiciona síntomas que afectan la vida normal de la mujer y se conoce como síndrome climatérico.

Objetivo: comparar los síntomas climatéricos entre mujeres de la Ciudad de México y de una comunidad maya del estado de Yucatán.

Material y métodos: estudio clínico transversal que comparó dos grupos de mujeres: perimenopáusicas y en la posmenopausia temprana. Grupo I: hispano-hablantes de la Ciudad de México y Grupo II: maya-hablantes del estado de Yucatán. Se evaluaron 22 síntomas climatéricos con una escala visual análoga y el índice SUMEVA. Para el análisis estadístico se utilizó t de Student y χ^2 .

Resultados: se estudiaron 105 mujeres, 50 de la Ciudad de México y 55 de Maxcanú, Yucatán. Al comparar los grupos no hubo diferencia en edad (52.5 ± 6.5 vs 53.7 ± 6.2 , para el grupo I y II, respectivamente). El índice de masa corporal fue mucho menor en el grupo I (29.7 ± 5.0 vs 34.0 ± 6.0 , $p < 0.001$). En el grupo I, 15 de los 22 síntomas evaluados fueron significativamente más intensos, lo mismo que el índice SUMEVA (71.4 ± 44.5 vs 45.8 ± 24.8 , $p < 0.001$). La proporción de mujeres con síntomas fue similar en ambos grupos, excepto por la caída del cabello, que fue mucho mayor en el grupo I (74 vs 52%).

Conclusión: los síntomas climatéricos se percibieron con mayor intensidad por las mujeres de la Ciudad de México, lo que permite suponer que la cultura occidental puede ser la responsable.

Palabras clave: maya, urbano, Ciudad de México, Yucatán, Maxcanú, climaterio, síntomas.

ABSTRACT

Objective: to compare the climacteric symptoms between women from Mexico City and those from a Mayan community of the state of Yucatan.

Methods: In two groups of women, Group I) Spanish-speaking women from Mexico City and Group II) Maya speaking women from the state of Yucatan, 22 climacteric symptoms were evaluated using an analog visual scale (AVS) and the SUMEVA index. For statistical analysis t student test was used as well as Chi squared.

Results: 105 women, 50 of Mexico City and 55 of Maxcanu, Yucatan were studied. When comparing the groups no difference was found in age (52.5 ± 6.5 vs 53.7 ± 6.2 , for group I and II respectively), the body mass index was significantly smaller in group I (29.7 ± 5.0 vs 34.0 ± 6.0 , $p < 0.001$). In group I, 15 of the 22 evaluated symptoms were significantly more intense in Group I, as well as the SUMEVA (Sum of Analog Visual Scale) index (71.4 ± 44.5 vs 45.8 ± 24.8 , $p < 0.001$). The proportion of symptomatic women for each one of the symptoms was similar in both groups except for hair fall that was significantly greater in group I (74% vs 52%).

Conclusion: climacteric symptoms were perceived with more intensity by Mexico City women, which allows suppose that western culture influence can be the responsible.

Key words: Mayan, Urban, Mexico City, Yucatan, Maxcanu, Climacteric, Symptoms.

RÉSUMÉ

Antécédents: Les symptômes de carence d'oestrogènes conditions qui affectent la vie normale de la femme et appelle le syndrome climatérique.

Objectif: comparer les symptômes de la ménopause chez les femmes à Mexico et une communauté maya dans l'état du Yucatan.

Méthodes: étude croisée a comparé deux groupes de femmes: la périmenopause et ménopause précoce. Groupe I: hispanophones de Mexico et de Groupe II: maya-parole état du Yucatan. 22 symptômes climatériques ont été évalués par une échelle visuelle analogique et SUMEVA index. Pour l'analyse statistique, nous avons utilisé t de Student et χ^2 .

Résultats: 105 femmes ont été étudiés, 50 d'entre et 55 Maxcanu, Yucatan (Mexique). En comparant les groupes n'ont pas le même âge ($52,5 \pm 6,5$ vs $53,7 \pm 6,2$ pour le groupe I et II, respectivement). L'indice de masse corporelle était significativement plus faible dans le groupe I ($29,7 \pm 5,0$ vs $34,0 \pm 6,0$, $p < 0,001$). Dans le groupe I, 15 des 22 symptômes évalués étaient significativement plus intense, comme l'indice SUMEVA ($71,4 \pm 44,5$ vs $45,8 \pm 24,8$, $p < 0,001$). La proportion de femmes présentant des symptômes était similaire dans les deux groupes, à l'exception de la perte de cheveux, ce qui était beaucoup plus élevé dans le groupe I (74 vs 52%).

Conclusion: symptômes de la ménopause sont plus fortement perçus par les femmes de la ville de Mexico, ce qui suggère que la culture occidentale peut être responsable.

Mots-clés: maya, urbain et la ville de Mexico, Yucatan, Maxcanu, les symptômes climatériques.

RESUMO

Antecedentes: os sintomas de deficiência de estrogênio condições que afetam a vida normal da mulher e chamado síndrome climatérico. **Objetivo:** Comparar os sintomas pós-menopausa em as mulheres na Cidade do México e uma comunidade maia no estado de Yucatán (México).

Métodos: Estudo transversal comparou dois grupos de mulheres: peri e pós-menopausa precoce. Grupo I: falantes de espanhol da Cidade do México e Grupo II: maia de língua estado de Yucatán. 22 sintomas climatéricos foram avaliados com uma escala visual analógica e SUMEVA índice. Para a análise estatística foi utilizado t de Student e χ^2 .

Resultados: 105 mulheres foram estudados, 50 da Cidade do México e Maxcanu 55, Yucatan. Comparando-se os grupos não diferiram em idade ($52,5 \pm 6,5$ vs $53,7 \pm 6,2$ para o grupo I e II, respectivamente). O índice de massa corporal foi significativamente menor no grupo I ($29,7 \pm 5,0$ vs $34,0 \pm 6,0$, $p < 0,001$). No grupo I, em 15 dos 22 sintomas avaliados foram significativamente mais intensa, como é o índice SUMEVA ($71,4 \pm 44,5$ vs $45,8 \pm 24,8$, $p < 0,001$). A proporção de mulheres com sintomas foi similar em ambos os grupos, com exceção da perda de cabelo, que era muito maior no grupo I (74 vs 52%).

Conclusão: sintomas pós-menopausa foram percebidos mais fortemente pelas mulheres da Cidade do México, o que sugere que a cultura ocidental pode ser responsável.

Palavras-chave: maya, urbano, e Cidade do México, Yucatán, Maxcanu, os sintomas do climaterio.

La menopausia es la ausencia de menstruaciones debida a la pérdida de la actividad ovárica que se identifica después de 12 meses de amenorrea. La deficiencia estrogénica condiciona síntomas que afectan la vida normal de la mujer: síndrome climatérico. Para fines académicos, la perimenopausia es el intervalo que va de dos a ocho años previos a la menopausia hasta un año después, y la posmenopausia el que va desde la menopausia hasta los 60 años de edad.¹

Los síntomas climatéricos comprenden tres subgrupos: somáticos, psicológicos y urogenitales. Se considera que 80% de las mujeres los padece en un grado variable;² sin

embargo, dependiendo de las culturas, la frecuencia de manifestación de los síntomas es diferente.³

En etnias mayences se han realizado diversos estudios, uno de ellos en mujeres mayas de Chichimilá (Yucatán, México) que mostró que las pre y posmenopáusicas no los experimentaban;⁴ sin embargo, otro grupo que evaluó una muestra mayor de mujeres mayas de los poblados de Seye y Cuzama, reportó que en ambos pueblos las sudoraciones coexistieron en 35% y los bochornos en 31%.⁵ Otro estudio realizado en mujeres de otra etnia mayence de tres comunidades montañosas de Guatemala (Nahualá, Santiago Atitlán y San Pedro la Laguna) reportó que 75% de las mujeres tuvieron bochornos.⁶

En virtud de la disparidad de estos reportes, el objetivo de este estudio fue comparar los síntomas climatéricos entre mujeres de la Ciudad de México con las de una comunidad rural maya en Maxcanú, Yucatán.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio clínico transversal que comparó dos grupos de mujeres perimenopáusicas y en la posmenopausia temprana. El Grupo I se integró con población de la consulta externa del Hospital de Ginecología y Obstetricia Luis Castelazo Ayala del Instituto Mexicano del Seguro Social (Ciudad de México, localizada a 2,240 metros sobre el nivel del mar, $19^{\circ}29'52$ N, $99^{\circ}07'37$ W, con clima templado lluvioso y población aproximada de 21,200,000 habitantes) y el Grupo II por la población del Hospital Rural 63 en Maxcanú, Yucatán, México localizada a 13.0 metros sobre el nivel del mar, $20^{\circ}23'43$ N, $89^{\circ}32'02$ W, a 65 km al Oeste de la

* Coordinador del servicio de Medicina Reproductiva, Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Ginecología y Obstetricia Luis Castelazo Ayala. Instituto Mexicano del Seguro Social. México DF.

** Ex-residente de cuarto año de la especialidad de Ginecología y Obstetricia. Hospital de Ginecología y Obstetricia Luis Castelazo Ayala. Instituto Mexicano del Seguro Social. México DF.

*** Médico ginecoobstetra, Hospital Rural 63, IMSS-Oportunidades, Maxcanú, Yucatán.

**** Enfermera en el Hospital Rural 63, IMSS-Oportunidades, Maxcanú, Yucatán.

Correspondencia: Dr. Sebastián Carranza Lira, Puente de piedra 150-422 Torre I, México 14050 DF. Correo electrónico: scarranzal@mexis.com

Recibido: julio 2012. Aceptado: septiembre 2012.

Este artículo debe citarse como: Carranza-Lira S, Quiroz González BN, Alfaro Godínez HC, May Can AM. Comparación de los síntomas del climaterio entre mujeres de la Ciudad de México y mujeres de una comunidad maya del estado de Yucatán. Ginecol Obstet Mex 2012;80(80):644-649.

ciudad de Mérida, con clima cálido semi-seco y población aproximada de 12,621 habitantes.

De todas las participantes se obtuvieron datos de: edad (años), estado civil, escolaridad, ocupación y enfermedades crónicas. Se midieron el peso (kg) y la talla (m) y se calculó el índice de masa corporal (IMC: peso en kg/talla en m²).

En todas las participantes en el estudio se evaluaron 23 síntomas climatéricos: palpitaciones, tensión, nerviosismo, exaltación, dificultad para concentrarse, ataques de pánico, mareos o debilidad, presión en la cabeza o cuerpo, entumecimiento, temblor, dolor muscular o articular, pérdida de la sensibilidad en las manos y pies, dificultad para respirar, bochornos y sudoración nocturna, pérdida de interés en el sexo, sequedad vaginal, dispareunia, pérdida involuntaria de orina, incremento de peso, caída del cabello, aumento del vello corporal, pérdida de la memoria y cefalea.

A todas las participantes se les pidió que marcaran dónde consideraban que estaba la intensidad de cada síntoma. Al final, las calificaciones de los síntomas se sumaron y se obtuvo el índice SUMEVA, previamente validado.⁷ La escala visual análoga (EVA) la aplicó el mismo médico en ambas poblaciones y con la ayuda de una enfermera bilingüe, para la traducción de y al maya, en la población de Yucatán. En cada grupo se determinó la frecuencia de cada síntoma.

El tamaño de muestra se calculó con el programa EPI-INFO 6 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA, USA), con un intervalo de confianza de 99.9%, con una potencia de 90%, una relación 1:1, con una frecuencia esperada en el grupo urbano de 85% y en el grupo maya de 40%; cada grupo se integró con 50 pacientes.

Los datos se analizaron con el programa SPSS para Windows, versión 8 (SPSS, Chicago, IL, USA). Se utilizó estadística descriptiva y la comparación entre los grupos se efectuó con la prueba t de Student para las variables continuas (edad, peso, talla, IMC, valores de la EVA e índice SUMEVA) y para las discontinuas (estado civil, escolaridad, ocupación, enfermedades crónicas y frecuencia de síntomas) con χ^2 . El valor de $p < 0.05$ se consideró estadísticamente significativo.

El estudio fue aprobado por el comité de investigación del Hospital de Ginecología y Obstetricia Luis Castelazo Ayala. Las pacientes otorgaron su consentimiento verbal para participar.

RESULTADOS

Se estudiaron 105 mujeres: 50 de la Ciudad de México y 55 de Maxcanú. Cuando se compararon los grupos no hubo diferencias ni en edad (52.5 ± 6.5 vs 53.7 ± 6.2 años, respectivamente para el grupo I y II) ni en el peso (70.0 ± 12.2 y 73.5 ± 11.3 kg). La talla fue significativamente menor en el grupo de Yucatán (1.53 ± 0.07 m vs 1.47 ± 0.05 m, $p < 0.001$) y el IMC también fue significativamente mayor en este grupo (29.7 ± 5.0 vs 34.0 ± 6.0 , $p < 0.001$).

Al analizar la escolaridad, sólo las de la Ciudad de México tuvieron estudios técnicos y universitarios ($p < 0.001$) (Cuadro 1) y las que eran empleadas también predominaron en este grupo ($p < 0.008$). (Cuadro 2)

Cuadro 1. Escolaridad por grupo.

Analfabeta	0(0)	8 (14.5)
Primaria	9 (18)	38 (69.1)
Secundaria	12 (24)	7(12.7)
Preparatoria	9 (18)	2 (3.6)
Técnica	7(14)	0(0)
Universitaria	13 (26)	0(0)

Grupo I: Ciudad de México, Grupo II: Maxcanú, Yucatán. Los resultados se expresan en *n* y (%).

Cuadro 2. Actividad por grupo.

Hogar	26 (52.0)	44 (80)
Empleada	23 (46.0)	11 (20)
Profesionista	1 (2.0)	0 (0)

Grupo I: Ciudad de México, Grupo II: Maxcanú, Yucatán. Los resultados se expresan en *n* y (%).

Por lo que se refiere al estado civil hubo mayor número de mujeres casadas en el grupo de Maxcanú ($p < 0.009$), (Cuadro 3) y en ambos grupos la enfermedad crónica más frecuente fue la diabetes mellitus. (Cuadro 4)

Cuando los síntomas se evaluaron con la escala visual análoga (EVA) se encontró que las palpitaciones, la tensión o el nerviosismo, la dificultad para conciliar el sueño, el mareo y la debilidad, la presión en la cabeza o cuerpo, el entumecimiento o temblor del cuerpo, el dolor muscular o articular, la pérdida de la sensibilidad en las manos y los pies, la pérdida del interés en el sexo, la sequedad vaginal, el incremento de peso, la caída del cabello, la pérdida de la memoria y la cefalea fueron mayores en el grupo de

Cuadro 3. Estado civil por grupo

Soltera	4 (8.0)	0(0)
Unión libre	5(10.0)	0(0)
Casada	33 (66.0)	48 (87.3)
Divorciada	1 (2.0)	2 (3.6)
Viuda	6 (12.0)	5(9.1)

Grupo I: Ciudad de México, Grupo II: Maxcanú, Yucatán. Los resultados se expresan en *n* y (%).

Cuadro 4. Prevalencia de enfermedades crónicas

Sana	28 (56.0)	31 (56.4)
Diabetes mellitus	5 (10.0)	6 (10.9)
Hipertensión arterial sistémica	6 (12.0)	6(10.9)
Diabetes mellitus más hipertensión arterial sistémica	5 (10.0)	7(12.7)
Dislipidemia	1 (2.0)	1 (1.8)
Otra	5 (10.0)	4 (7.3)

Grupo I: Ciudad de México, Grupo II: Maxcanú, Yucatán. Los resultados se expresan en *n* y (%).

la Ciudad de México, en los otros síntomas evaluados no hubo diferencias (Cuadro 5). El índice SUMEVA fue mayor en el grupo de la Ciudad de México (71.4 ± 44.5 vs 45.8 ± 24.8 , $p < 0.001$).

La proporción de mujeres con síntomas no difirió entre las poblaciones, excepto en la caída de cabello, que fue más frecuente en el grupo de la Ciudad de México (74 vs 52.7%, $p < 0.03$). (Cuadro 6)

DISCUSIÓN

En algunos padecimientos los síntomas asociados dependen de la etnia;⁸ sin embargo, algunos estudios de síntomas climatéricos efectuados en mujeres mayas mostraron resultados diferentes.³⁻⁶

Las explicaciones para estas diferencias han sido diversas; una de ellas es la diferencia idiomática entre el entrevistador y el encuestado, suponiendo que hubo errores en la interpretación o traducción de la lengua maya, pero esto es poco probable ya que existen en esta lengua las palabras “Kupul ik” y “K’ilkab” para referirse a los bochornos.⁹

Otra razón para explicar la diferencia entre los estudios puede ser la distancia a la capital del estado, que es el sitio más occidentalizado; en el estudio de Martín y su

Cuadro 5. Otros síntomas evaluados

	I	II	p
Tengo palpitaciones	3.0 ± 3.1	1.7 ± 1.7	0.001
Me siento con tensión o nerviosismo	3.5 ± 3.0	2.2 ± 2.0	0.01
Me cuesta trabajo conciliar el sueño	3.6 ± 3.4	2.6 ± 2.2	0.07
Me exalto con facilidad	3.3 ± 3.2	2.5 ± 2.2	0.15
Tengo dificultad para concentrarme	3.2 ± 3.1	2.5 ± 2.1	0.15
Me dan ataques de pánico	2.2 ± 3.1	1.6 ± 2.0	0.19
Siento mareos o debilidad	3.9 ± 3.3	2.0 ± 2.0	0.001
Siento presión en cabeza o cuerpo	3.2 ± 3.3	1.9 ± 2.0	0.02
Se me entumece o siento temblor en el cuerpo	3.2 ± 3.2	1.7 ± 2.0	0.004
Tengo dolor muscular o articular	4.8 ± 3.2	2.7 ± 2.4	0.0002
Siento pérdida de la sensibilidad en manos y pies	2.7 ± 3.0	1.6 ± 2.0	0.02
Tengo dificultad para respirar	1.8 ± 2.9	1.6 ± 2.0	0.65
Tengo bochornos y sudoración nocturna	3.9 ± 3.5	3.2 ± 2.3	0.64
He perdido interés en el sexo	4.4 ± 3.9	2.5 ± 2.5	0.05
Tengo sequedad vaginal	3.6 ± 3.7	2.1 ± 2.3	0.01
Siento dolor al tener relaciones sexuales	3.5 ± 3.7	2.4 ± 2.3	0.07
Tengo pérdida involuntaria de orina	2.6 ± 3.0	1.9 ± 2.0	0.14
He aumentado de peso	4.2 ± 3.4	2.3 ± 2.2	0.001
Se me cae el cabello	3.3 ± 3.1	1.7 ± 2.1	0.002
Me ha aumentado el vello en el cuerpo	1.2 ± 2.1	1.1 ± 1.6	0.93
Tengo pérdida de la memoria	2.9 ± 2.8	1.6 ± 1.7	0.008
Me duele la cabeza	3.9 ± 3.5	2.2 ± 2.4	0.005

Grupo: I: Ciudad de México, Grupo II: Maxcanú, Yucatán
Los resultados expresan media $\pm$ desviación estándar.

grupo las mujeres mayas pre y posmenopáusicas de Chichimilá, Yucatán, situada a 179 km al oeste de la ciudad de Mérida no tuvieron bochornos,⁴ mientras que Canto-Cetina y sus coautores, que evaluaron dos poblaciones mayas, una de Seye y otra de Cuzama, a 20 y 26 km, respectivamente, al este de la ciudad de Mérida, reportaron que las sudoraciones y los bochornos coexistieron en 35 y 31%, respectivamente.⁵ En el estudio realizado en Maxcanú (65 km de la ciudad de Mérida) coexistieron en 83.6%, y en otro estudio efectuado en una comunidad zapoteca de Oaxaca, a 142 km de la capital del estado, (1,230 metros sobre el nivel del mar, 3100 habitantes), la frecuencia de bochornos fue de 45.5% (datos no publicados), menor de lo que fue en Maxcanú. Lo que no apoyaría en su totalidad el efecto de la distancia al sitio más occidentalizado.

Cuadro 6. Frecuencia de pacientes con síntomas por grupo

	I	II	p
Tengo palpitaciones	35 (70)	41 (74.5)	0.665
Me siento con tensión o nerviosismo	40 (80)	42 (76.4)	0.814
Me cuesta trabajo conciliar el sueño	36 (72)	44 (80.0)	0.367
Me exalto con facilidad	38 (76)	42 (76.4)	0.573
Tengo dificultad para concentrarme	39 (78)	41 (74.5)	0.819
Me dan ataques de pánico	25 (50)	30 (54.5)	0.698
Siento mareos o debilidad	39 (78)	34 (61.8)	0.09
Siento presión en cabeza o cuerpo	34 (68)	33 (60.0)	0.423
Se me entumece o siento temblor en el cuerpo	34 (68)	32 (58.2)	0.319
Tengo dolor muscular o articular	43 (86)	40 (72.7)	0.15
Siento pérdida de la sensibilidad en manos y pies	32 (64)	29 (52.7)	0.322
Tengo dificultad para respirar	19 (38)	29 (52.7)	0.17
Tengo bochornos y sudoración nocturna	35 (70)	46 (83.6)	0.08
He perdido interés en el sexo	37 (74)	38 (69.1)	0.516
Tengo sequedad vaginal	35 (70)	38 (63.6)	0.54
Siento dolor al tener relaciones sexuales	32 (64)	36 (65.5)	0.519
Tengo pérdida involuntaria de orina	28 (56)	33 (60.0)	0.697
He aumentado de peso	40 (80)	37 (67.3)	0.186
Se me cae el cabello	37 (74)	29 (52.7)	0.03
Me ha aumentado el vello en el cuerpo	18 (36)	26 (47.3)	0.322
Tengo pérdida de la memoria	38 (76)	36 (65.5)	0.287
Me duele la cabeza	39 (78)	39 (70.9)	0.504

También se ha planteado a la altura sobre el nivel del mar como otra posibilidad para explicar las diferencias, porque a mayor altitud la frecuencia de mujeres con síntomas del climaterio intensos es mayor, como lo mostró un estudio que comparó la población Zenú de San Andrés Sotavento en Colombia (100 metros sobre el nivel del mar), con diversas poblaciones peruanas entre 3,453 y 3,942 metros sobre el nivel del mar, en las que coexistieron los síntomas en 21.4 y 84%, respectivamente.¹⁰ Esto puede estar relacionado con lo reportado previamente de que la calidad de vida disminuye en la población que vive a más de 2,000 metros sobre el nivel del mar¹¹ en relación con concentraciones más bajas de estradiol¹² lo que concuerda con otro estudio de las tierras altas de Guatemala (Nahualá, Santiago Atitlán y San Pedro la Laguna) que reportaron una frecuencia de bochornos de 75%⁶ y con otro realizado en mujeres zapotecas y de la Ciudad de México en el que la

frecuencia de bochornos fue mayor en el grupo que vivía a mayor altitud (45.5 vs 72.4%). (Datos no publicados)

En la etnia boliviana mima, de Santa Ana del Yacuma (145 metros sobre el nivel del mar), también se evaluó a un grupo de mujeres en donde 45% tuvieron bochornos,¹³ semejante a lo encontrado en mujeres zapotecas,¹⁴ pero menor a lo reportado en las mujeres de maxcanú y de la Ciudad de México.

En nuestro estudio encontramos que la frecuencia de síntomas fue similar entre las mujeres de maxcanú y las de la Ciudad de México, sin tener relación con la altitud donde habitan.

En relación con la intensidad, los resultados de los estudios también son variables porque la población rural tiene menos síntomas intensos que las mujeres de las ciudades de mayor tamaño, aunque en el estudio de Ojeda y su grupo las dos poblaciones estudiadas tuvieron síntomas intensos.¹⁰

La altitud se ha asociado con la diversidad de la intensidad de los síntomas, mayores a mayor altitud, como se reportó en poblaciones peruanas,¹⁰ de la Ciudad de México¹⁴ y de las tierras altas de Guatemala.⁶

Entre las mujeres mayas de Maxcanú y las de la Ciudad de México no hubo diferencias en frecuencia de presentación, pero sí las hubo en la intensidad; fueron más intensos 15 de los 22 síntomas evaluados en el grupo de la Ciudad de México, y en el índice SUMEVA, (71.4 ± 44.5), todo esto quizá relacionado con diversos factores: mayor exposición a la cultura occidental y vivir a mayor altitud. Al comparar este índice en el grupo maya con el mismo de un grupo zapoteca de otro estudio, se encontró que fueron similares (45.8 ± 24.8 vs 42.3 ± 31.2),¹⁰ lo que permite apoyar que la intensidad depende más de la influencia de la cultura occidental que de vivir a gran altitud.

Como ha sido subrayado por otros investigadores, no es posible determinar cuál es el factor involucrado en la diferente percepción de los síntomas por las diferentes etnias, que puede ser la cultura, las características demográficas, la dieta, etc.¹⁵

CONCLUSIONES

Con base en los resultados obtenidos en este estudio, el factor más importante para la percepción más intensa de los síntomas climatéricos es la proximidad a una población con mayor influencia occidental.

REFERENCIAS

1. Carranza-Lira S. Cuadro clínico y diagnóstico. En: Carranza LS, ed. *Atención integral del climaterio*. 2ª ed. México: Masson Doyma, 2003;39-49.
2. Carranza-Lira S. Actualidades en terapia hormonal durante el climaterio. *Introducción*. México: Universum, 2008;1-28.
3. Beyene Y. Cultural significance and physiological manifestations of menopause. A biocultural analysis. *Cult Med Psychiatry* 1986;10(1):47-71.
4. Martin MC, Block JE, Sanchez SD, Arnaud CD, Beyene Y. Menopause without symptoms: The endocrinology of menopause among rural Mayan Indians. *Am J Obstet Gynecol* 1993;168(6 Pt 1): 1839-1845.
5. Canto-de-Cetina TE, Canto-Cetina P, Polanco-Reyes L. Encuesta de síntomas de climaterio en áreas semirurales de Yucatán. [Survey of climacteric symptoms in semi-rural areas of Yucatan] *Rev Invest Clin* 1998;50(2):133-135.
6. Stewart DE. Menopause in highland Guatemala Mayan women. *Maturitas* 2003;44(4):293-297.
7. Carranza-Lira S, Reyes Razo BP, Chan Verdugo R. SUMEVA, a new system of climacteric symptom evaluation, and its correlation with FSH and estradiol levels. *Int J Fertil Womens Med* 2006;51(3):140-144.
8. Simpkins JW, Brown K, Bae S, Ratka A. Role of ethnicity in the expression of features of hot flushes. *Maturitas* 2009;63(4):341-346.
9. Barrera Vásquez A. *Diccionario maya: maya-español, español-maya*. En: Alfredo Barrera Vásquez. 4a ed. México: Porrúa, 2001.
10. Ojeda E, Monterrosa A, Blümel JE, Escobar-López J, Chedraui P. Severe menopausal symptoms in mid-aged Latin American women can be related to their indigenous ethnic component. *Climacteric* 2011;14(1):157-163.
11. Chedraui P, Blümel JE, Baron G, Belzares E, Bencosme A, Calle A, et al. Impaired quality of life among middle aged women: A multicentre Latin American study. *Maturitas* 2008;61(4):323-329.
12. González GF, Villena A. Low pulse oxygen saturation in post-menopausal women at high altitude is related to a high serum testosterone/estradiol ratio. *Int J Gynaecol Obstet* 2000;71(2): 147-154.
13. Castelo-Branco C, Palacios S, Mostajo D, Tobar C, von Helde S. Menopausal transition in Movima women, a Bolivian native-American. *Maturitas* 2005;51(4):380-385.
14. Carranza-Lira S, Flores-Miranda MA, Gómez-Brigada I. Comparación de los síntomas del climaterio entre mujeres perimenopáusicas de la Ciudad de México y las de una comunidad zapoteca del estado de Oaxaca. *Ginecol Obstet Mex* 2010;78(2):116-120.
15. Freeman EW, Sherif K. Prevalence of hot flushes and night sweats around the world: a systematic review. *Climacteric* 2007;10(3):197-214.



Oclusión intestinal por torsión incompleta de íleon proximal post histerectomía laparoscópica. Un caso clínico

José Alfredo López Rangel,* Jorge Audifred Salomón,* Heidy Ortiz Reyes,* Pablo Joaquín Cervantes Mondragón**

RESUMEN

En los últimos años la cirugía de mínima invasión se ha hecho más frecuente en el tratamiento de ciertas enfermedades ginecológicas. A pesar de sus ventajas sobre la técnica abierta, la cirugía laparoscópica tiene complicaciones. Se reporta un caso de oclusión intestinal por torsión incompleta de íleon proximal debida a la formación de adherencias diez días después de la histerectomía total laparoscópica, sin complicaciones aparentes. La oclusión parcial del intestino delgado es una complicación poco frecuente asociada con la cirugía laparoscópica ginecológica y con incidencia de 0.036% en el mes posterior al procedimiento quirúrgico. Una adecuada técnica quirúrgica limpia, con mínima manipulación de órganos internos, disminuye el riesgo de formación de adherencias y de oclusión parcial del intestino delgado.

Palabras clave: histerectomía total laparoscópica, oclusión parcial del intestino delgado, fenómeno adherencial.

ABSTRACT

A minimally invasive approach for gynecologic procedures has become popular in recent years. Despite the advantages of this kind of surgery over open technique, laparoscopic hysterectomy is not free of complications. A case of small bowel obstruction secondary to incomplete torsion of proximal ileum ten days after an uneventful total laparoscopic hysterectomy is reported. Partial small bowel obstruction (PSBO) is a rare complication after gynecologic laparoscopy; its post-operative incidence is 0.036% within a month after. A clean, adequate surgical technique, with minimal manipulation of internal organs, reduces the risk of adhesive process and PSBO.

Keywords: total laparoscopic hysterectomy, partial small bowel obstruction, adhesive process.

RÉSUMÉ

Ces dernières années, la chirurgie mini-invasive est devenue plus courante dans le traitement des maladies gynécologiques. En dépit de ses avantages par rapport à la chirurgie ouverte, la chirurgie laparoscopique a des complications. Nous rapportons un cas d'obstruction incomplète iléon torsion intestinale proximale due à des adhérences dix jours après hystérectomie totale laparoscopique sans complications apparentes. Occlusion partielle de l'intestin grêle est une complication rare associée à la chirurgie gynécologique par laparoscopie et l'incidence de 0,036% dans le mois suivant la chirurgie. Adéquation technique chirurgicale propre, avec un minimum de manipulation des organes internes, réduit le risque d'adhérences et l'obstruction intestinale partielle.

Mots-clés: laparoscopique hystérectomie totale, partielle obstruction de l'intestin grêle, phénomène adhérences.

RESUMO

Nos últimos anos, a cirurgia minimamente invasiva passou a ser mais comum no tratamento de doenças ginecológicas. Apesar de suas vantagens sobre a cirurgia aberta, a cirurgia laparoscópica tem complicações. Nós relatamos um caso de torção íleo obstrução intestinal incompleta proximal devido a aderências dez dias após histerectomia total laparoscópica sem complicações aparentes. A oclusão parcial do intestino delgado é uma complicação rara associada à cirurgia laparoscópica ginecológica e incidência de 0,036% no mês após a cirurgia. Técnica limpa cirúrgico adequado, com o mínimo manuseamento dos órgãos internos, reduz o risco de aderências e obstrução intestinal parcial.

Palavras-chave: histerectomia total laparoscópica, obstrução intestinal parcial pequena, fenômeno de adesões.

En los últimos años la cirugía de mínima invasión se ha vuelto más frecuente en el tratamiento de ciertas enfermedades ginecológicas. En Estados Unidos se practican histerectomías laparoscópicas hasta 11% más que en años previos.¹ A pesar de las ventajas de la cirugía de mínima invasión sobre la técnica abierta (menor pérdida sanguínea, menor tiempo de hospitalización y de recuperación postquirúrgica, entre otras), los procedimientos laparoscópicos tienen complicaciones; en ciertos casos, es necesaria una segunda intervención quirúrgica.

Se reporta un caso de oclusión intestinal por torsión incompleta de íleon proximal debido al fenómeno adherencial, diez días después de la histerectomía total laparoscópica sin complicaciones aparentes.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 42 años, un embarazo, primípara, sin antecedentes patológicos de importancia y con diagnóstico previo de miomatosis uterina y hemorragia uterina anormal. Se le practicó histerectomía total laparoscópica; no hubo complicaciones. Reingresó al servicio de Urgencias diez días después. Refería evacuaciones diarreicas (diez al día), náuseas, vómito, meteorismo, dolor abdominal tipo cólico difuso, distensión abdominal y anorexia. Durante la exploración física mostró signos vitales estables, deshidratación de mucosas, sistema cardiopulmonar sin afectación aparente, abdomen blando, depresible, dolor a la palpación media y profunda en marco cólico, peristalsis disminuida, sin datos de irritación peritoneal al momento de su ingreso, sitios de punción laparoscópica con adecuada cicatrización sin datos de sangrado activo o infección. Durante el tacto

vaginal: cúpula íntegra, mínima secreción serosa no fétida, anexos no palpables. No se identificaron alteraciones en el resto de la exploración física. Se le internó para valoración y tratamiento.

Los estudios de laboratorio (biometría hemática, electrolitos séricos, examen general de orina y química sanguínea) al momento de su ingreso no arrojaban evidencia de enfermedad.

El primer día de internamiento mostró deterioro clínico progresivo, por lo que se solicitó interconsulta con los médicos del servicio de Cirugía General. La tomografía computada simple de abdomen mostró dilatación de las asas del intestino delgado con abundante residuo; no se observó zona de transición: el intestino grueso había disminuido en tamaño y no permitía el paso de material. Se le colocó una sonda nasogástrica y se inició la nutrición parenteral. No hubo mejoría. Durante el tránsito intestinal se identificó oclusión intestinal mecánica a nivel de íleon. Se decidió ingresarla al quirófano para realizarle una laparotomía exploradora. Se observó oclusión intestinal parcial secundaria a la torsión incompleta del íleon y dilatación de las asas proximales debida a la formación de una adherencia firme (Figuras 1 y 2). Se resecó la adherencia, se realizó distorsión de las asas intestinales y recolocación con maniobra de Noble. El procedimiento no tuvo complicaciones. La paciente evolucionó favorablemente en el postquirúrgico, con tolerancia a la vía oral y canalización de gases. La mejoría clínica fue evidente; se le dio de alta cuatro días después del procedimiento quirúrgico.

DISCUSIÓN

Se ha estudiado ampliamente la repercusión de la oclusión parcial del intestino delgado posterior a una laparotomía en la morbilidad y mortalidad y en el incremento de los costos intrahospitalarios.^{2,3} Sin embargo, no hay un estudio de la repercusión de la oclusión parcial del intestino delgado asociada con cirugía ginecológica laparoscópica.²

La incidencia de oclusión parcial del intestino delgado posterior a laparoscopia ginecológica (sin especificar tipo de procedimiento) reportada en la bibliografía es de 0.036%. Milad y colaboradores reportan que hasta 50% de estas pacientes requerirán segunda intervención quirúrgica en caso de evidencia de herniación intestinal, lesión o torsión intestinal y urinoma.^{1,2}

* Endoscopia ginecológica. Servicio de Ginecología y Obstetricia.

** Servicio de Ginecología y Obstetricia.
Hospital Médica Sur Tlalpan. México, DF.

Correspondencia: Dra. Heidy Ortiz Reyes. Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Médica Sur. Av. Puente de Piedra 150. México 14050, DF. Correo electrónico: heidyort@hotmail.co
Recibido: 25 de julio 2012. Aceptado: 26 de julio 2012.

Este artículo debe citarse como: López-Rangel JA, Audifred-Salomon J, Ortiz-Reyes H, Cervantes-Mondragón PJ. Oclusión intestinal por torsión incompleta de íleon proximal post histerectomía laparoscópica. Un caso clínico. Ginecol Obstet Mex 2012;80(10):650-653.

www.nietoeditores.com.mx

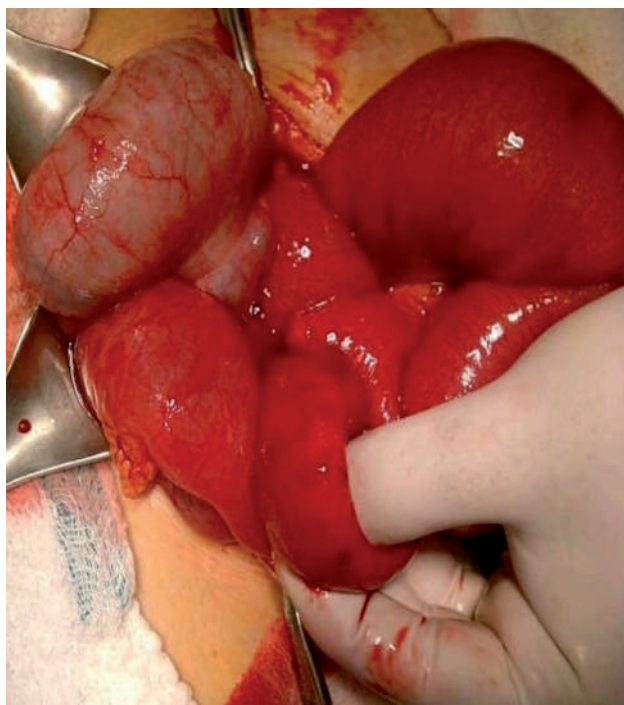


Figura 1. Adherencia firme en ileon proximal.

En Estados Unidos se estima que la oclusión parcial de intestino delgado llega a representar 20% del total de pacientes admitidas en el servicio de Urgencias. Se conoce bien la alta mortalidad que implica esta afectación.^{1,2,4} En el Reino Unido se reportaron 12,000 a 14,400 casos de oclusión intestinal en un año.⁵ La oclusión parcial del intestino delgado, con subsecuentes isquemia y estrangulación del asa intestinal, puede ser fatal si no se diagnostica y trata a tiempo.^{2,3}

La bibliografía indica que la causa más frecuente de oclusión parcial del intestino delgado es el fenómeno adherencial postquirúrgico (60-70%);⁵ más de la mitad de estos casos se asocia con cirugías ginecológicas u obstétricas previas.² La prevalencia estimada de adherencias intraabdominales posteriores a una laparotomía es de 95%. Las cirugías de colon, recto, apéndice y ginecológicas guardan la mayor relación con la oclusión parcial del intestino delgado.^{6,7} Entre las cirugías ginecológicas, la histerectomía abierta es la que guarda mayor relación con la oclusión intestinal secundaria a las adherencias.^{5,6,8} No hay datos concluyentes de la incidencia de la oclusión parcial del intestino delgado posterior a histerectomía laparoscópica.^{6,9} Al-Sunaidi y Tulandi no reportaron en su

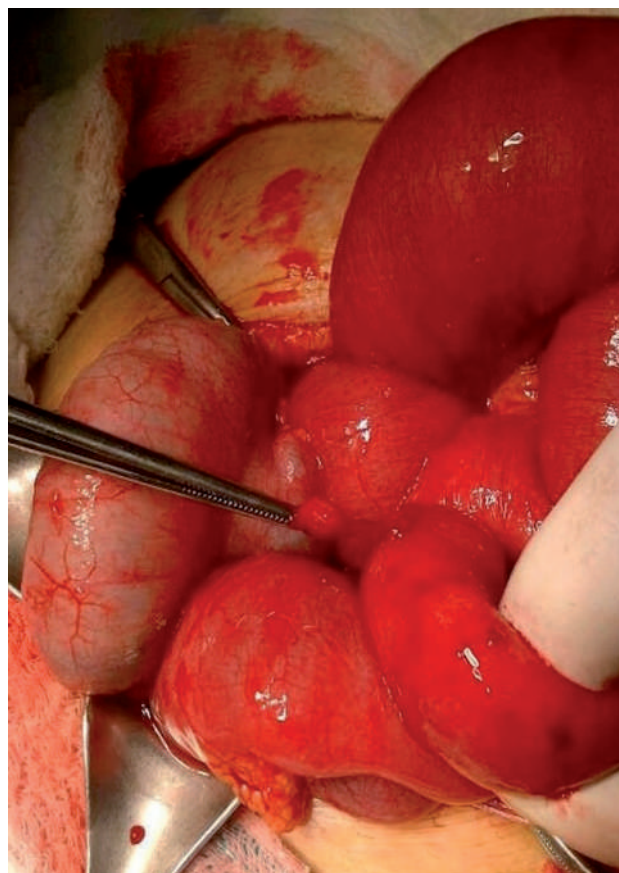


Figura 2. Zona de intestino afectada.

casuística ninguna oclusión parcial del intestino delgado posterior a histerectomía laparoscópica supracervical. Sin embargo, sus resultados se ven limitados por un número de casos reportados que no es estadísticamente significativo.⁶ De cualquier forma, es poco probable que lo reportado por Al-Sunaidi y Tulandi se relacione con histerectomía supracervical. La explicación más probable es que la cirugía laparoscópica *per se* se asocia con menor lesión peritoneal y, por consiguiente, menor riesgo de formación de adherencias comparada con la laparotomía, gracias a la mínima manipulación de los tejidos y órganos internos.¹⁰ Sin embargo, aún en caso de lograr una técnica quirúrgica adecuada con mínima manipulación tisular y de órganos, la cirugía laparoscópica ginecológica no elimina el riesgo de formación adherencial, como en el caso reportado.^{5,10,11}

Algunos autores han reportado el tratamiento expectante con reposo intestinal y sonda nasogástrica por un

máximo de cinco días. De no encontrarse mejoría clínica, se deberá realizar la segunda intervención quirúrgica, por vía laparoscópica o por laparotomía.^{2,12} Sin embargo, debe tomarse en cuenta el estado hemodinámico de la paciente. Si el deterioro es rápido y progresivo no se indica tratamiento expectante. En estos casos se deberá reintervenir quirúrgicamente.^{2,7,12}

En virtud de la alta incidencia de herniación, torsión y lesión intestinal durante las reintervenciones quirúrgicas, la tomografía computada abdominal es el estudio diagnóstico de elección.²

CONCLUSIONES

La oclusión parcial del intestino delgado es una complicación poco frecuente asociada con la cirugía laparoscópica ginecológica. Se necesitan estudios de mayor peso estadístico para valorar la frecuencia e implicaciones de la oclusión intestinal posterior a la cirugía ginecológica laparoscópica y, en particular, a la histerectomía laparoscópica.

Debe seguirse la recomendación de expertos de una adecuada técnica quirúrgica limpia, con mínima manipulación de órganos internos, para disminuir el riesgo de formación de adherencias.

Por último, los estudios de gabinete ayudan a un diagnóstico certero antes de tomar la decisión de la segunda intervención quirúrgica. Según la bibliografía acerca del tema, la tomografía computada de abdomen es el estudio de elección para apoyar el diagnóstico de oclusión parcial de intestino delgado.

REFERENCIAS

1. Donnellan Nicole M, Mansuria Suketu M. Small Bowel Obstruction Resulting from Laparoscopic Vaginal Cuff Closure with a Barbed Suture. *J Minim Invasive Gynecol* 2011;18:528-530.
2. Milad Magdy P, Escobar Julian C, Sanders W. Partial small bowel obstruction and ileus following gynecologic laparoscopy. *J Minim Invasive Gynecol* 2007;14:64-67.
3. Maglinte DDT, Kelvin FM, Rowe MG, Bender GN, Rouch DM. Small-bowel obstruction: optimizing radiologic investigation and nonsurgical management. *Radiology* 2001;218:39-46.
4. Neff M, Schmidt B. Laparoscopic treatment of a postoperative small bowel obstruction. *JLS*. 2010;1:133-136.
5. Ellis H. The clinical significance of adhesions: focus on intestinal obstruction. *Eur J Surg Suppl* 1997;577:5-9.
6. Al-Sunaidi M, Tulandi T. Adhesion-related bowel obstruction after hysterectomy for benign conditions. *Obstet Gynecol* 2006;108:1162-1166.
7. Duron Jean-Jacques, Jourdan-Da Silva N, Tezenas du Montcel S, Berger A, Muscari F, et al. Adhesive Postoperative Small Bowel Obstruction: Incidence and Risk Factors of Recurrence After Surgical Treatment. A Multicenter Prospective Study. *Ann Surg* 2006;244:750-757.
8. Al-Took S, Platt R, Tulandi T. Adhesion-related small-bowel obstruction after gynecologic operations. *Am J Obstet Gynecol* 1999;180(2 Pt 1):313-315.
9. Judd John P, Byrd Kenneth, Jiang Mark. Postoperative Readmissions Following Laparoscopic and Abdominal Hysterectomy: A Comparison. *Ochsner J*. 2007;7:114-120.
10. Robertson D, Lefebvre G, Leyland N, Wolfman W, Allaire C, et al. Adhesion prevention in gynaecological surgery. *J Obstet Gynaecol Can* 2010;32:598-608.
11. Al-Jaroudi D, Tulandi T. Adhesion prevention in gynecologic surgery. *Obstet Gynecol Surv*. 2004;59:360-367.
12. Velasco JM, Vallina VL, Bonomo SR, Hieken TJ. Postlaparoscopic small bowel obstruction: Rethinking its management. *Surg Endosc* 1998;12:1043-1045.



Miomatosis uterina y miomectomía transcervical. Reporte de diez casos

Humberto Cano López,* Humberto Eugenio Cano Aguilar,** Fabio Dorian Cano Aguilar***

RESUMEN

Antecedentes: los miomas uterinos son los tumores más frecuentes del útero, su distribución en las capas y segmentos anatómicos es muy variada. Las manifestaciones clínicas son sangrados anormales. De los tratamientos conocidos, el quirúrgico es el más realizado por miomectomía o histerectomía endoscópica o por laparotomía. La vía transvaginal se practica menos; sin embargo, es una vía adecuada y que resuelve el problema en casos seleccionados.

Objetivo: exponer un protocolo de estudio debidamente definido en pacientes con hemorragia uterina anormal. La miomectomía transcervical es un procedimiento quirúrgico sencillo, seguro y efectivo en las pacientes con miomas intracavitarios protruidos a través del canal cervical.

Material y método: reporte de caso de diez pacientes con hemorragia uterina anormal y anemia de diferentes grados, estudiadas en un periodo de dos años, siguiendo un protocolo de investigación por métodos clínicos, de gabinete y laboratorio; se llegó al diagnóstico de miomatosis uterina submucosa, con mioma único, pediculado, protruido a la vagina. El tratamiento fue con miomectomía transcervical.

Resultados: con el procedimiento quirúrgico se resolvió el problema. En las revisiones subsecuentes en la consulta externa las diez pacientes se declararon asintomáticas y sin lesiones tumorales en el útero.

Conclusión: este estudio demuestra que al protocolizar adecuadamente a las pacientes con hemorragia uterina anormal y efectuar el tratamiento quirúrgico correcto, se consiguen los objetivos deseados.

Palabras clave: mioma protruido, exploración por vía vaginal, miomectomía transcervical.

ABSTRACT

Background: Uterine fibroids are the most common tumors of the uterus, their distribution in anatomical layers and segments of it are very varied clinical manifestations are usually abnormal bleeding and known treatments, the surgery is the most accomplished, either myomectomy or hysterectomy by both endoscopy and laparotomy, transvaginal approach is less common, but consider it a right way and solving the problem in selected cases.

Objective: To present a well-defined study protocol in patients with abnormal uterine bleeding, and myomectomy as a surgical transcervical simple, safe and effective in patients with intracavitary myoma protruded through the cervical canal.

Material and methods: ten patients are presented with abnormal uterine bleeding and anemia of various degrees, studied over a period of two years, following a research protocol for clinical methods, cabinet and laboratory diagnosis was submucosal fibroids with single fibroid, pedunculated protruding a vagina, treatment was performed transcervical myomectomy.

Results: The surgical procedure was obtained by solving the problem, having found the ten patients in the subsequent revisions in the outpatient, asymptomatic and without tumor lesions in the uterus.

Conclusions: This study shows that performing a notarization in patients with abnormal uterine bleeding and making appropriate surgical treatment, achieves the desired objectives.

Key words: Myoma bulging, vaginal examination, transcervical myomectomy.

RÉSUMÉ

Antécédents: Les fibromes utérins sont les tumeurs les plus fréquentes de l'utérus, de sa répartition dans les couches anatomiques et des segments est varié. Les manifestations cliniques sont des saignements anormaux. Parmi les traitements connus, est la myomectomie chirurgicale la plus fréquemment réalisée ou hystérectomie pour endoscopique ou par laparotomie. L'approche transvaginale est pratiquée moins, mais c'est un outil utile et qui permet de résoudre le problème dans certains cas.

Objectif: exposer un protocole d'étude bien définis chez les patients présentant des saignements utérins anormaux. La myomectomie est une intervention chirurgicale transcervicale simple, sûr et efficace chez les patients présentant des fibromes endocavitaires saillie dans le canal cervical.

Méthodes: étude de cas de dix patients souffrant de saignements utérins anormaux et l'anémie à des degrés divers, étudiés sur une période de deux ans, suite à un protocole de recherche pour des méthodes cliniques, du cabinet et le diagnostic en laboratoire était de fibromes sous-muqueux avec fibrome unique, pédonculées, en saillie dans le vagin. Le traitement a été avec la myomectomie transcervicale.

Résultats: Avec l'intervention chirurgicale qui a résolu le problème. Dans les versions ultérieures de la consultation externe a plaidé dix patients asymptomatiques sans lésions tumorales dans l'utérus.

Conclusion: Cette étude montre que de bien formaliser les patients souffrant de saignements utérins anormaux et de faire le bon traitement chirurgical, les objectifs visés sont atteints.

Mots-clés: myome en saillie, l'examen vaginal, la myomectomie transcervicale.

RESUMO

Antecedentes: miomas uterinos são os tumores mais comuns do útero, a sua distribuição em camadas anatômicas e segmentos é variada. As manifestações clínicas são sangramento anormal. Dos tratamentos conhecidos, é a miomectomia cirúrgico mais realizado ou histerectomia para endoscópica ou laparotomia. A abordagem transvaginal é praticado menos, mas é uma útil e que resolve o problema, em casos seleccionados.

Objetivo: expor um protocolo de estudo adequadamente definidos em pacientes com sangramento uterino anormal. Miomectomia é um procedimento cirúrgico transcervical simples, seguro e eficaz em pacientes com miomas intracavitários salientes através do canal cervical.

Métodos: Relato de caso de 10 pacientes com sangramento uterino anormal e anemia de graus variados, estudados ao longo de um período de dois anos, na sequência de um protocolo de pesquisa para os métodos clínicos, gabinete e diagnóstico laboratorial foi de miomas submucosos com mioma único, pedunculados, projetando-se na vagina. O tratamento foi feito com miomectomia transcervical.

Resultados: Com o procedimento cirúrgico que resolveu o problema. Em versões subsequentes do ambulatório pediu 10 pacientes assintomáticos e sem lesões tumorais no útero.

Conclusão: Este estudo mostra que, para formalizar adequadamente os pacientes com sangramento uterino anormal e fazer o tratamento adequado cirúrgico, os objetivos desejados sejam alcançados.

Palavras-chave: mioma se projetavam, exame vaginal, a miomectomia transcervical.

La miomatosis uterina es la forma más común de las neoplasias benignas del útero. Sus localizaciones son ampliamente conocidas en las diferentes capas de este órgano: subserosas, intramurales y submucosas, así como su variada distribución por el mismo: cuerpo, istmo o cuello uterino, aunque esta última localización, en forma específica, se ve con menor frecuencia. En cuanto a su número y tamaño pueden ser desde lesión única o múltiples y ser, a sí mismo, de pequeños, medianos y grandes elementos. Desde el punto de vista de su implantación son sésiles o pediculados. El origen de los miomas aún es incierto, aunque se han propuesto varias teorías,¹ de las que dos son las más reconocidas. La primera es la teoría embrionaria,

que sustenta que estas neoformaciones provienen de pequeños restos de células embrionarias dentro del propio músculo uterino. La segunda apoya su origen a través de la capa muscular de los vasos sanguíneos del útero. En la actualidad se sabe con exactitud que estas neoplasias se originan de una célula muscular simple (monoclonales);² todas tienen la misma variación electroforética idéntica y característica de la deshidrogenasa 6 fosfato. También se sabe de su dependencia hormonal no sólo para los estrógenos, como se pensaba inicialmente, sino también para la progesterona, cuya participación se ha reconocido cada vez con más importancia, y la de otras hormonas, como la insulina, hormona del crecimiento y la prolactina.³ Se sabe también de la influencia en la aparición de estos tumores de sustancias de actividad inmunológica, como las citocinas y de algunos otros factores angiogénicos. En los últimos años se ha documentado con precisión que los miomas no son neoplasias exclusivas del útero, sino que pueden originarse de igual forma en otros órganos o estructuras pélvicas, como por ejemplo los ureteros, la uretra⁴ e, incluso, en los tejidos que constituyen la región vulvar.⁵ También se ha observado que en la mayoría de los casos de pacientes con miomatosis uterina las localizaciones son intramurales y, en número mayor de uno, así como de un volumen que caen en la denominación de pequeños o medianos elementos. Las localizaciones submucosas son también frecuentes, aunque menos que las anteriores y habitualmente no llegan a ser tan voluminosas.⁶ Las

* Médico ginecoobstetra, Director de la V Región de la FEME-COG.

** Médico ginecoobstetra egresado del Hospital docente Ramón González Coro, La Habana, Cuba.

*** Médico ginecoobstetra egresado del Hospital de Gineco-Obstetricia Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse, Santiago de Chile.

Correspondencia: Dr. Humberto Cano López. Allende 57-108. Irapuato 36500 Guanajuato. Teléfono: (462) 626-6612. Recibido: agosto 2011. Aceptado: septiembre 2012.

Este artículo debe citarse como: Cano-López H, Cano-Aguilar HE, Cano-Aguilar FD. Miomatosis uterina y miomectomía transcervical. Reporte de diez casos. Ginecol Obstet Mex 2012;80(10):654-658.

formaciones neoplásicas intramurales y submucosas son las que mayor sangrado producen. Las primeras por agrandamiento del útero y, por ende, de la cavidad uterina. En consecuencia, tienen mayor superficie de sangrado y las segundas por la rotura de vasos sanguíneos a nivel de su implantación⁷ y por la imposibilidad del propio músculo uterino de poderse contraer con firmeza y en forma sostenida. Esto por lo intracavitario del tumor que, cuando experimenta un crecimiento determinado, genera una reacción de cuerpo extraño y desencadena contracciones uterinas similares a las del trabajo de parto. En ocasiones se expulsan parcial o totalmente de la masa miomatosa a través del canal cervical.

Las pacientes con esta variedad de localización submucosa y protruyentes presentan cuadros muy típicos caracterizados por hemorragia importante durante varios días, a veces coincide con el periodo menstrual y, en ocasiones, en forma continua. La respuesta a la medicación oxitócica u hormonal es pobre, la repercusión en el estado general puede ser muy aguda debido, principalmente, al importante cuadro de anemia, que es muy común encontrar en este tipo de pacientes.

Es precisamente acerca de esta variedad de miomatosis uterina a la que se refiere esta investigación. Se trata de casos clínicos de pacientes con miomas protruidos a la vagina, resueltos con miomectomía transcervical.

MATERIAL Y MÉTODO

Se reportan los casos clínicos de 10 pacientes atendidas entre enero del año 2009 a enero de 2011 en el Centro de Especialidades Médicas Santa Teresa de la ciudad de Irapuato, Gto. Todas tenían hemorragia uterina anormal, que fue el motivo de la consulta inicial y que se estudiaron siguiendo un patrón de conducta que consistió en los siguientes puntos: *a)* historia clínica completa, *b)* estudios de gabinete (ultrasonografía pélvica abdominal y endovaginal), *c)* exámenes de laboratorio generales (biometría hemática completa, grupo sanguíneo y Rh, tiempo de protrombina y química sanguínea de seis elementos y examen general de orina), *d)* histerosonografía e histeroscopia diagnóstica de consultorio y *e)* biopsia de endometrio; estos tres últimos puntos se tomaron cuando el cuadro clínico de cada caso así lo permitió.

Cada caso fue diferente en edad, estado civil y cantidad de hijos (Cuadro 1), pero muy similar en el aspecto

Cuadro 1. Antecedentes de las diez pacientes estudiadas

<i>Características</i>	<i>Número de pacientes</i>
<i>Edad:</i>	
40 a 51 años	7
35 y 38 años	2
22 años	1
<i>Vida sexual activa y número de gestaciones:</i>	
De 2 a 4 gestaciones	4
Nuligestas pero con vida sexual activa	3
Sin vida sexual activa	3

clínico: hemorragia uterina anormal importante, síntomas y signos francos de anemia descompensada (Cuadro 2). De las diez pacientes estudiadas cuatro eran casadas, con edad entre 40 y 50 años con dos a cuatro hijos. Tres más eran solteras, con vida sexual activa pero nuligestas con edad entre 38 y 50 años. Las últimas tres sin haber iniciado aún vida sexual activa con límites de edad de 22 y 51 años, respectivamente. En todas las pacientes se encontró, a la exploración con espéculo bivalvo vaginal, una masa protruyente a través del canal cervical que, en ocho pacientes, era parcialmente reductible y sólo en dos no lo fue. El tamaño de la neoplasia también fue variable; sin embargo, en ocho de ellas era de aproximadamente 6 cm de diámetro y sólo en dos fue de 10 cm. A todas las pacientes se les practicó un ultrasonograma pélvico, abdominal y vaginal. La histerosonografía e histeroscopia diagnóstica de consultorio se practicó en las ocho pacientes que tenían la

Cuadro 2. Datos clínicos y de laboratorio

<i>Características</i>	<i>n</i>
Hemorragia uterina anormal	10
Anemia clínica y por laboratorio	10
De 9 a 10 g/dL de Hb	3
De 7 a 8 g/dL de Hb	5
6 g/dL de Hb	2

masa miomatosa protruyente, parcialmente reductible. Los estudios pusieron de manifiesto la tumoración única intracavitaria, que era lo que se pretendía corroborar con estos procedimientos diagnósticos. A las pacientes se les tomó biopsia endometrial, todas con resultado histopatológico negativo para células malignas. En las dos pacientes con tumoración de 10 cm se omitieron estos procedimientos porque el paso a la cavidad uterina estaba obstruido por el propio tumor. Estos dos casos en particular fueron de suma importancia. Los métodos diagnósticos ultrasonográficos abdominopélvicos de alta resolución descartaron alguna otra formación neoplásica.

Con el diagnóstico integrado se inició el tratamiento, que consistió en: *a)* corregir la anemia mediante hemotransfusión de un paquete globular en cinco de las pacientes; las que tenían hemoglobina entre 7 y 8 gramos y de dos paquetes globulares en las que tenían cifras de hemoglobina de 6 gramos. *b)* Intervención quirúrgica. En las ocho pacientes con tumor uterino de 6 cm de diámetro, aproximadamente, se realizó miomectomía transcervical, mediante prehensión y torsión del pedículo, en sentido horario “maniobra del desarmador”, cuidando en esta maniobra de no “jalar” el tumor para evitar desprenderlo y provocar hemorragia a este nivel. Para este efecto se utilizó una pinza de Forester (pinza de anillos recta) y una vez desprendida la masa neoplásica se electrocoaguló el pedículo. En las dos pacientes restantes cuya neoplasia era de 10 cm se efectuó el procedimiento quirúrgico iniciando con una disección de los bordes de la misma mediante corte eléctrico. Luego de liberar la pieza en su mayor parte se efectuó pinzamiento, corte y ligadura del pedículo utilizando sutura semiabsorbible del tipo de la poliglandina de un cero. En todos los casos se observó el pedículo en forma adecuada, y se corroboró satisfactoriamente la hemostasia. Todos los procedimientos se efectuaron con bloqueo peridural, sin complicaciones y con tiempo quirúrgico en todos los casos no mayor de 30 minutos. Las pacientes se dieron de alta del hospital a las 24 horas del posoperatorio y se citaron a la consulta externa a los 8, 15, 40, 120 y 180 días posteriores a la intervención quirúrgica. Todas se encontraron en buenas condiciones generales y tuvieron menstruaciones de características normales. Los ultrasonogramas pélvicos transabdominal y transvaginal mostraron al útero y a la cavidad endometrial de características totalmente normales. El reporte de anatomía patológica de la pieza quirúrgica de cada caso,

Cuadro 3. Estudios de gabinete realizados en las 10 pacientes

<i>Estudios de gabinete</i>	<i>n</i>
Ultrasonografía pélvica (abdominal y endovaginal)	10
Histerosonografía e histeroscopia diagnóstica de consultorio	8
Biopsia endometrial	8

Cuadro 4. Técnica quirúrgica utilizada en la miomectomía transcervical

<i>Técnica quirúrgica</i>	<i>n</i>
Prehensión, torsión, extracción y electrofulguración del pedículo	8
Disección quirúrgica completa con pinzamiento, corte y ligadura del pedículo	2

fue de fibromioma uterino único negativo para malignidad. A la exploración con espéculo vaginal el cuello uterino se encontró limpio, cerrado, bien epitelizado y sin lesiones tumorales.

DISCUSIÓN

La modernidad y avances de la ciencia médica obligan al ginecólogo a estudiar a todas las pacientes con hemorragia uterina anormal en una forma integral. Esto significa desde la propia historia clínica completa hasta un examen concienzudo de la pelvis mediante estudios de gabinete, como el ultrasonograma abdominal y vaginal, la histerosonografía, la histeroscopia diagnóstica de consultorio,⁸ y la biopsia endometrial. Se trata de no caer en el error de iniciar un tratamiento hormonal sin conocimiento de causa y sin haber elaborado un diagnóstico preciso.⁹ Es particularmente importante la revisión por vía vaginal de todas las pacientes, aunque nunca hayan tenido relaciones sexuales, porque ésta es la única forma de poder detectar con precisión el mioma protruido a la vagina. Por ello es decisivo hacerles saber a ellas y al familiar más cercano acerca de esta maniobra exploratoria e informar explícitamente la importancia de la misma, realizándola siempre ante la presencia de un familiar, sobre todo en mujeres que no han tenido relaciones sexuales, esto para aportar tranquilidad a

la propia paciente y mayor seguridad legal al médico; para este efecto se solicita su anuencia, firmada en la hoja de consentimiento informado. En nuestra casuística tuvimos tres pacientes con estas características con edad de 22, 35 y 51 años. En todos los casos ellas mismas manifestaron su aceptación del procedimiento exploratorio, sobre todo cuando pudieron apreciar el mioma protruido a la vagina que se proyectaba en el monitor de la colpocámara.

Con esta secuencia e integración del estudio de cada caso en particular, se establecerán diagnósticos precisos y se indicará el mejor tratamiento para conseguir con ello la resolución total del problema. Así, se evitará poner en riesgo la salud y la vida misma de nuestras mujeres con intervenciones quirúrgicas extensas, riesgosas¹⁰ y, a veces, innecesarias que podrían llegar a proponerse o plantearse por la falta de un estudio protocolizado, integral y ético, como lo demanda la época moderna que vivimos.

El estudio incompleto y los tratamientos de primera intención, improvisados y sin fundamentos, deben quedar como historia de la Medicina en todas las pacientes con hemorragia uterina anormal.

CONCLUSIONES

En virtud de las características de la lesión miomatosa este trabajo de investigación se considera de interés y aplicación práctica en el ejercicio cotidiano de la ginecoobstetricia; por ello se insiste en los siguientes puntos:

- Que en la actualidad la hemorragia uterina anormal debe investigarse siguiendo un protocolo de estudio debidamente organizado que incluya métodos clínicos, de laboratorio y gabinete, para llegar a un diagnóstico preciso y elegir así el tratamiento mejor indicado.
- Que la exploración vaginal para el diagnóstico de los miomas protruidos a través del canal cervical es fundamental para poder corroborar satisfactoriamente este hecho. El tratamiento quirúrgico elegido en

todos nuestros casos (miomectomía transcervical) fue el mejor indicado, porque de acuerdo con las características clínicas de todos ellos (mioma protruido a la vagina con pedículo visible) era el método de elección. Es un procedimiento sencillo, seguro y resolutorio del problema cuando se indica en los casos adecuados, como los presentados en este estudio.

- Estamos ciertos que el procedimiento actualizado e idóneo de resolución para la miomatosis uterina submucosa es la vía histeroscópica; sin embargo, en nuestros casos no era el procedimiento de elección por las características clínicas señaladas.

REFERENCIAS

1. Leppert PC, Catherino WH, Segas JH. A New Hypothesis about the origin of uterine fibroids based on gene expression profiling with microarrays. *Am J Obstet Gynecol* 2006;195:415-420.
2. Stewart EA, Morton CC. The genetics of uterine leiomyomata: What clinicians need to know. *Obstet Gynecol* 2006;107:917-921.
3. Yoshida S, Ohara N, Xu Q, Chen Wang J, Nakabayashi K, et al. Cell-type specific actions of progesterone receptor modulators in the regulation of uterine leiomyoma growth. *Semin Reprod Med* 2010;28:260-273.
4. Bautista GE, Monzoy VJ, Morales GV, Galvan H, Flores RAL. Miomas uretrales: reporte de dos casos. *Ginecol Obstet Mex* 2011;79(6):386-388.
5. Aguilera MV, Pérez Santana ME, Ávila Contreras MA, Mendoza E. Leiomioma vulvar, presentación de un caso. *Ginecol Obstet Mex* 2011;79(6):382-385.
6. Tena AG, Torres del TB, Carranza LS, Valle EA. Miomectomía histeroscópica. *Ginecol Obstet Mex* 1994;63:381-383.
7. Kably A, Anaya CH, Garza P, Delgado UJ. Miomectomía abdominal y fertilidad. *Ginecol Obstet Mex* 1990;58:274-276.
8. Fedel L, Parazzini F, Luchini L, Mezzopane R, Tozzi, Villa L. Recurrence of fibroids after myomectomy and transvaginal ultrasonography study. *Human Reprod* 1995;10:1745-1746.
9. Cramer SF, Patel A. The frequency of uterine leiomyomas. *A MJ Clin Pathol* 1990;94:435-438.
10. Broder MS, Goodwin S, Chen G, Tang LJ, Constantino MM, Irigoyen MH, et al. Comparison of long-term outcomes of myomectomy and uterine artery embolization. *Obstet Gynecol* 2002;100:864-868.



Miomatosis uterina en cérvix residual

Edgar Germán Flórez Peña,* Ana Milena Angarita Africano,** Byron Cardoso Medina,*** Mónica Medina,****
Rocío del Pilar López¹

RESUMEN

Los miomas parásitos son infrecuentes y de causa incierta. Surgen a partir de un mioma que se separa del útero y se adhiere a una superficie extrauterina en busca de un nuevo aporte vascular. Hace poco se sugirió que se forman a partir de fragmentos uterinos o de miomas que quedan en la cavidad abdomino-pélvica después de fragmentación por lo que se les llama "iatrogénicos". Los cirujanos deben tener en cuenta la reciente aparición de esta complicación relacionada con el aumento en la frecuencia de los procedimientos laparoscópicos. Se recomienda inspeccionar cuidadosamente la cavidad abdominal y hacer un lavado exhaustivo. Se reporta el caso de una paciente con miomas iatrogénicos parásitos que aparecieron seis años después de la histerectomía laparoscópica supracervical en la que se utilizó morcelador.

Palabras clave: miomas, leiomioma parásito, mioma iatrogénico, histerectomía, morcelador.

ABSTRACT

Parasitic myomas are rare and their ethiopathogenesis is uncertain. They may develop from a detached fibroid adhering to an extrauterine surface in order to obtain new blood supply. It has been stated that they form from uterine or myoma fragments left behind after morcellation in the abdominopelvic cavity and thus are called "iatrogenic". Surgeons must be aware of this recently reported complication related to the increasing number of laparoscopic procedures. Thorough inspection and washing of the abdominal cavity are recommended. A case of a patient with iatrogenic parasitic myomas, which appeared six years after a laparoscopic supracervical hysterectomy involving a morcellator, is reported.

Keywords: Fibroid, parasitic leiomyoma, iatrogenic myoma, hysterectomy, morcellator.

RÉSUMÉ

Parasites fibromes sont rares et de cause incertaine. Ils découlent d'un fibrome qui se sépare de l'utérus et se fixe à un endroit hors de l'utérus à la recherche d'un approvisionnement en sang nouveau. Récemment, il a été suggéré que les fragments formés à partir de fibromes utérins ou restant dans la cavité abdomino-pelvienne après fragmentation sont donc appelés "iatrogène"^a. Les chirurgiens doivent tenir compte de la récente apparition de cette complication liée à la fréquence accrue des procédures laparoscopiques. Soigneusement vérifier soigneusement la cavité abdominale et faire un nettoyage complet. Nous rapportons le cas d'un patient ayant des fibromes iatrogènes parasites qui sont apparus six ans après l'hystérectomie laparoscopique supracervicale dans lequel morcellateur utilisé.

Mots-clés: fibromes, fibromes parasite des fibromes iatrogène, l'hystérectomie, morcellateur.

RESUMO

Parasitas miomas são raros e de causa desconhecida. Eles surgem de um mioma que se separa do útero e atribui a uma área fora do útero, em busca de um suprimento de sangue novo. Recentemente foi sugerido que os fragmentos formados a partir de miomas uterinos ou que permanecem na cavidade, após a fragmentação abdominopelvic assim chamados "iatrogênica". Os cirurgiões devem ter em conta a recente ocorrência desta complicação relacionada com o aumento da frequência de procedimentos laparoscópicos. Cuidadosamente verifique cuidadosamente a cavidade abdominal e fazer uma limpeza completa. Relatamos um caso de um paciente com miomas iatrogênicos parasitas que apareceu seis anos depois de histerectomia laparoscópica supracervical em que morcelador usado.

Palavras-chave: miomas, miomas leiomioma parasita iatrogênica, histerectomia, morcelador.

Los miomas parásitos son un fenómeno patológico poco común. En 1909, Kelly y Cullen los describieron por primera vez.¹ Se consideraban una variante de los miomas pediculados subserosos, que pierden su aporte vascular a causa de la torsión de su pedículo uterino, por lo que se adhieren a las estructuras vecinas para neovascularización.² Se les asocia con antecedentes de histerectomía o miomectomía por laparoscopia en las que se ha utilizado morcelador.³⁻¹⁰ Se describe el caso de una mujer con miomas parásitos iatrogénicos seis años después de una histerectomía laparoscópica supracervical.

CASO CLÍNICO

Mujer de 37 años, con dos embarazos previos a término por cesárea, con antecedente de hipertensión arterial crónica, síndrome antifosfolípido y apendicectomía, que acudió a consulta por menorragia. La ecografía transvaginal reveló un mioma intramural izquierdo (diámetro mayor de 3.6 cm). Debido a falla en el tratamiento médico se consideró el tratamiento quirúrgico con histerectomía supracervical laparoscópica, en la que se utilizó un morcelador para remover el útero. A los dos días del postoperatorio se dio de alta sin complicaciones.

La paciente acudió a nuestra institución seis años después por sangrado vaginal de tres meses de evolución. La ecografía transvaginal mostró masas pélvicas sólidas de

77 × 65 mm y 82 × 54 mm en continuidad con el remanente uterino. La tomografía mostró una masa pélvica, ovalada, sólida, de contornos bien definidos y sin patrón infiltrativo. La masa de mayor tamaño (77 × 65 × 68 mm de diámetro) se relacionaba con el anexo izquierdo; la otra masa estaba localizada en la región anexial derecha en relación con el remanente cervical. Ambas masas tenían característica bilobulada (diámetros de 82 × 54 × 58 mm). El CA-125 y el antígeno carcinoembrionario se reportaron con valores normales. La paciente se valoró en el servicio de Ginecología-oncológica, donde se consideró, con base en las imágenes y por sospecha de un tumor sólido de ovario, que debía realizarse laparotomía. Ésta confirmó la masa dura, regular, de 6 cm, dependiente del cuello uterino al lado derecho y otra masa de 7 cm irrigada por el meso del colon y epiplón al lado izquierdo. Se realizaron traquelectomía y resección de las masas. Salió del hospital al segundo día postoperatorio sin complicaciones.

Los resultados intraoperatorios se correlacionaron con los histopatológicos; ambos especímenes se consideraron leiomiomas. Se realizó un estudio histopatológico a tres masas ovoides que pesaban, en conjunto, 266 gramos. La mayor medía 8 × 7.5 × 4 cm y la menor 2 × 1 × 0.5 cm. En la microscopia de luz se identificó: lesión fusocelular mesenquimal donde las células tumorales se disponían en fascículos entrelazados de células de núcleos ondulado, citoplasma alargado rosado, sin atipia, muy ocasionales mitosis entre 0-1 × 10 campos de gran aumento, áreas de mayor densidad celular, sin necrosis.

Debido a la lesión tumoral mesenquimal en una localización inusual, se planteó diagnóstico diferencial con tumores de origen muscular liso (leiomioma y sus variantes), tumores estromales extragastrointestinales y, menos probables, sarcomas de estroma uterino.

Los estudios de inmunohistoquímica demostraron fenotipo de músculo liso con reactividad de las células tumorales para marcadores actina muscular específica, actina muscular lisa y desmina, que fueron negativas para CD34 y CD117 (C-kit), con un índice de proliferación celular determinado con ki67 menor de 1%.

DISCUSIÓN

Los miomas uterinos aparecen en 25% de las mujeres en edad reproductiva y se reportan como resultado patológico en 80% de los úteros removidos quirúrgicamente.^{11,12} Los

* Residente de cuarto año. Universidad del Bosque. Bogotá, Colombia.

** Departamento de Ginecología, Obstetricia y Reproducción Humana. Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá. Bogotá, Colombia.

*** Jefe de sección Cirugía Mínimamente Invasiva. Departamento de Ginecología, Obstetricia y Reproducción Humana. Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá. Bogotá, Colombia.

**** Jefe de sección Ginecología-Oncológica. Departamento de Ginecología, Obstetricia y Reproducción Humana. Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá. Bogotá, Colombia.

¹ Jefe de sección Patología. Departamento de Patología. Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá. Bogotá, Colombia.

Correspondencia: Dr. Byron Cardoso Medina. Cra. 18 88-17 Cons. 202. Santa Fe de Bogotá D.C., Colombia. Correo electrónico: bcardosom@hotmail.com

Recibido: 25 de enero 2012. Aceptado: 17 de mayo 2012.

Este artículo debe citarse como: Flórez-Peña EG, Angarita-Africano AM, Cardoso-Medina B, Medina M, López RP. Miomatosis uterina en cérvix residual. Ginecol Obstet Mex 2012;80(10):659-662.

www.nietoeditores.com.mx

miomas parásitos son una entidad rara; pocos casos se han descrito en la bibliografía.⁸ Los miomas uterinos tienen una tasa de recurrencia de 22 a 62%, mientras que en la bibliografía no se ha reportado recurrencia de miomas parásitos.¹³

Se han propuesto dos teorías relacionadas con su patogénesis. La primera establece su origen a partir de miomas subserosos pediculados que han perdido su aporte vascular y se adhieren y nutren de estructuras adyacentes.^{1,2} La segunda teoría, más reciente, considera que surgen a partir de la siembra de fragmentos de miomas cuando se utiliza morcelador durante miomectomías o histerectomías.^{3-10,14} Esto puede explicar la caída de pequeños fragmentos no retirados ni aspirados que se adhieren a cualquier tejido en la cavidad peritoneal. El 0.57% de las histerectomías subtotaes genera retención de fragmentos.¹⁴ También se ha reportado su posible origen a partir de metaplasia peritoneal.¹⁵

Ostrzenski reportó un caso de crecimiento de fragmento de leiomioma en una incisión previa en la pared abdominal, posterior a miomectomía por laparoscopia. El fragmento habría sido abandonado inadvertidamente en la pared abdominal posterior a la remoción del mioma a través de un trocar.³ LaCoursiere y su grupo reportaron un caso de retención de fragmentos de origen uterino y cervical en las paredes de la pelvis que quedaron dentro de la cavidad después de una histerectomía laparoscópica total en la que se utilizó morcelador.¹⁶ Kho y sus coautores reportaron 12 casos de pacientes con miomas intraperitoneales y retroperitoneales no relacionados con el útero, de los que 50% (seis de doce) tenían antecedente de miomectomía por laparoscopia en la que se utilizó morcelador y dos tenían antecedente de histerectomía. La mayor parte de los miomas en esta serie de casos (93%, 14 de 15) se encontraban en la pelvis.⁸ Estos resultados correlacionan con el antecedente de histerectomía laparoscópica supracervical encontrado en el caso reportado, en el que se utilizó morcelador para extraer el útero. Los miomas encontrados, también, se ubicaban en la pelvis, como se describe con mayor frecuencia en la bibliografía.^{8,14}

Esta afección se asocia con miomas uterinos, antecedente de fragmentación del útero, miomas,⁸ antecedente de cirugía laparoscópica y obesidad. La obesidad dificulta la exploración de la cavidad abdominopélvica en los procedimientos laparoscópicos.⁹

El intervalo entre la histerectomía laparoscópica supracervical y la laparotomía en la que se realizó el diagnóstico

de miomas parásitos fue de seis años, tiempo similar al reportado por Cucinella y su grupo en los que había un intervalo de más de dos años desde la cirugía en 73% de los pacientes.¹⁷ Los miomas parásitos deben diferenciarse de la leiomiomatosis peritoneal diseminada, caracterizada por múltiples nódulos subperitoneales y peritoneales, de diferentes tamaños en el omento y superficies peritoneales, diferente de nuestro caso, en el que había dos masas: una derecha relacionada con el cérvix residual y la otra izquierda irrigada por el meso del colon.¹⁸

La ecografía, tomografía y resonancia magnética ayudan al diagnóstico, pero éste es incidental durante la cirugía en muchos casos.⁸ Los miomas iatrogénicos pueden ser asintomáticos o manifestarse mediante dolor, estreñimiento, disquexia, mayor frecuencia urinaria o dolor en el cuadrante inferior derecho, de acuerdo con la localización del mioma.^{8,17} Nuestra paciente sufrió sangrado vaginal similar a lo reportado en la bibliografía dentro del algoritmo diagnóstico que incluyó ecografía y tomografía.

El creciente número de procedimientos por vía laparoscópica implica que los cirujanos deban tener en cuenta que este abordaje se asocia con miomas iatrogénicos parásitos y que el riesgo aumenta cuando se usa un morcelador. Se considera que cuando los fragmentos se abandonan en la cavidad abdominal, se reabsorben; pero hay evidencia de que algunos se implantan y crecen. A pesar de que los miomas iatrogénicos parásitos son infrecuentes, deben considerarse en el diagnóstico diferencial de masas de pacientes con historia previa de histerectomía o miomectomía con morcelador. Para disminuir esta complicación se recomienda realizar una inspección cuidadosa y un exhaustivo lavado de la cavidad abdominal y pélvica, y extraer completamente los fragmentos.

REFERENCIAS

1. Kelly HA, Cullen TS. Myomata of the uterus. Philadelphia (PA): WB Saunders; 1909.p. 13.
2. Brody S. Parasitic fibroid. *AmJ Obstet Gynecol* 1953;65:1354-1356.
3. Ostrzensky A. Uterine leiomyomata particle growing in an abdominal-wall incision after laparoscopic retrieval. *Obstet Gynecol* 1997;89:853-854.
4. Paul PG, Koshy AK. Multiple peritoneal parasitic myomas after laparoscopic myomectomy and morcellation. *Fertil Steril* 2006;85:492-493.
5. Sinha R, Sundaram M, Mahajan C, Sambhus A. Multiple leiomyomas after laparoscopic hysterectomy: report of two cases. *J Minim Invasive Gynecol* 2007;14:123-127.

6. Takeda A, Mori M, Sakai K, Mitsui T, Nakamura H. Parasitic peritoneal leiomyomatosis diagnosed 6 years after laparoscopic myomectomy with electric tissue morcellation: report of a case and review of the literature. *J Minim Invasive Gynecol* 2007;14:770-775.
7. Kumar S, Sharma JB, Verma D, Gupta P, Roy KK, Malhotra N. Disseminated peritoneal leiomyomatosis: an unusual complication of laparoscopic myomectomy. *Arch Gynecol Obstet* 2008;278:93-95.
8. Kho KA, Nezhat C. Parasitic myomas. *Obstet Gynecol* 2009;114:611-615.
9. Larrain D, Rabischong B, Khoo CK, Botchorishvili R, Canis M, Mage G. "Iatrogenic" parasitic myomas: unusual late complication of laparoscopic morcellation procedures. *J Minim Invasive Gynecol* 2010;17:719-724.
10. Nezhat C, Kho K. Iatrogenic myomas: new class of myomas? *J Minim Invasive Gynecol* 2010;17:544-550.
11. Buttram VC Jr, Reiter RC. Uterine leiomyomata: etiology, symptomatology, and management. *Fertil Steril* 1981;36:433-445.
12. Cramer SF, Patel A. The frequency of uterine leiomyomas. *Am J Clin Pathol* 1990;94:435-438.
13. Hanafi M. Predictors of leiomyoma recurrence after myomectomy. *Obstet Gynecol* 2005;105:877-881.
14. Donnez O, Squifflet J, Leconte I, et al. Posthysterectomy pelvic adenomyotic masses observed in 8 cases out of a series of 1405 laparoscopic subtotal hysterectomies. *J Minim Invasive Gynecol*. 2007;14:156-160.
15. Vaquero ME, Magrina JF, Leslie KO. Uterine smooth-muscle tumors with unusual growth patterns. *J Minim Invasive Gynecol* 2009;16:263-268.
16. LaCoursiere DY, Kennedy J, Hoffman CP. Retained fragments after total laparoscopic hysterectomy. *J Minim Invasive Gynecol* 2005;12(1):67-69.
17. Cucinella G, Granese R, Calagna G, Somigliana E, Perino A. Parasitic myomas after laparoscopic surgery: an emerging complication in the use of morcellator? Description of four cases. *Fertil Steril* 2011;96(2):e90-6. Epub 2011 Jun 29.
18. Al-Talib A, Tulandi T. Pathophysiology and possible iatrogenic cause of leiomyomatosis peritonealis disseminata. *Gynecol Obstet Invest* 2010;69(4):239-244. Epub 2010 Jan 12.



Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser: reporte de dos casos y revisión de la bibliografía

Esperanza Bautista-Gómez,* Víctor Morales-García,** Honorio Galván Espinosa,*** Ana Luisa Flores-Romero,**** Edmundo Vásquez Santiago,**** Noel Pizarro Osorno****

RESUMEN

El síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser es una anomalía congénita rara que se caracteriza por falta de desarrollo vaginal y uterino variable y ovarios normales. Es resultado de la agenesia o hipoplasia del sistema de conductos de Müller. La agenesia cervicovaginal, como parte del complejo síndrome, es aún más rara. Se reportan dos casos clínicos: paciente adolescente con amenorrea primaria, agenesia cervicovaginal y dolor pélvico crónico, y paciente de 28 años con amenorrea primaria, ausencia congénita de útero y vagina.

Palabras clave: malformaciones müllerianas, agenesia vaginal, agenesia cervical, síndrome de Rokitansky, amenorrea primaria.

ABSTRACT

The Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser is a rare congenital anomaly characterized by lack of vaginal and uterine development variable and normal ovaries. It results from agenesis or hypoplasia Müller duct system. Cervicovaginal agenesis as part of the complex syndrome, is even rarer. We report two cases: adolescent patient with primary amenorrhea, cervicovaginal agenesis and chronic pelvic pain, and 28 patients with primary amenorrhea, congenital absence of uterus and vagina.

Key words: Müllerian malformations, vaginal agenesis, cervical agenesis, Rokitansky syndrome, primary amenorrhea.

RÉSUMÉ

La Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser est une anomalie congénitale rare caractérisée par l'absence de variable de développement vaginale et utérine et des ovaires normaux. Il en résulte une agénésie ou une hypoplasie Müller système de conduits. Agénésie cervico-vaginal dans le cadre du syndrome complexe, est encore plus rare. Nous rapportons deux cas: patient adolescent avec une aménorrhée primaire, une agénésie cervico-vaginale et des douleurs pelviennes chroniques et 28 patients présentant une aménorrhée primaire, une absence congénitale de l'utérus et le vagin.

Mots-clés: malformations Müller, agénésie vaginale, agénésie du col utérin, syndrome de Rokitansky, aménorrhée primaire.

RESUMO

A Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser é uma anomalia congênita rara caracterizada pela falta de desenvolvimento variável vaginal e do útero e ovários normais. É o resultado de agenesia ou hipoplasia do sistema Müller duto. Agenesia cervicovaginal como parte da síndrome complexa, é mais rara ainda. Relatamos dois casos: paciente adolescente com amenorréia primária, agenesia cervicovaginal e dor pélvica crônica e 28 pacientes com amenorréia primária, ausência congênita do útero e vagina.

Palavras-chave: malformações Müller, agenesia vaginal, agenesia cervical, síndrome de Rokitansky, amenorréia primária.

* Uroginecóloga. Clínica Naissance.
** Ginecoobstetra, jefe del servicio de Ginecología.
*** Ginecoobstetra. Médico adscrito al servicio de Obstetricia.
**** Residente de la especialidad de Ginecología y Obstetricia.
Hospital General Aurelio Valdivieso, Oaxaca de Juárez, Oax.

Recibido: julio 2012. Aceptado: septiembre 2012.

Este artículo debe citarse como: Bautista-Gómez E, Morales-García V, Galván Espinosa H, Flores-Romero AL, Vásquez Santiago E, Pizarro Osorno N. Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser: reporte de dos casos y revisión de la bibliografía. Ginecol Obstet Mex 2012;80(10):663-667.

www.nietoeditores.com.mx

El desarrollo normal del aparato reproductor femenino implica una serie de eventos: genéticos, hormonales, epigenéticos que conducen a una diferenciación y desarrollo de los ductos müllerianos.

El síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser es una anomalía congénita rara que se caracteriza por falta de desarrollo vaginal, desarrollo uterino variable y ovarios normales.^{1,2} Es resultado de la agenesia o hipoplasia del sistema de conductos de Müller. Se ha sugerido la participación del gen supresor de la diferenciación sexual masculina, el WNT4 y la producción de andrógenos.

La agenesia cervicovaginal, como es el caso de nuestra primera paciente, es una malformación mülleriana compleja, rara, asociada con una función adecuada del endometrio; sin embargo, por falta de comunicación entre el útero y la vagina cursa con hematometra, hematocolpo y con dolor pélvico crónico. Los genitales externos suelen ser normales. En los casos de agenesia cervical el intento de un neocérvix permeable suele fallar y sobrevenir complicaciones serias como: infección, sepsis e, incluso, muerte. Las menstruaciones normales y el embarazo normal son excepcionales posterior a una cirugía de neocérvix. La histerectomía y neovagina sigue considerándose una opción de tratamiento para estas pacientes.^{1,2}

La ausencia de útero y vagina, como es el caso de la segunda paciente, se asocia con amenorrea primaria pero caracteres sexuales secundarios normales. El tratamiento consiste en la creación de una neovagina durante la pubertad o al inicio de la vida sexual.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1

Paciente de 16 años de edad, sin antecedentes hereditarios y patológicos de importancia. Pubarquia a los 11 años, telarquia a los 11.5 años, amenorrea primaria, sin inicio de vida sexual activa. Refirió dolor pélvico crónico, cíclico, desde hacía dos años y aumento gradual del volumen abdominal; por todo esto acudió a nuestra institución. A la exploración física la paciente se encontró con características sexuales congruentes con edad y sexo (Tanner III), genitales externos, clítoris y meato uretral sin alteraciones. Se encontró un orificio compatible con probable introito vaginal; sin embargo, sin poder introducir un hisopo. (Figura 1)

El abdomen se palpó blando, depresible, con peristalsis; se palpó una masa firme, levemente dolorosa, de aproximadamente 8 x 10 cm, a 8 cm del BSSP, compatible con cuerpo uterino. El ultrasonido pélvico mostró al útero aumentado de tamaño, de 10 x 56 x 60 cm en anteversoflexión, con datos compatibles de hematometra. En la vagina se observó hematocolpos y ambos ovarios normales. (Figuras 2, 3 y 4) La “exploración vaginal” se efectuó con sedación pero se confirmó ausencia de la misma. (Figura 5)

La resonancia magnética reveló ausencia de cuello uterino y de vagina; el sistema urinario se encontró normal. Con los hallazgos del examen físico y los estudios



Figura 1. Genitales externos.

de gabinete se diagnosticó síndrome de Mayer Rokitansky Kuster Hauser. Se explicó minuciosamente a los familiares y a la paciente el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico con los diferentes tratamientos existentes; se decidió la histerectomía. Durante ésta se encontraron: adherencias firmes del ligamento ancho e infundíbulo pélvico a la pared pélvica izquierda, útero de 10 x 6 cm, ausencia de cuello uterino y de vagina, implantes endometriósicos (lesiones rojas) en la cara anterior de la pared vesical y fondo de saco. No había ligamento útero sacro derecho, ni ambos ligamentos cardinales. La paciente evolucionó adecuadamente y a los dos días postoperatorios salió del hospital. A los siete días se la encontró asintomática, con adecuada cicatrización de la herida quirúrgica. (Figuras 6 y 7) A los seis meses de seguimiento la paciente permanecía asintomática y sin deseos de neovagina.

Caso 2

Paciente de 28 años de edad, sin antecedentes patológicos de importancia. Pubarquia a los 10 años y telarquia a los 12 años. Acudió a consulta motivada por amenorrea primaria



Figura 2. Útero en longitudinal con hematometra.



Figura 3. Hematocolpos.



Figura 4. Útero en transverso



Figura 5. Ausencia de vagina.

y esterilidad. Inició la vida sexual activa a los 24 años, sin lograr la penetración. Sin embargo, con el paso del tiempo ha mejorado y en la actualidad la vida sexual le es satisfactoria. Durante la exploración física los genitales externos se encontraron congruentes con la edad y sexo; la vagina era corta, de 6 cm aproximadamente, con un cabo ciego. Al tacto vaginal y rectal no se logró delimitar el útero.

El ultrasonograma pélvico no evidenció el cuerpo uterino pero sí permitió observar ambos ovarios (Figuras 8, 9, 10). La urografía excretora se reportó normal.

DISCUSIÓN

La incidencia más citada para la agenesia vaginal es de 1 en 5000, con rango de una en 4,000 a 10,000 mujeres.^{1,2,3} Por lo general, se acompaña de agenesia cervical o agenesia uterina; sin embargo, de 7 a 10% de las mujeres tienen útero normal, pero obstruido, o útero rudimentario, con endometrio funcional.

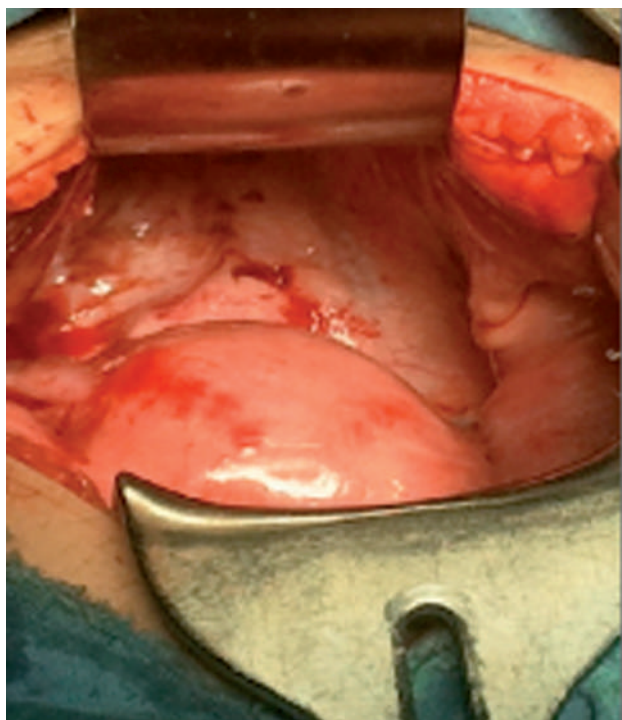


Figura 6. Útero, implantes endometriósicos.

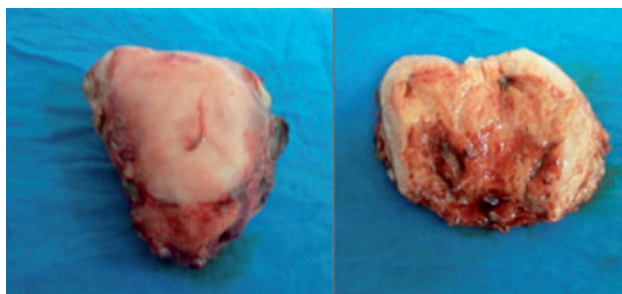


Figura 7. Pieza quirúrgica, ausencia de cuello uterino.



Figura 8. Ultrasonograma pélvico. Ausencia uterina.



Figura 9. Ovarios.

Casi siempre tienen cariotipo normal, con ovarios y función ovárica conservada, por lo que el desarrollo de las características sexuales secundarias (desarrollo mamario, vello púbico y axilar) son normales. La afección se manifiesta inicialmente con amenorrea primaria, posiblemente con dolor pélvico crónico secundario a hematocolpos, hematometra, hematosalpinx o endometriosis, por tener útero con endometrio funcional; reportado en 2-7% de los casos. En la exploración física puede encontrarse un orificio vaginal o un saco pequeño con un borde himenal. El examen rectal ayuda a determinar la existencia o ausencia de estructuras de la línea media.

Entre 20 a 25% de las pacientes tienen anomalías urológicas: agenesia renal unilateral, riñón en herradura, irregularidades en el sistema colector y 10 a 15% tienen anomalías esqueléticas que afectan la columna y las extremidades.⁴

La evaluación con ultrasonido permite valorar los riñones y confirmar la existencia o no de los ovarios y la ausencia del útero. La posible duplicación ureteral puede determinarse por pielografía, si está indicado. La resonancia magnética se ha convertido en una herramienta diagnóstica importante, que en algunos casos sustituye a la laparoscopia. Puede utilizarse para ayudar a determinar



Figura 10. Genitales externos.

si realmente hay endometrio funcional en el útero normal o rudimentario.

En relación con el tratamiento, dependerá del tipo de malformación, de la existencia o ausencia de endometrio funcional. La paciente del caso que aquí se reporta tenía hematometra y hematócolpos, dolor pélvico crónico incluso sin haber iniciado la vida sexual activa, por eso

se decidió realizarle la histerectomía, como una opción de tratamiento. Sin embargo, durante su seguimiento se consideró necesario que el tratamiento no fuera quirúrgico para la creación de una neovagina, como primera línea de tratamiento, por ser altamente exitosa y con excelente satisfacción por parte de las pacientes.⁵ En el segundo caso la neovagina se creó al inicio de la vida sexual activa.

REFERENCIAS

1. Acien P, Quereda F, Santoyo T. Cervicovaginal agenesis: spontaneous gestation at term after previous reimplantation of the uterine corpus in a neovagina: Case Report. *Human Reproduction* 2008;23:548-553.
2. Bianchi N, Berlanda A, Bulfoni F, Fontana E. Laparoscopic creation of a neovagina and recovery of menstrual function in a patient with Rokitansky syndrome: Case report. *Reproduction* 2006;21:3287-3289.
3. Edmonds K. Vaginal and uterine anomalies in the pediatric and adolescent patient. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 2001;13:463-467.
4. Folch M, Pigem I, Konje J. Müllerian Agenesis: Etiology, Diagnosis and Management. *Obstetrical and Gynecological Survey* 2000;55: 644-649.
5. Giannesi A, Marchile P, Benchaib M, et al. Sexuality after laparoscopic Davydov in patient affected by congenital complete agenesis associated with uterine agenesis or hipoplasia. *Human Reproduction* 2005;20:2954-2957.



Embarazo ectópico cervical. Cuando el tratamiento conservador falla. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía

Leopoldo Río de la Loza Cava,* Jesús Arturo Moyers Arévalo**

RESUMEN

El embarazo ectópico cervical es excepcional y puede afectar la capacidad reproductiva y la vida de la paciente. En reportes previos se describe que la mortalidad materna es cercana al 50% en las pacientes diagnosticadas con embarazo ectópico cervical e histerectomía como medida terapéutica. En la actualidad, los avances en las técnicas ultrasonográficas han permitido el diagnóstico oportuno y tratamiento conservador con diferentes variantes. El embarazo ectópico cervical representa un reto que le exige al obstetra gran capacidad resolutoria, sobre todo desde el punto de vista del tratamiento porque es un problema predominante en mujeres en edad reproductiva, y más aún en quienes han recurrido a técnicas de reproducción asistida, y que por ello mismo la fertilidad es un asunto de suma relevancia. En la actualidad no existe la suficiente evidencia científica para crear guías de manejo estandarizadas; así pues, individualizar las opciones a cada paciente es y seguirá siendo la mejor forma de hacerle frente a este problema. Se reporta el caso de una mujer de 31 años de edad que acudió al servicio de Urgencias con el antecedente de embarazo ectópico cervical en el que fracasó el tratamiento conservador, con sangrado obstétrico que puso en riesgo su vida, y que requirió tratamiento quirúrgico radical.

Palabras clave: embarazo ectópico cervical, tratamiento conservador

ABSTRACT

Cervical ectopic pregnancy is a rare and dangerous event that can be life and reproductive threatening. Years ago, the only treatment available were hysterectomy, resulting in a 50% of maternal mortality. In the present, ultrasound technologies let us make early diagnosis raising the possibilities of a conservative treatment in several ways. Cervical ectopic pregnancy represent a big challenge for the obstetrician, requiring great diagnostic and therapeutic skills in order to preserve the reproductive capacity, specially because this kind of ectopic pregnancy is more frequent in assisted reproductive techniques like intrauterine insemination, and in couples seeking fertility treatments, the reproductive capacity is an extremely important issue. By now, there's no plenty scientific evidence about this problem to write diagnostic and therapeutic guidelines. Today, personalized treatment is the only viable option for this patient. We report the case of a 31-year-old woman who arrived to our emergency room with a profuse vaginal bleeding, and with a history of conservative treatment for a cervical ectopic pregnancy.

Key words: Cervical ectopic pregnancy, conservative treatment.

RÉSUMÉ

La grossesse extra-utérine cervicale est exceptionnelle et peut affecter la capacité de reproduction et la vie du patient. Dans les rapports précédents décrit que la mortalité maternelle est proche de 50% chez les patients atteints de grossesse extra-utérine cervicale et l'hystérectomie comme une mesure thérapeutique. Aujourd'hui, les progrès techniques échographiques ont permis un diagnostic précoce et un traitement conservateur avec différentes variantes. Col de l'utérus grossesse extra-utérine est un défi qui nécessite la capacité de réponse obstétricien génial, surtout du point de vue du traitement, car il s'agit d'un problème dominant chez les femmes en âge de procréer, en particulier ceux qui ont recours à des services techniques de reproduction et la fertilité est en soi une question de la plus haute importance. Actuellement, il n'existe pas suffisamment de preuves scientifiques pour créer des lignes directrices de gestion standardisés, ainsi que, d'identifier les options pour chaque patient est et restera la meilleure façon de traiter ce problème. Nous rapportons un cas de 31 ans qui est venu à l'urgence avec une histoire de grossesse extra-utérine cervicale qui a échoué un traitement conservateur avec des saignements obstétricaux qui menaçait sa vie, et ayant nécessité une chirurgie radicale.

Mots-clés: col de l'utérus grossesse extra-utérine, le traitement conservateur

RESUMO

A gravidez ectópica cervical é excepcional e pode afetar a capacidade reprodutiva e de vida do paciente. Em relatórios anteriores descreveram que a mortalidade materna é de cerca de 50% em pacientes com diagnóstico de gravidez ectópica cervical e histerectomia como medida terapêutica. Hoje, os avanços nas técnicas de ultra-sonograficas têm permitido o diagnóstico precoce e tratamento conservador

com variantes diferentes. Gravidéz ectópica cervical é um desafio que requer o obstetra capacidade de resposta grande, especialmente do ponto de vista do tratamento, porque é um problema dominante em mulheres em idade reprodutiva, especialmente aqueles que têm utilizado técnicas de reprodução assistida, e fertilidade por si só é uma questão de extrema importância. No momento não há evidências científicas suficientes para criar diretrizes de gestão padronizados, bem como, identificar opções para cada paciente é e continuará a ser a melhor maneira de lidar com este problema. Relatamos o caso de uma de 31 anos que chegou ao setor de emergência com história de gravidéz ectópica cervical, que falhou o tratamento conservador com hemorragia obstétrica que ameaçava sua vida, e que exigiu cirurgia radical.

Palavras-chave: gravidéz ectópica cervical, o tratamento conservador

El embarazo ectópico cervical es un suceso excepcional (0.15% de todos los embarazos ectópicos)¹ que puede afectar la capacidad reproductiva e incluso la vida de la paciente por sangrado masivo. Su incidencia en varios reportes está estimada en 1:2,500 a 12,422 embarazos.²

La evidencia científica se remonta a 1817, cuando Schneider hizo la primera descripción de un embarazo ectópico cervical; sin embargo, fue hasta 1860 cuando Rokitsky acuñó el término. En 1911 Rubin publicó los primeros cuatro criterios histológicos para el diagnóstico de esta afección: 1) glándulas cervicales opuestas al lecho placentario, 2) íntima unión de la placenta con el cuello uterino, 3) toda la placenta debe situarse por debajo de la entrada de los vasos uterinos y 4) ninguna de las partes fetales debe encontrarse dentro del cuerpo del útero.³

En 1959 Paalman y McElin describieron, por primera vez, los criterios clínicos de diagnóstico: 1) sangrado vaginal indoloro después de un periodo de amenorrea, 2) cuello uterino suave y aumentado de volumen, llegando a tener una longitud mayor que la del cuerpo del útero, signo también conocido como útero en forma de reloj de arena, 3) los anexos embrionarios están confinados y firmemente

unidos al endocérnix, 4) orificio cervical interno cerrado y 5) orificio cervical externo parcialmente abierto.⁴

En el pasado, la única opción descrita para el tratamiento era la histerectomía, y la mortalidad materna llegaba a 50% en algunos reportes.⁵ En la actualidad, los avances en las técnicas ultrasonográficas han permitido el diagnóstico oportuno y el tratamiento conservador con diferentes variantes,^{2,4} entre las que se incluyen opciones quirúrgicas, como el taponamiento intracervical con una sonda Foley después del legrado endocervical, cerclaje cervical, angio-embolización de las arterias uterinas, legrado endocervical e inyección local de prostaglandinas, resección histeroscópica y ligadura bilateral de las arterias uterinas o hipogástricas; y opciones farmacológicas con la administración local o sistémica de metotrexato.⁴ En algunos reportes se ha logrado reducir la mortalidad hasta el 6%.⁵

CASO CLÍNICO

Mujer de 31 años de edad, casada, dos embarazos y una cesárea, practicada esta última hacía tres años y medio por desproporción cefalopélvica. Acudió al servicio de Urgencias del Hospital Río de la Loza con sangrado transvaginal de tres horas de evolución. Durante el interrogatorio inicial refirió antecedente de embarazo ectópico cervical de 14 semanas de amenorrea, previamente tratada en otro hospital con dos dosis de metotrexato (50 mg por vía intramuscular). A su ingreso se tomó una biometría hemática que reportó hemoglobina de 12.34 g/dL, hematócrito de 37.16%, 166,000 plaquetas y cuatro bandas. El ultrasonido transvaginal reportó un plastrón heterogéneo y redondeado de 4.5 por 3.4 cm en el canal endocervical, con realce vascular a la aplicación de la modalidad Doppler. La cavidad uterina tenía eco endometrial central, lineal y homogéneo de 5 mm y en su interior estaba libre de colecciones. (Figura 1)

* Director médico.

** Residente de cuarto grado de Ginecología y Obstetricia, jefe de residentes.
Institución Ginecoobstétrica y de Perinatología Dr. Río de la Loza.

Correspondencia: Dr. Leopoldo Río de la Loza Cava. Paseo Alexander von Humboldt 88, Naucalpan 53120, Estado de México. Teléfono: 26251000.

Recibido: julio 2012. Aceptado: agosto 2012.

Este artículo debe citarse como: Río de la Loza Cava L, Moyers-Arévalo JA. Embarazo ectópico cervical. Cuando el tratamiento conservador falla. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía. Ginecol Obstet Mex 2012;80(5):668-672.

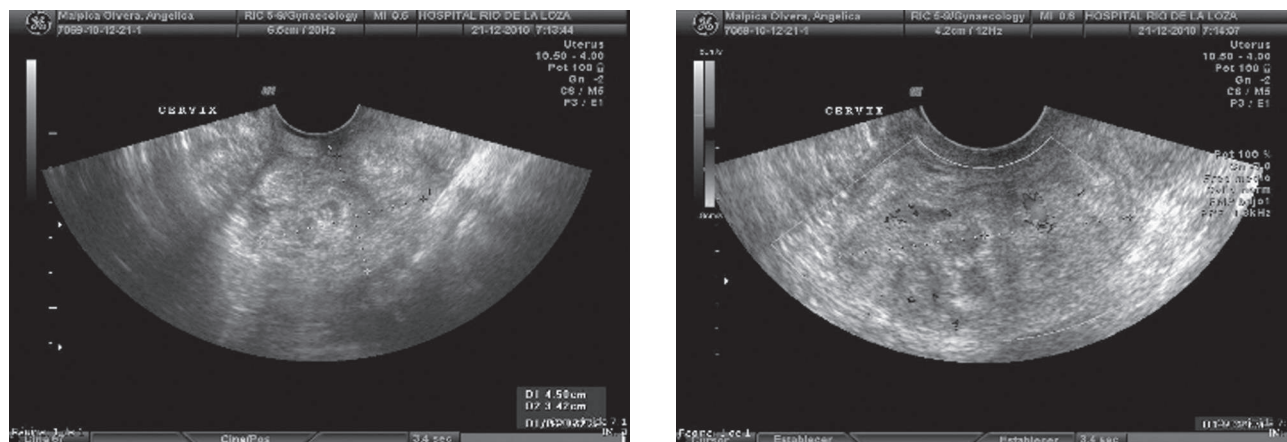


Figura 1. En la parte superior se muestra plastrón cervical heterogéneo de 4.50 x 3.42 cm de diámetro. Abajo el realce vascular.

Durante su estancia en el área de Urgencias tuvo aumento significativo del sangrado, cuantificado subjetivamente en 800 a 1000 mL, por eso se decidió intervenirla quirúrgicamente con urgencia. Se le realizó histerectomía total abdominal intrafascial sin incidentes ni accidentes, con sangrado transoperatorio de 250 mL y hallazgos de útero de 15 cm de largo, de los que 7 cm correspondían al cuerpo uterino y 8 cm al cuello uterino. (Figura 2)

Debido al sangrado masivo durante su estancia en el servicio de Urgencias, y a pesar de que la cuantificación de pérdidas hemáticas durante la cirugía no fue significativa, se decidió tomar una biometría hemática de control a las seis horas, que reportó disminución significativa de los parámetros con respecto a la inicial, con hemoglobina de 8.40 g/dL y hematócrito de 28.85% por lo que se optó transfundirle un concentrado eritrocitario que mejoró el estado hematológico, aumentó la hemoglobina a 10.20 g/dL y el hematócrito a 33.95% 24 horas después de la cirugía. La evolución de la paciente fue satisfactoria y se egresó por mejoría al tercer día.

El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico al reportar epitelio endocervical con abundantes restos de vellosidades coriales, restos de decidua, eritrocitos extravasados y restos de fibrina. La cavidad uterina estaba vacía, con endometrio secretor de 0.2 cm. (Figura 3)

DISCUSIÓN

El embarazo ectópico cervical representa un reto que exige al obstetra gran capacidad resolutoria, sobre todo desde

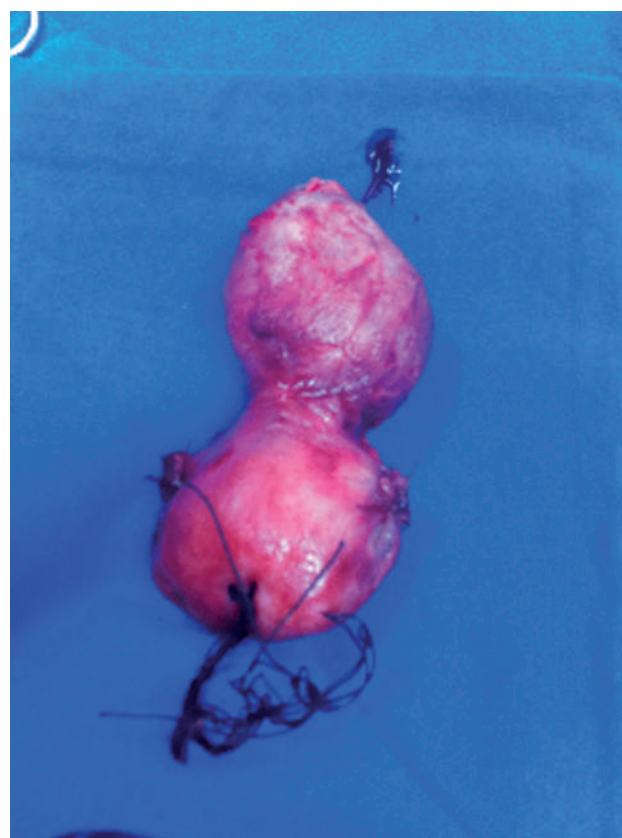


Figura 2. Pieza quirúrgica. Útero en forma de reloj de arena por el cuello aumentado de volumen.

el punto de vista del tratamiento, porque se trata de un problema que afecta más a mujeres en edad reproductiva, sobre todo a las que han recurrido a técnicas de reproduc-

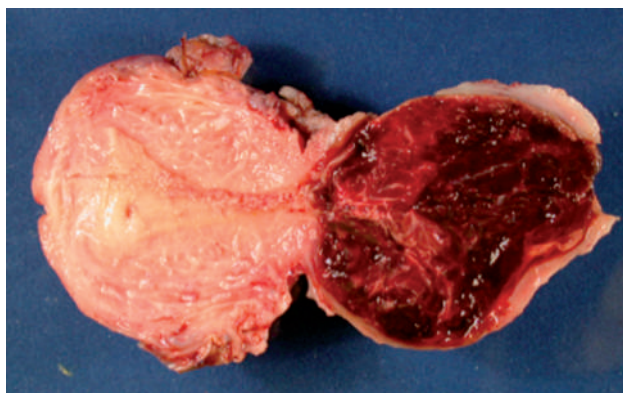


Figura 3. Útero gestante sin anexos de 10x5x4 cm, peso de 139 gramos. Tiene un embarazo en el canal endocervical de 5 cm de diámetro. El endometrio es secretor.

ción asistida, en quienes la fertilidad es particularmente importante.⁶

A la fecha no hay un consenso del mejor tratamiento, debido a la falta de evidencia sustentada en grandes series de casos clínicos. Sin embargo, podemos considerar que la alternativa ideal será el método que ofrezca una solución eficiente, regresión rápida de la gonadotropina coriónica y del volumen cervical y que permita conservar la capacidad reproductiva sin incrementar los costos hospitalarios.⁷

El diagnóstico oportuno, junto con las técnicas ultrasonográficas actuales, representan las herramientas para ofrecerle a las pacientes el mejor pronóstico posible. La sospecha temprana, basada en los siguientes factores de riesgo: anomalías anatómicas uterinas, miomatosis, sinquias uterinas, intervenciones cervicales previas y uso de técnicas de reproducción asistida,⁸ y una valoración ultrasonográfica que identifique los criterios propuestos por Hoffmann y su grupo, que incluyen: existencia de saco gestacional o textura placentaria en el cuello uterino sin evidencia de embarazo intrauterino, visualización del eco endometrial, forma uterina en reloj de arena y orificio cervical interno cerrado,⁷ son los pilares del diagnóstico.

Aún así, determinar cuándo intentar un abordaje conservador es una decisión difícil para el obstetra. Con este argumento, algunos autores han propuesto que los casos de embarazo ectópico cervical con concentraciones de gonadotropina coriónica mayor de 10,000 mUI/mL, edad gestacional mayor a nueve semanas, actividad cardíaca embrionaria y longitud céfalo-caudal mayor a 10 mm, tienen mayor riesgo de falla al tratamiento conservador.^{9,10}

En las últimas décadas se han descrito más de 20 técnicas diferentes para el tratamiento conservador del embarazo ectópico cervical. Sin embargo, en la actualidad la tendencia mejor estudiada es la combinación de la aplicación sistémica de metotrexato a dosis de 1 mg/kg de peso corporal en conjunto con la embolización selectiva de arterias uterinas o dilatación y legrado endocervical.^{7,11,12,13}

Los índices de efectividad de estas técnicas son muy diversos, debido a que el abanico de opciones es muy amplio dependiendo de las características del caso clínico y de la disponibilidad de recursos técnicos. El dato estadístico más objetivo obtenido del estudio más extenso menciona que el tratamiento conservador puede disminuir la mortalidad en 100% y reducir la necesidad de histerectomía en 91% de los casos.¹⁴

Así, como en el caso aquí reportado, hay pacientes que acuden con hemorragias que ponen en riesgo la vida, donde la única opción viable es la histerectomía.¹⁵ En la actualidad no existe la suficiente evidencia científica para crear guías de manejo estandarizadas; individualizar las opciones a cada paciente es y seguirá siendo la mejor forma de abordar esta afección.

REFERENCIAS

1. Hafner T, et al. Modification of conservative treatment of heterotopic cervical pregnancy by Foley catheter balloon fixation with cerclage sutures at the level of the external cervical os: a case report. *J Medical Reports* 2010;4:202.
2. Honey L, Leader A, Claman P. Uterine artery embolization -a successful treatment to control bleeding cervical pregnancy with a simultaneous intrauterine gestation. *Human Reprod* 1999;14(2):553-555.
3. Kouyoumdjian A. Cervical Pregnancy: Case report and literature review. *JAMA* 1984;76(8): 791-796.
4. Kim TJ. Clinical Outcomes of Patients treated for cervical pregnancy with or without methotrexate. *J Korean Med Sci* 2004;19:848-852.
5. Mashiach S, et al. Cervical Shirodkar cerclage may be the treatment modality of choice for cervical pregnancy. *Hum Reprod* 2002;17(2):493-496.
6. Postawski K. Conservative treatment of cervical pregnancy in women: a review of the literature with case report. *Ginekol Pol* 2009;80(9):704-707.
7. Wang YK. An Efficient conservative treatment modality for cervical pregnancy: angiographic uterine artery embolization followed by immediate curettage. *Am J Obstet Gynecol* 2001;204:31. e1-7.
8. Spitzer D, et al. Conservative treatment of cervical pregnancy by curettage and local prostaglandin injection. *Hum Reprod* 1997;12(4):860-866.

9. Hung TH. Prognostic factors for an unsatisfactory primary methotrexate treatment of cervical pregnancy: a quantitative review. *Hum Reprod* 1998;13(9): 2636-2642.
10. Moon HS, et al. Use of Touhy needle for intraamniotic methotrexate injection through the cervical canal in a cervical pregnancy after failure of systemic methotrexate treatment. *Am J Obstet Gynecol* 2010;e4-e5.
11. Nappi C, et al. Conservative treatment by angiographic uterine artery embolization of a 12 week cervical ectopic pregnancy. *Hum Reprod* 1999;14(4):1118-1121.
12. Xiaolin Z. Transcatheter intraarterial methotrexate infusion combined with selective uterine artery embolization as a treatment option for cervical pregnancy. *J Vasc Interv Radiol* 2010;21(6): 836-841.
13. Yu B. Uterine artery embolization as an adjunctive measure to decrease blood loss prior to evacuation a cervical pregnancy. *Arch Gynecol Obstet* 2009;279(5):721-724.
14. Ruano R, et al. Three-dimensional ultrasonography diagnosis of a cervical pregnancy. *Clinics* 2006;61(4):355-358.
15. Plascencia Moncayo N. Embarazo cervical. Tres Casos. *Ginecol Obstet Mex* 2008;76(12): 744-748.



Código de ética para el ejercicio profesional del Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia

Samuel Weingerz Mehl,* Javier Haghenbeck Altamirano,** Héctor Godoy Morales,*** José Antonio Ruiz Moreno***

Compromiso ético del colegiado del COMEGO

Al haber sido aceptado como miembro del Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia me comprometo formalmente a:

Ejercer mi especialidad bajo los lineamientos del Código de Ética del COMEGO.

Poner todos mis conocimientos y experiencia al servicio de quien lo solicite.

Servir a la sociedad cumpliendo con los planes de servicio social profesional que elabore nuestro Colegio.

Colaborar en los planes de atención médica que diseñe el gobierno mexicano, cuando las circunstancias así lo exijan.

Defender con toda mi fortaleza los derechos humanos.

Enaltecer con todos mis actos a la medicina mexicana.

De faltar a este compromiso y no observar en mi vida profesional un comportamiento coherente con la ética

profesional, acepto que este Colegio, en su conjunto, a través de sus directivos, me lo reclame.

CAPÍTULO PRIMERO

Obligatoriedad de los médicos colegiados hacia este código de ética

Artículo 1

Los médicos colegiados están obligados a cumplir este Código al que se comprometieron a respetar por el hecho mismo de haber sido aceptados como miembros.

Artículo 2

Para efecto de lo anterior, los médicos colegiados deben recordar permanentemente el compromiso ético que aceptaron al recibir su carta de aceptación como colegiados, mismo que encabeza este Código de Ética.

CAPÍTULO SEGUNDO

Disposiciones generales

Artículo 3

Este Código orienta la conducta del médico colegiado en las relaciones con sus colegas, subordinados, superiores, socios, así como con sus pacientes, las instituciones y la ciudadanía.

Artículo 4

La profesión médica y, más aún, el médico colegiado, está al servicio del hombre y la sociedad. En consecuencia, respetar la vida humana, la dignidad de la persona y el

* Coordinador del Comité de Bioética.

** Secretario del Comité de Bioética.

*** Vocal del Comité de Bioética.
Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia.

Correspondencia: Dr. Javier Haghenbeck Altamirano. Centro Médico ABC de Santa Fe. Av. Carlos Graef Fernández 154. México 05300 DF. Correo electrónico: javier_haghenbeck@yahoo.com
Recibido: septiembre 2012. Aceptado: septiembre 2012.

Este artículo debe citarse como: Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia. Código de ética para el ejercicio profesional del Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia. Ginecol Obstet Mex 2012;80(10):673-677.

www.nietoeditores.com.mx

CAPÍTULO TERCERO

Deberes del médico colegiado

Artículo 5

El médico colegiado debe poner todos sus conocimientos científicos y recursos técnicos en el desempeño de su práctica profesional; mismos que deberá mantener actualizados y, preferentemente, ser avalados por el Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia.

Artículo 6

El médico colegiado debe conducirse con justicia, honradez, honestidad, diligencia, lealtad, respeto, formalidad, discreción, honorabilidad, responsabilidad, sinceridad, probidad, dignidad, buena fe y en estricta observancia de las normas éticas de la profesión médica.

Artículo 7

El médico colegiado tiene la obligación de valorar integralmente el caso particular de cada paciente, reconocer sus propias limitaciones y, en su caso, referir a la paciente con quien pueda darle mejor atención.

CAPÍTULO CUARTO

Relación médico-paciente

Artículo 19

La relación médico-paciente es el centro de la preocupación ética, por lo que el bienestar de su paciente debe prevalecer sobre cualquier otro valor o juicio del médico.

Artículo 20

La relación médico-paciente está construida bajo los principios éticos de la confidencialidad, la confianza y la honestidad.

Artículo 21

El médico colegiado deberá realizar la toma de decisiones sobre diagnósticos y tratamientos basados en un modelo de diálogo que aporte información suficiente, veraz y comprensible para su paciente, con reconocimiento del principio de autonomía y de la importancia del consentimiento informado de su paciente.

Artículo 22

El médico colegiado entiende que aún antes que ofrecer un beneficio a su paciente es prioritario no dañar, por lo que hará todo lo que esté en sus manos para evitar un perjuicio a su paciente y disminuir los riesgos de efectos adversos de sus acciones o prescripciones, de acuerdo con el principio de no maleficencia.

Artículo 23

El médico colegiado debe velar por el mejor interés de su paciente de acuerdo con el principio de beneficencia y ejercitar todo su juicio para asegurarse que ésta recibe el tratamiento más adecuado.

Artículo 24

La paciente, en su relación con el médico, respetará la autonomía del médico a través de la libre prescripción y en apego a las buenas prácticas clínicas.

Artículo 25

El médico colegiado debe procurar mantener la relación médico-paciente y tiene la obligación de no abandonar el caso hasta que pueda referirlo o por motivos de ley o contrato, la relación pueda disolverse.

Artículo 26

Si la relación es inexistente, el médico colegiado puede rehusarse a opinar o tratar a una persona, salvo en caso de urgencia y de acuerdo con lo establecido en la Ley General de Salud y sus reglamentos y normas correspondientes.

Artículo 27

El médico colegiado debe evitar las relaciones románticas o sexuales, de cualquier tipo, con sus pacientes actuales y se considerará abuso profesional de poder y violación al principio de confianza, contravenir esta disposición.

Artículo 28

El médico colegiado debe siempre, de acuerdo con la Ley General de Salud, sus reglamentos y normas, obtener el consentimiento informado para procedimientos clínicos, de diagnóstico o terapéuticos, haciendo mención en éste de los hechos más relevantes e importantes y siempre bajo la recomendación de las buenas prácticas clínicas médicas. Este informe debe presentarse en forma comprensible, amplia y veraz.

Artículo 29

Se considera un acto no ético del médico colegiado, prescribir o proveer terapias a su paciente, que no hayan demostrado ser benéficas, así como utilizar tratamientos o técnicas que se consideran experimentales, sin el consentimiento de la paciente y la sujeción a un protocolo de investigación aprobado.

Artículo 30

El médico colegiado debe respetar los derechos de confidencialidad y privacidad de su paciente. En caso de tener que dar información por así requerirla un tercero o alguna autoridad sanitaria o judicial, el médico debe primero explicar y de preferencia obtener autorización de su paciente para darla y hacerlo sólo conforme a lo descrito en la ley, los reglamentos y las normas vigentes.

CAPÍTULO QUINTO

Deberes del médico colegiado para con la práctica clínica

Artículo 31

El médico colegiado debe actualizarse constantemente y preferentemente, tener certificación vigente para brindar una atención segura y de calidad a sus pacientes.

Artículo 32

El médico colegiado está comprometido a ejercer la docencia con sus colegas de menor jerarquía y en formación, apegado a las normas de la buena práctica clínica y los principios bioéticos del ejercicio de la medicina y estar consciente que su propio desempeño profesional constituye una guía de actuación para sus subalternos.

Artículo 33

El médico colegiado debe ejercer su profesión con dignidad y respeto a sus pacientes, así como a sus colegas y maestros, reconociendo las enseñanzas que estos últimos le transmitieron y que lo obligan a ser ejemplo en su ejercicio profesional.

Artículo 34

El médico colegiado debe realizar investigación clínica para favorecer el avance científico en beneficio de la medicina y los pacientes, actuando siempre apegado a los

códigos de bioética universalmente aceptados y respetando siempre la dignidad humana.

Artículo 35

El médico colegiado debe comunicar los resultados de sus investigaciones con honestidad, objetividad y estricto rigor científico.

CAPÍTULO SEXTO

Deberes de los médicos colegiados para con sus colegas

Artículo 36

La confraternidad entre los médicos colegiados es un deber primordial pero sobre ella tienen precedencia los derechos de los pacientes.

Artículo 37

El médico colegiado debe respeto a las personas y al trabajo de sus colegas, por lo que evitará lesionar el buen nombre y prestigio de sus colegas ante terceros, sean autoridades, clientes, médicos u otros profesionistas.

Artículo 38

El médico colegiado que infrinja las reglas de la ética médica mencionadas en este u otro Código, deberá ser reportado al Consejo Directivo del COMEGO, quien enterará al Comité de Honor y Justicia para el análisis del caso y tomará las acciones conducentes.

Artículo 39

El médico colegiado debe respetar la autoría de sus colegas, asesores y trabajadores cuando intervengan en su práctica profesional e investigaciones realizadas en conjunto.

Artículo 40

El médico colegiado debe repartir de manera justa y equitativa los frutos del trabajo realizado en colaboración con sus colegas, asesores y trabajadores.

Artículo 41

El médico colegiado apoyará, en la medida de lo posible, el desarrollo profesional de sus colegas y subordinados.

Artículo 42

El médico colegiado debe respetar la opinión de sus colegas; cuando haya oposición de ideas, deberá consultar fuentes fidedignas, basadas en evidencia, y buscar asesoría con expertos reconocidos en la materia de que se trate.

Artículo 43

El médico colegiado debe estar dispuesto a colaborar cuando se lo pidan otros colegas, apoyándolos y asesorándolos científicamente y con sus destrezas.

Artículo 44

El médico colegiado debe mantener una relación de respeto y colaboración con sus colegas, asesores y trabajadores, así como con profesionistas de otros campos.

Artículo 45

El médico colegiado no debe difamar el nombre de sus colegas o de cualquier profesionista ante autoridades, pacientes, otros profesionistas o cualquier otra persona.

Artículo 46

El médico colegiado debe abstenerse de intervenir en casos de pacientes hospitalizadas, cuando otro colega esté prestando sus servicios; en caso de que la paciente lo solicite para tal efecto, deberá comunicarlo al médico tratante responsable. Si se presenta una urgencia tendrá la obligación de actuar en consecuencia, notificando de inmediato al médico tratante.

Artículo 47

El médico colegiado, cuando el caso que atiende así lo requiera, debe solicitar, permitir y colaborar con equipos interdisciplinarios, para intervenir de manera integral y coordinada en beneficio de su paciente.

Artículo 48

El médico colegiado debe denunciar, por los medios legales establecidos, el ejercicio ilícito de la medicina, en concordancia con lo que establece la normatividad aplicable.

Artículo 49

El médico colegiado no deberá practicar una competencia desleal para con sus colegas, insinuando a potenciales clientes (pacientes, médicos o profesionales de otras áreas), que sus servicios son más baratos o más profesionales.

Artículo 50

El médico colegiado no deberá aceptar la oferta de trabajo que actualmente desempeña uno de sus colegas, como resultado de una competencia desleal, o cualquier otro tipo de convenio no ético.

Artículo 51

El médico colegiado podrá establecer convenios de trabajo, con todo tipo de empleador, apegados a este Código y en congruencia con lo que dispone.

CAPÍTULO SÉPTIMO

Deberes del médico colegiado para con la sociedad

Artículo 52

El médico colegiado, a través de su Colegio, debe ser generador de las políticas públicas de la especialidad.

Artículo 53

El médico colegiado debe proporcionar el servicio social profesional por convicción y conciencia social, en apego a la normatividad conducente y de acuerdo con los planes que el COMEGO plante.

Artículo 54

El médico colegiado debe tener siempre presente su obligación de poner en alto el prestigio de la ginecología y la obstetricia, en el país y en el extranjero.

Artículo 55

El médico colegiado debe ser respetuoso de las tradiciones, costumbres y cultura de los diversos grupos que forman la nación mexicana.

Artículo 56

El médico colegiado debe proporcionar sus servicios, en caso necesario, a cualquier persona económicamente desprotegida, cuando se lo solicite y en tanto la deriva al servicio de salud que le corresponda.

Artículo 57

El médico colegiado pondrá a disposición de los gobiernos federal, estatal o municipal, siempre que se lo soliciten, toda su capacidad profesional, en casos o circunstancias que pongan en peligro la seguridad de

la población o de sus bienes, conforme a la legislación vigente.

CAPÍTULO OCTAVO

Deberes de los médicos colegiados y los terceros pagadores

Artículo 58

El médico colegiado debe actuar con dignidad y profesionalismo ante los terceros pagadores, exigiendo respeto y trato justo por su trabajo.

Artículo 59

El médico colegiado debe evitar las prácticas desleales, coercitivas y no éticas que se generen de las relaciones contractuales que establezca.

Artículo 60

El médico colegiado debe exigir un pago justo y digno por su trabajo.

Artículo 61

El médico colegiado, en su relación contractual, puede ejercer su derecho a la objeción de conciencia sin que esto represente una sanción por ello.

Artículo 62

El médico colegiado debe respetar el derecho de confidencialidad de sus pacientes. La información solicitada

por terceros sólo se otorgará previo consentimiento de la paciente.

Artículo 63

El médico colegiado debe brindar atención médica con el objetivo de mejorar la salud de sus pacientes; esta atención debe estar separada de los lineamientos establecidos por terceros y por encima de los intereses de éstos para disminuir costos.

Artículo 64

El médico colegiado deberá pugnar por tabuladores justos que dignifiquen su profesión ante terceros pagadores, para lo cual el COMEGO sugerirá elementos para calcular los aranceles profesionales y brindará asesoría en las relaciones que existan entre los diferentes actores y los colegiados.

Artículo transitorio

Este Código de Ética es parte complementaria del Estatuto del propio Colegio, del cual forma parte como anexo A.

Fue actualizado por el Comité de Bioética del Consejo Directivo del COMEGO 2011-2012 y tendrá vigencia a partir de su publicación, en tanto no sea reformado por el Consejo Directivo con la aceptación de la Asamblea General.

Cualquier colegiado, en lo particular o en grupo, podrá proponer reformas que deberá canalizar al Comité de Bioética, mismo que las analizará y si las considera pertinentes, las planteará al Consejo Directivo para su aprobación, modificación o rechazo con el visto bueno del Comité de Honor y Justicia y finalmente deberán ser aprobadas por la Asamblea Ordinaria.



Hace 55 años

El Forceps Electivo como Factor en el Parto Moderno

Por el Dr. HUBERT PH. DE KANTER
México, D.F.

Con la evolución de la obstetricia moderna, el intervencionismo predomina sobre el abstencionismo y ya es raro el obstetra que no utilice diversas maniobras para lograr que la paciente y su producto tengan un parto menos traumático y más seguro. Si bien es cierto que el fórceps no tiene nada de moderno, lo que ha tomado una acepción moderna es el uso de él. Antiguamente, el fórceps era un instrumento con el cual se resolvían problemas de desproporción céfalo-pélvica, falta de encajamiento, sufrimiento fetal, etc. Hoy consideramos que la desproporción y la falta de encajamiento son contraindicaciones, y que se debe de usar mucho antes de que haya sufrimiento fetal. El fórceps electivo es una aplicación de fórceps hecha por elección del partero, es decir, no debe haber indicación patológica para usarlo, sino que se persigue con ello única y exclusivamente hacer más fácil el parto para la madre y para el producto. En diversas estadísticas (DE KANTER, POINS, DENNEN) se ha comprobado que la mortalidad y morbilidad infantil es francamente menor en los casos en los que se utiliza este sistema. En la gráfica (Figura 1) hecha en la Enfermería de San José de Houston, se advierte que la mortalidad infantil bajó conforme se utilizaron más episiotomías y fórceps bajos; el alza se presentó en el año de 1942 cuando los obstetras jóvenes, con ideas modernas, tuvieron que

ingresar al ejército, y los médicos generales de mayor edad tuvieron que ocuparse de los partos. No obstante, como ya se habían demostrado las ventajas de los nuevos métodos, los médicos generales también empezaron a aplicar más fórceps electivos y de nuevo hubo una baja en la mortalidad infantil. El hecho que esta gráfica esté basada sobre cerca de 25,000 casos hace que el error estadístico fuera reducido al mínimo.

Las cifras de POINTS (Cuadro 1) tenían por objeto recomendar anestесias y no técnicas de atención del parto. Pero como también hace un estudio comparativo entre el parto espontáneo y el fórceps electivo, me permito incluirlo en el presente trabajo. En los prematuros sobre todo se destaca la notable ventaja que tiene la atención del parto con la ayuda del fórceps electivo.

Las estadísticas de la Policlínica de Nueva York (Cuadro 2) incluyen también un estudio de morbilidad y nuevamente se comprueba cómo parece haber mejores resultados.

Hay un factor en las tres estadísticas que nos da una perspectiva quizá errónea. Los especialistas en obstetricia definitivamente utilizan el fórceps electivo; en cambio, los médicos generales tienen tendencia a dejar que el parto evolucione espontáneamente. Los primeros, naturalmente, estarán más capacitados para afrontar los problemas obstétricos y las estadísticas globales lo han comprobado, de manera que si los que saben más obstetricia lo utilizan y obtienen mejores resultados, nos debemos de unir a este grupo en beneficio de nuestras pacientes.

El efecto traumático de las últimas contracciones uterinas forzando la cabeza del producto contra el periné rígido de la madre, es contrarrestado por la analgesia o

Artículo reproducido de Ginecología y Obstetricia de México 1957;XII:305-309.

www.nietoeditores.com.mx

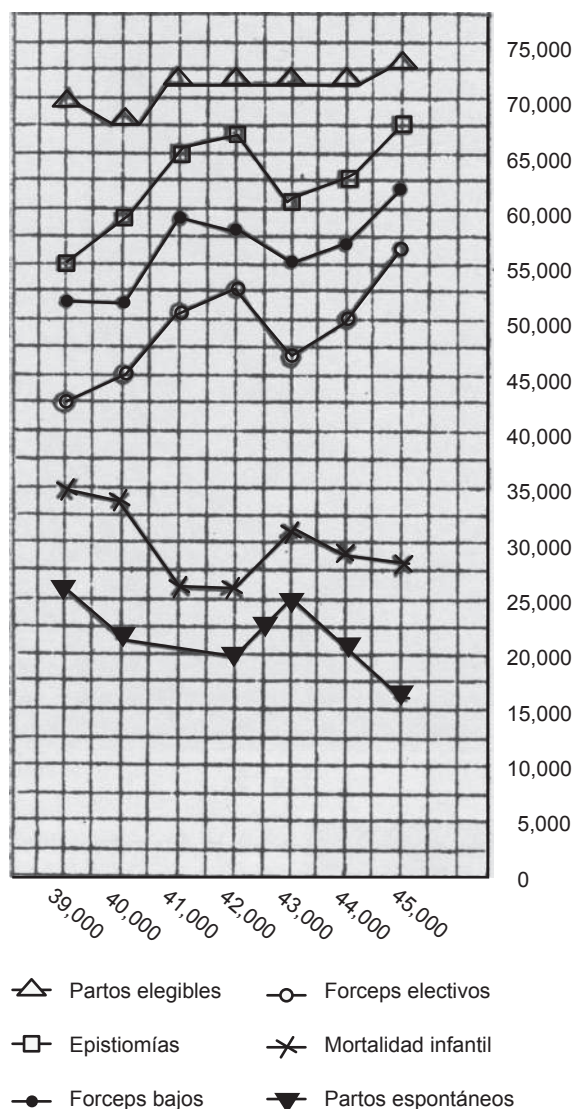


Figura 1.

anestesia obstétrica. La intervención activa del partero al extraer el producto, después de hacer una episiotomía, evitará que el efecto tóxico de los anestésicos pudieran perjudicar al nuevo ser.

La aplicación baja del fórceps, cuando la cabeza ha llegado al periné no implica peligro y es una maniobra fácil de realizar. No nos cabe duda que en aquellos hospitales en los que se utiliza la anestesia y analgesia obstétrica, son los que tenemos que aceptar como los más adecuados. Me imagino que son pocos entre ustedes los que no insistirían que se le ayude a sus esposas durante el parto, sobre todo si con ello también se beneficia al recién nacido.

Cuadro 1.

<i>Partos a término:</i>		
<i>Anestesia utilizada</i>	<i>Fórceps</i>	<i>Espontáneo</i>
Ciclopropano	3.8	4.0
Subaracnoidea	6.7	12.1
Otras	2.1	5.9
Ninguna	-	5.2
<i>Partos prematuros:</i>		
<i>Anestesia utilizada</i>	<i>Fórceps</i>	<i>Espontáneo</i>
Ciclopropano	7.5	16.1
Subaracnoidea	14.4	33.6
Otras	3.2	29.6
Ninguna	-	56.5

Cuadro 2.

	<i>Fórceps</i>	<i>Espontáneo</i>
Mortalidad	9,237	4,583
Corregida	10.01%	2.9%
Morbilidad	0.60%	1.15%
	0.85%	1.04%

Es quizá el hecho que todos los médicos generales se dedican a partos lo que hace que los especialistas en obstetricia sean aún contados y que numerosas maniobras propias para los especialistas no se puedan hacer públicas. El fórceps puede ser un instrumento muy peligroso, sobre todo si el que lo manipula no se ha acostumbrado a su uso y trata de hacer con él maniobras para las que no está hecho. Los cirujanos torácicos describen cómo se puede abrir la cavidad pleural con toda confianza y sabemos que ninguno de nosotros lo haríamos al no tener el entrenamiento adecuado. Debemos acordarnos que el número de partos es mucho mayor que cualquiera intervención quirúrgica por sencilla o complicada que sea y, por ende, debía haber muchos más médicos que se especializaran en ellos. No es necesario entrar a la especialización para aprender a manejar el fórceps. Es más, considero que el médico que atiende partos debe aprender a usarlo, tal como el cirujano usa el bisturí. Igual que el bisturí, tiene una técnica especial que se debe aprender, y si usamos el fórceps en esas condiciones será un instrumento noble y útil.

El fórceps electivo es una ventaja para la madre y el producto, y si no se obtiene esa ventaja es preferible no aplicarlo. El Dr. David Fragoso resumía las indicaciones diciendo que la aplicación del fórceps debe de ser fácil ya que si hay dificultad en ello, es también muy probable que su uso no esté indicado.

Las *ventajas* del fórceps son las siguientes:

1. Nos da mucho mayor control sobre el parto, podemos hacer descender la cabeza y extraerla cuando así lo deseemos.
2. Protegeremos el cráneo del producto de la presión que sobre él pudiera ejercer el piso perineal.
3. Nos permitirá anestesiar a la paciente, hacer una episiotomía y reconstruirla con todas las reglas de la cirugía moderna.

Las *condiciones* que se deben reunir para poder hacer una aplicación electiva del fórceps son las siguientes:

1. Debe ser en medio hospitalario estéril.
2. La paciente debe de estar anestesiada.
3. Debe haber dilatación completa del cuello.
4. La vejiga debe ser vaciada por sondeo.
5. Debe haber presentación de vértice, en OIIA o OIDA, y debe haber descendido por abajo de las espinas ciáticas.
6. Se debe hacer episiotomía antes de la aplicación.

Son contraindicaciones:

1. Desproporción céfalo-pélvica.
2. Dilatación incompleta del cuello.
3. Cabeza flotante, o arriba de las espinas ciáticas.
4. Membranas íntegras.
5. No saber usarlo.

El uso del fórceps está descrito en la mayoría de los libros de texto, pero aun siguiendo las instrucciones letra por letra, es difícil manejarlo con la habilidad necesaria para no dañar al producto. He visto médicos, quienes deberían considerarse expertos por el número de partos que atienden, usarlo como verdadera barrena.

Haré una somera revisión de los puntos referentes a la mecánica y a la técnica de los fórceps, que me han sido muy útiles. Los fórceps son, a semejanza de las pinzas o las tijeras (Figura 2), un conjunto de palancas de primer grado. La potencia activa en los mangos, el punto de apoyo en el cierre y la resistencia en las hojas. Sabemos que la distancia que recorre la resistencia y la distancia que recorre la potencia están en proporción directa de la distancia que cada una tiene del punto de apoyo. Es decir, si aproximamos los mangos 1 cm., la punta de las hojas habrá recorrido una distancia cuatro o cinco veces mayor. Transmitimos la fuerza con que cerramos los mangos a la punta de las hojas, comprimiendo con ello la cabeza del producto, y aunque la fuerza esté en relación inversa de la distancia, es fácil comprender el daño que podemos hacer si comprimimos el mango con una fuerza de unos cuatro o cinco kilogramos. De estas conclusiones físicas deducimos que nunca debemos cerrar o apretar los mangos del fórceps. El mango está hecho para dirigir el fórceps y no para apretar la cabeza.

Los lados del conducto pélvico (Figura 3), en ocasiones también se convierten en punto de apoyo, sobre todo si

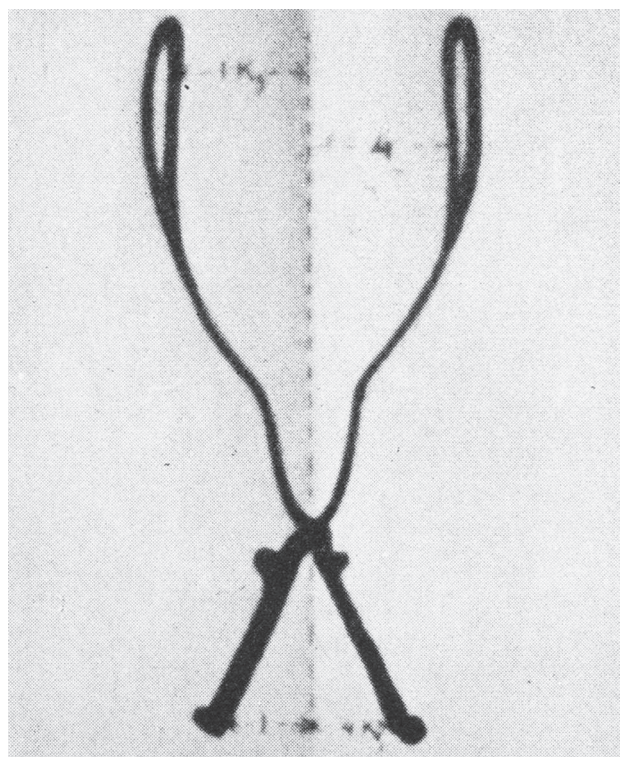


Figura 2.

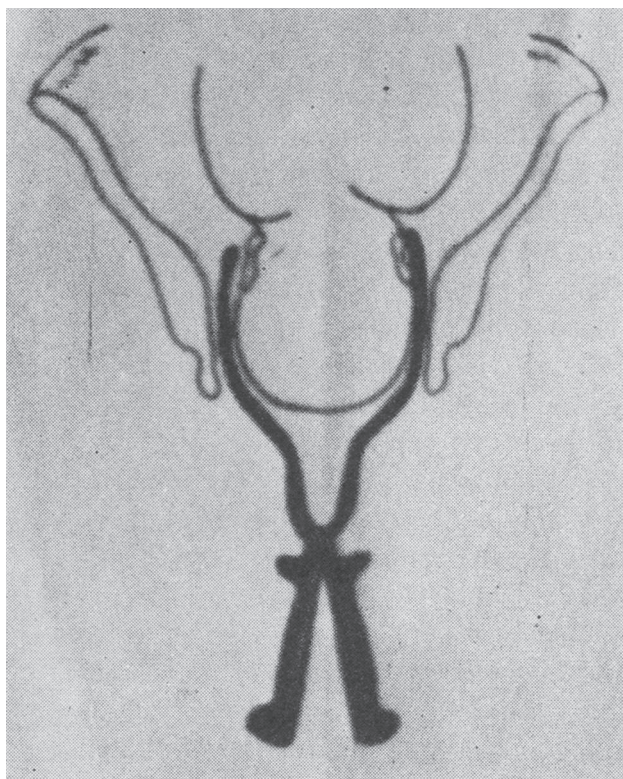


Figura 3.

hacemos movimientos de lateralidad, forcejeando para extraer la cabeza. BAUDELOQUE, OSIANDER, TARNIER y FARABEUF usaban estos movimientos para extraer la cabeza, aceptando el daño que hacían a las partes blandas de la madre como sacrificio que se justificaba al salvarle la vida. El daño y el tratamiento que se hacía al producto en aquellos días no se tomaba en consideración. Hoy ya no es aceptado, porque tenemos otros métodos como la cesárea, etc., para solucionar estos problemas. Al hacer tracción también el conducto pélvico se convierte en punto de apoyo, y aunque la potencia se desplaza en distinto sentido, la cabeza sigue siendo la resistencia, e indirectamente sufrirá por la fuerza ejercida. Como regla general, podemos decir que no se debe hacer mayor tracción que la que el partero pueda ejercer con los brazos en semiflexión. Siempre que el partero utilice un apoyo para hacer la tracción anda por caminos peligrosos. En el fórceps electivo nunca es necesario utilizar gran fuerza.

Se encuentran descritas en los libros de texto distintas aplicaciones del fórceps, y se describe una como “la ideal”. Esta toma se logra cuando las hojas del fórceps

pasen por los parietales y se fijen sobre las orejas del producto. Debemos recordar que la región petrosa es la que primero se osifica y donde las articulaciones no tienen los movimientos que encontramos entre los otros huesos del cráneo. Además, el temporal es un hueso ancho, ya que sensiblemente tiene la misma dimensión en todos los sentidos, y de acuerdo con la patología ósea son estos huesos los que más difícilmente se fracturan. En el fórceps electivo solamente se debe hacer esta toma, lo cual no es muy difícil, al localizar las suturas craneales y orientar las hojas por medio de ellas. Después de haber hecho una aplicación (Figura 4) debemos revisar que la sutura intraparietal divida la distancia entre las hojas en dos, y que la “Y” que se forma por la unión de los parietales con el occipital, quede hacia arriba.

El canal pélvico está formado por un arco con concavidad anterior y que tiene como centro el pubis (Figura 5). Es imposible que a base de tracción en una sola dirección pasemos la cabeza del producto a través de este conducto

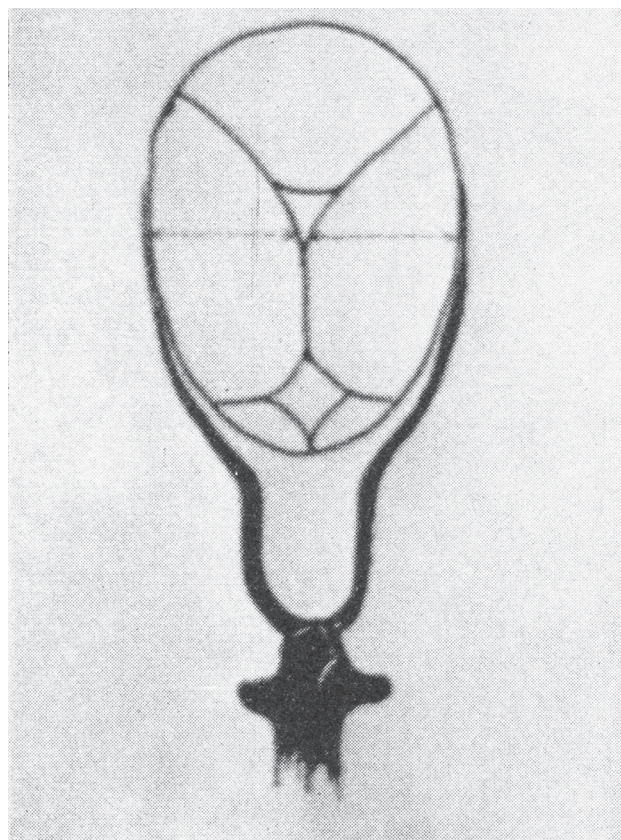


Figura 4.

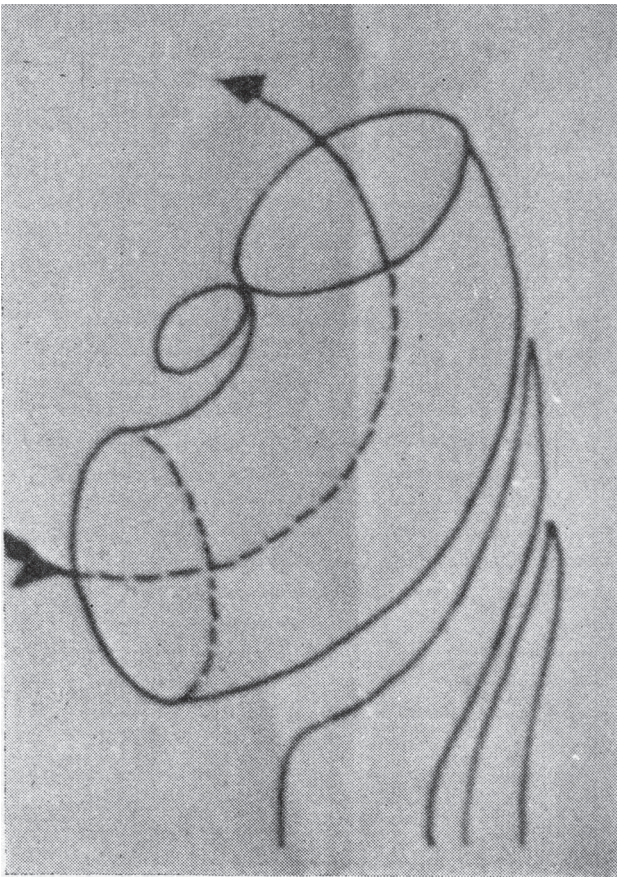


Figura 5.

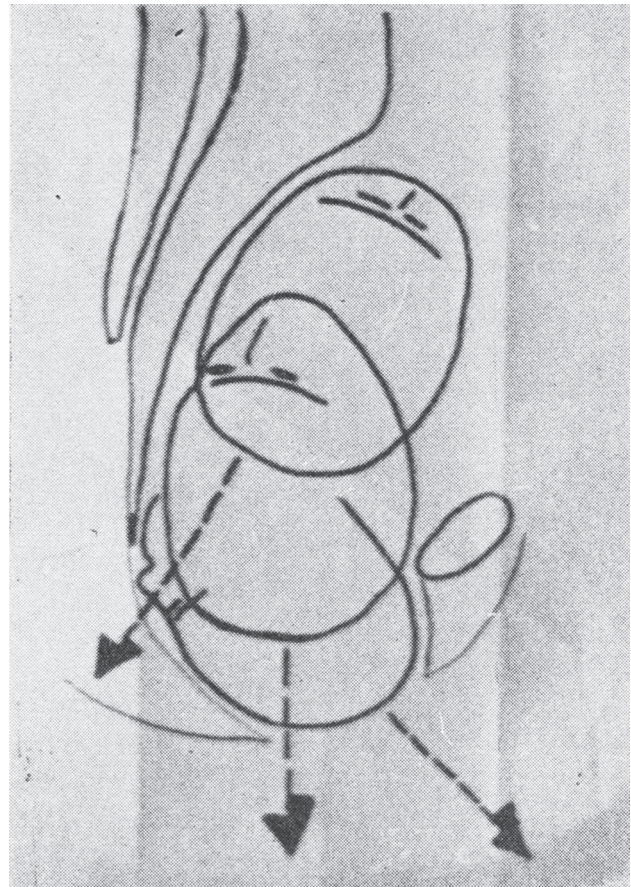


Figura 6.

(Figura. 6). Debemos dirigir nuestra fuerza de tracción en el eje del fragmento que está recorriendo la cabeza. Primero debemos hacer tracción hacia abajo y francamente hacia atrás de la enferma, para ir lentamente hacia adelante, conforme la cabeza va recorriendo el arco antes mencionado. Es imposible obtener la dirección exacta si no se ha hecho antes una episiotomía amplia, ya que el piso perineal no permite que las hojas del fórceps queden en posición adecuada. Es más, en la primípara, ni en los niveles medios, haremos una aplicación adecuada si no hemos hecho episiotomía previa. El paso de la cabeza a través del canal pélvico se lleva a cabo con movimientos rotatorios parciales, ajustándose los diámetros mayores de ella con los de la pelvis. De esta manera se buscan los planos de menor resistencia pues aunque no sea la manera más rápida, es la menos traumática para el producto. El tratar de forzar el descenso de la cabeza lleva consigo el peligro de causar lesiones en el producto. Es por ello que

la aplicación de los fórceps se debe realizar cuando la cabeza ha salido del conducto óseo y solamente la debemos desplazar a través de la parte muscular donde no existen estos peligros. Aun en estas condiciones, el fórceps correctamente manejado debe permitir suficiente movimiento sobre su eje para que la cabeza pueda rotar libremente.

Por la parte anterior y posterior, la vagina está fijada al recto y a la vejiga por medio de tejido celular laxo, que con facilidad se desprende, dando lugar a proctoceles y cistoceles. El recomendar a las enfermas que hagan esfuerzos que sirvan para descender la cabeza, cuando la dilatación aún no es completa, o el dejar que la cabeza permanezca sobre el piso perineal mientras éste cede a la fuerza destructora de la matriz, hace que se presenten con mayor frecuencia los proctoceles y los cistoceles. La episiotomía es una lesión nítida quirúrgica que pasa por las regiones que menos trastornos le traen a la enferma; en el parto espontáneo, los desgarros son lesiones que

abarcen las partes menos resistentes y que en el periné son las que dejarán trastornos serios a la enferma, tales como las lesiones del esfínter anal. La cicatrización de la lesión quirúrgica siempre será mejor que la de una lesión contusa. No debemos engañarnos al considerar que el periné no se lesionó porque la piel haya quedado íntegra. La piel es notablemente más elástica que el tejido fibroso que forma el cuerpo perineal, y aunque queda íntegra, la lesión en el tejido fibroso tarde o temprano dará sintomatología. No necesariamente debe relajarse el periné después del primer parto, sino que la reconstrucción de él nos asegurará que su funcionamiento no quede alterado.

Entre las episiotomías hay tres generalmente aceptadas: la central, la medio-lateral, y la mesio lateral (la lateral). La lateral completa no se acepta ya que además de ser de difícil reconstrucción no nos brinda ventaja marcada. La central y la mesio lateral son las más fáciles de reconstruir y las menos dolorosas para las pacientes, pero el peligro de que se prolonguen y de que lesionen el esfínter anal es demasiado grande. Personalmente siempre uso la medio-lateral derecha, aun cuando haga episiotomías por segunda y tercera vez. Hay autores que recomiendan que se usen alternadamente el lado derecho y el izquierdo, para evitar

la lesión repetida de los mismos tejidos. Hasta la fecha no he observado que la cicatrización haya sido defectuosa debido al tejido cicatricial de la episiotomía anterior.

COMENTARIO

El presente trabajo no pretende ser nuevo ni espectacular, ya que el tema que en él se trata no tiene esas características. Lo que se persigue es buscar el mejoramiento de la técnica utilizada en los partos comunes y corrientes, que forman la mayoría de los que son atendidos por los médicos generales. Vuelvo a repetir mi definición del buen partero. El buen partero no es aquel que logra sacar adelante un caso difícil, sino aquel que a través de un número más o menos grande de partos tiene la menor morbilidad y mortalidad materno-infantil.

Las características del parto moderno son un poco confusas, sobre todo porque todos tenemos la tendencia a utilizar la palabra “moderno” para describir nuestra técnica. Pero si consideramos que la finalidad del parto moderno, es tener una morbilidad y mortalidad materno-infantil menor, entonces el fórceps electivo con episiotomía es un factor esencial en él.



Instrucciones para los autores

1. Los artículos deben enviarse, preferentemente, mediante correo electrónico o entregarse en las oficinas de la revista en original impreso y archivo electrónico en CD marcado con el título del trabajo. Anexar el formato de cesión de los derechos de autor (firmado por todos los autores) y confirmar que se trata de un artículo inédito. Los trabajos no aceptados se devolverán al autor principal. El formato de cesión de derechos puede descargarse de la página www.nietoeditores.com.mx. Ningún material publicado en la revista podrá reproducirse sin autorización previa por escrito del editor.
2. El manuscrito comprende:
 - 2.1. Títulos completos y cortos en español e inglés, nombres y apellidos del o los autores, la adscripción de cada uno (institución, hospital, departamento o servicio) vinculada con el motivo del trabajo (no se aceptan títulos honoríficos o pasados: expresidente, miembro Titular o Emérito de tal cual institución, Academia o Sociedad), dirección postal completa (calle, colonia, delegación o municipio, estado y código postal), teléfono fijo (incluida la clave lada) y correo electrónico del primer autor o del autor al que se dirigirá la correspondencia.
 - 2.2. **Resumen.** El resumen es la parte medular del artículo porque es la más leída, por tanto, debe ser la más cuidada. Los artículos originales llevarán resúmenes estructurados en español e inglés, donde las entradas de los párrafos sean análogas a las partes del artículo (Antecedentes, Material y método, etc.). Los resúmenes no deberán exceder 250 palabras. Los resúmenes de los artículos de revisión y de los casos clínicos también deben escribirse en español e inglés.
 - 2.3. **Palabras clave,** en inglés y en español, basadas en el MeSH (*Medical Subject Headings*); para obtenerlas consulte la página www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.htm
 - 2.4. El texto del artículo original está integrado por las siguientes secciones:

Antecedentes. Texto breve, no mayor de 50 líneas (de 65 caracteres cada una) que permita al lector ubicarse en el contexto del tema investigado, por qué es relevante estudiarlo, quiénes lo han estudiado y cómo. En el último párrafo de este apartado debe consignarse el **Objetivo** del estudio que, invariablemente, debe verse reflejado en los **Resultados**.

Material y método. En la primera oración de este apartado debe indicarse el tipo de estudio (observacional, retrospectivo, doble ciego, aleatorio, etc.), la selección de los sujetos observados o que participaron en los experimentos (pacientes o animales de laboratorio, incluidos los testigos). Enseguida se especifican los aparatos (nombre y ciudad del fabricante entre paréntesis) y procedimientos con detalles suficientes para que otros investigadores puedan reproducir los resultados. Explique brevemente los métodos ya publicados pero que no son bien conocidos, describa los métodos nuevos o sustancialmente modificados, manifestando las razones por las cuales se usaron y evaluando sus limitaciones. Identifique exactamente todos los medicamentos y productos químicos utilizados, con nombres genéricos, dosis y vías de administración. Deben mencionarse los métodos de comprobación utilizados y el porqué de su elección (χ^2 , T de Student, etc.) así como los programas de cómputo aplicados y su versión.

Resultados. Deben reflejar claramente el objetivo del estudio. La cantidad final de pacientes estudiados y destacar las observaciones más relevantes.

Discusión. Incluye los aspectos nuevos e importantes del estudio, la explicación del significado de los resultados y sus limitaciones, incluidas sus consecuencias para la investigación futura. Debe establecerse el nexo de las conclusiones con los objetivos del estudio y abstenerse de hacer afirmaciones generales y extraer conclusiones que carezcan de respaldo. Proponga nuevas hipótesis cuando haya justificación para ello.

El texto no debe incluir abreviaturas de ninguna especie, a pesar de la abundancia de términos, pues ello implicaría remitir al lector a la parte inicial donde se definieron éstos y ello puede conducir al abandono de la lectura por incompreensión. Los símbolos sí están permitidos (L, kg, g, cm, dL, etc.) pero no las abreviaturas, sobre todo cuando no son internacionales o multilingües. No existen dudas para los acrónimos: ADN, HDL, LDL, VLDL, mmHg, etc.

- 2.5. **Figuras y cuadros.** Se utilizará el término figura para citar por igual ilustraciones, esquemas, fotografías y gráficas. Se utilizará el término cuadro para citar por igual los cuadros y las tablas.
- 2.6. Pueden agregarse anexos con cuestionarios o encuestas utilizados durante la investigación.
- 2.7. Pueden incluirse agradecimientos.
3. Los cuadros y figuras deben numerarse con caracteres arábigos. Cada uno deberá tener un título breve y mencionarse en el cuerpo del artículo. Los cuadros de datos tabulados que contengan exclusivamente texto deberán elaborarse con la aplicación "Tabla" de Word; los esquemas y diagramas, con Power Point; las gráficas de pastel, barras, dispersión, etcétera, con Excel.
4. Para las fotografías en versión electrónica debe considerarse lo siguiente:

Entregar cada una en archivo separado en formato TIFF o JPG (JPEG).

Sólo si el tamaño real de las imágenes resulta excesivo, éstas pueden reducirse a escala; dada la pérdida de resolución, no deben incluirse imágenes que requieran aumento de tamaño.

La resolución mínima aceptable es de 300 dpi. Si las fotografías se obtienen directamente de cámara digital, la indicación debe ser "alta resolución".

5. Dentro del archivo de texto deben incluirse los cuadros y pies de figura, al final después de las referencias.
6. Cuando los cuadros o figuras se obtengan de otro medio impreso o electrónico, deberá adjuntarse la carta de autorización de la institución donde se publicaron. Excepto los casos que carezcan de derecho de autor.
7. Las siglas o abreviaturas de los cuadros o figuras se especificarán al pie de los mismos.
8. Las referencias deben enumerarse consecutivamente según su orden de aparición en el texto y el número correspondiente debe

Instrucciones para los autores

registrarse utilizando el comando superíndice de Word (nunca deben ponerse entre paréntesis). Para evitar errores se sugiere utilizar la aplicación “insertar referencia” del menú principal de Word. Deben omitirse comunicaciones personales, en cambio, si se permite la expresión “en prensa” cuando un trabajo se ha aceptado para publicación en alguna revista, pero cuando la información provenga de textos enviados a una revista que no los haya aceptado aún, deberá citarse como “observaciones no publicadas”. Cuando en una referencia los autores sean más de **cinco** se consignarán los primeros cuatro y el último seguido de la palabra *y col.* o *et al* (si es en inglés).

Ejemplos

Publicación periódica

You Ch, Lee KY, Chey RY, Menguy R. Electrogastrographic study of patients with unexplained nausea, bloating and vomiting. *Gastroenterology* 1980;79:311-314.

Libro

Murray PR, Rosenthal KS, Konbayashi GS, Pfäller MA. *Medical microbiology*. 4th ed. St Louis: Mosby, 2002;210-221.

Capítulo de libro

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Volgestein B, Kinzler KW, editors. *The genetic basis of human cancer*. New York: McGraw-Hill, 2002;93-113.

Base de datos o sistemas de recuperación en internet

Online Archive of American Folk Medicine. Los Angeles: Regents of the University of California 1996 (consultado 2007 Feb 1). Disponible en <http://www.folkmed.ucla.edu/>.

Artículos de revistas en internet

Kaul S, Diamond GA. Good enough: a primer on the analysis and interpretation of noninferiority trials. *Ann Intern* 2006;145(1):62-69. Disponible en <http://www.annals.org/reprint/145/1/62.pdf>

Información obtenida en un sitio de internet

Hooper JF. Psychiatry and the Law: Forensic Psychiatric Resource page. Tuscaloosa (AL): University of Alabama, Department of Psychiatry and Neurology; 1999 Jan 1 (Actualizado 2006; consultado en 2007 Feb 23). Disponible en <http://bama.ua.edu/~jhooper/>

9. Se aconseja que en las referencias bibliográficas se incluyan citas de autores mexicanos o latinoamericanos.

Instrucciones para los autores

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Los abajo firmantes estamos conformes con lo mencionado en los incisos previos, como en el tipo de crédito asignado en este artículo:

- TÍTULO DEL ARTÍCULO: _____

- NOMBRE COMPLETO DEL AUTOR O AUTORES: _____

- LOS AUTORES CERTIFICAN QUE SE TRATA DE UN TRABAJO ORIGINAL, QUE NO HA SIDO PREVIAMENTE PUBLICADO NI ENVIADO PARA SU PUBLICACIÓN A OTRA REVISTA. MANIFIESTAN QUE NO EXISTE CONFLICTO DE INTERESES CON OTRAS INSTANCIAS.
- TAMBIÉN ACEPTAN QUE, EN CASO DE SER ACEPTADO PARA PUBLICACIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO, LOS DERECHOS DE AUTOR SERÁN TRANSFERIDOS A LA REVISTA.

- NOMBRE Y FIRMA DE TODOS LOS AUTORES:

NOMBRE	FIRMA
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

- VISTO BUENO (NOMBRE Y FIRMA) DE AUTORIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN DONDE SE REALIZÓ EL TRABAJO:

NOMBRE	FIRMA
_____	_____
_____	_____
_____	_____

LUGAR: _____ FECHA: _____