



EDITORIAL

Dr. José Pacheco Romero

DIRECTOR, REVISTA PERUANA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Comentábamos en un Editorial anterior, en referencia a artículos sobre Tecnología de laboratorio en reproducción asistida ⁽¹⁾, los avances logrados desde el nacimiento de Louise Brown, en 1978, hasta el momento, hasta tal punto que entre 1 y 4% de los nacimientos en el mundo son resultado de reproducción asistida ⁽²⁾. Sin embargo, los éxitos de embarazo que llegan a término ha variado poco en las últimas décadas ⁽³⁾ y las madres y los productos pueden tener diversas complicaciones ⁽⁴⁾. Por ello se ha ido perfeccionando la combinación de drogas para inducir la ovulación, la maduración in vitro de los ovocitos, atención con los problemas del espermatozoide, el número de embriones y el momento de transferir, el estudio genético preimplantación, vitrificación de blastocistos, entre otros.

Uno de los grandes problemas existentes en este mundo de globalización económica y competitividad es sobre la necesidad de

profesionales y técnicos y otras personas de afirmar su situación en la sociedad antes de procrear; ello conlleva la situación de las mujeres de diferir el momento de concebir, lo que afecta los resultados de reproducción asistida y la calidad de sus productos ⁽⁵⁾. El Dr. Alberto Ascenzo consideró la importancia del tema e hizo las coordinaciones con líderes internacionales de investigación en fertilización asistida, habiendo enfocado la situación en el Simposio Fertilidad asistida en mayores de 38 años, de manera de brindar a los lectores de la Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia alcances de actualidad sobre la materia. Los temas tratados en el simposio incluyen la Inseminación intrauterina en mayores de 38 años, ¿vale la pena?, artículo original que realiza un análisis costo-eficiencia de los resultados obtenidos con inseminación intrauterina homóloga (IIU) en parejas infértiles cuyas mujeres fueran 38 años o mayores; encuentra que en mujeres de 38 años y más disminuye-

ron las tasas de embarazo clínico y multigestación y el análisis costo-eficiencia demostró un beneficio en intentar tres ciclos de IIU previo a optar por fertilización in vitro (FIV). Este beneficio debería ser considerado por todo ginecólogo dedicado a manejar problemas de infertilidad, pues permitiría hacer el intento de IIU homóloga, antes de emprender el empleo de drogas y técnicas cuyo beneficio potencial se aúna a riesgos de salud ⁽⁶⁾ y costos ^(7,8) no siempre al alcance de la pareja en el Perú.

El artículo Estimulación ovárica en usuarias mayores de 38 años se refiere a que, a partir de los 35 años, comienza a disminuir la fecundabilidad femenina y lo hace en una forma muy significativa a partir de los 40 años. Cómo pudiéramos transmitir este hecho de la naturaleza conocido por los profesionales de la salud, pero que no hacemos lo suficiente para que la población joven lo conozca y le permita asumir sus deseos de pro-



creación a una edad ventajosa. En el artículo Aneuploidías en mujeres de edad avanzada, ¿cuál es el riesgo real?, los autores explican los posibles mecanismos que conllevan al incremento en aneuploidías en mujeres de mayor edad. Es demás insistir en la necesidad del estudio genético preimplantación de los embriones en mujeres mayores, por el riesgo de aneuploidías, aparte de los estudios en sangre materna y la ecografía, todos los cuales nos proporcionan información muy útil, aunque hay especialistas que consideran que el estudio genético en la población general debería ser solicitado en términos de costo-beneficio, sin sacrificar la preferencia y autonomía del paciente⁽⁹⁾.

Finalmente, en el artículo Resultados en mujeres mayores de 40 años, los autores proponen que las variaciones del nivel de las apolipoproteínas y FSH y el número de embriones transferidos pueden ser utilizadas como otros estándares de fertilidad, con el fin de lograr un mejor resultado del tratamiento con reproducción asistida.

Curvas de crecimiento personalizadas para optimizar el diagnóstico de restricción de crecimiento intrauterino es una investigación realizada para diseñar un software con curvas de crecimiento personalizadas para optimizar el diagnóstico de la restricción de crecimiento intrauterino (RCIU). La RCIU es una complicación perinatológica frecuente en los países en desarrollo⁽¹⁰⁾, en donde la nutrición y condiciones sociales desventajosas tienen que ver con el problema, así como están asociadas complicaciones del embarazo, como la preeclampsia. Los fetos con

RCIU, además, tienen riesgo de morbimortalidad perinatal, y con técnicas ultrasonográficas tridimensionales se está encontrando disminución del volumen de estructuras intracraneales –particularmente en la región frontal– en comparación a fetos apropiados para la edad gestacional⁽¹¹⁾. Estudios anteriores han sugerido que el crecimiento del feto peruano determinado con la aplicación de curvas de crecimiento intrauterino foráneas hallaría un crecimiento más lento conforme aumenta la edad gestacional⁽¹²⁾, y un grupo de fetos no tendrían un diagnóstico de RCIU si se aplicara la curva de Lubchenco⁽¹³⁾. El autor del trabajo que publicamos seleccionó 29 239 recién nacidos, en un hospital de referencia de EsSalud, y encontró que el peso neonatal tuvo influencia de la talla materna, el peso pregestacional, la edad materna, el sexo fetal masculino y la multiparidad. Considerando los diversos parámetros influenciados, el estudio logró diseñar un novedoso software personalizado para la predicción del peso fetal para cada semana gestacional, lo cual permitiría diferenciar el crecimiento intrauterino de fetos con RCIU. Se sugiere continuar la aplicación de este software para afianzarlo y probarlo en otros centros perinatales de EsSalud y del Estado.

Recordamos las intervenciones extensas y mutiladoras realizadas por generaciones de cirujanos oncólogos anteriores a la nuestra, en el afán de eliminar hasta donde fuera posible el tejido neoplásico maligno y los órganos vecinos influenciados, y así poder una mayor sobrevida a la mujer con cáncer ginecológico. La evaluación de los resultados encontró que estas megaintervenciones no lograban ampliar

suficientemente la sobrevida, además del sufrimiento de la mujer en los años restantes por las áreas cicatrizantes extensas y ausencia total o parcial de otros órganos abdominales. La observación de mentes investigadoras y brillantes halló que se pueda establecer el compromiso linfático de neoplasias ginecológicas mediante el estudio de los ganglios más cercanos a la lesión, de donde parten los linfáticos hacia otros ganglios de la cadena⁽¹⁴⁾. La investigación que publicamos sobre el Ganglio centinela para estadios tempranos en cáncer de cuello uterino, determinó la factibilidad y seguridad del ganglio centinela con el uso combinado del mapeo linfático con Tc 99 y la inyección de colorante azul en pacientes con cáncer de cérvix temprano sometidas a histerectomía radical y linfadenectomía pélvica bilateral. En 66 pacientes se detectó 136 ganglios centinelas, con un promedio de 2,06 por paciente, siendo la localización más frecuente la región obturatriz. La técnica también permitió hallar metástasis en los ganglios pélvicos, correctamente localizadas en el ganglio centinela. El valor predictivo de un ganglio centinela negativo fue 100%, lo cual otorga a la técnica un valor especial.

Otro artículo de interés sobre neoplasias es el referido a la detección inmunohistoquímica de p16INK4a en el diagnóstico diferencial entre atrofia cervicouterina y neoplasia intraepitelial cervical de alto grado (NIC III). En el reporte de un caso, los autores nos señalan que, en pacientes posmenopáusicas, los cambios atróficos del cérvix dificultan el diagnóstico colposcópico y citohistológico, pues pueden simular lesiones prema-



lignas. En el caso presentado, la detección inmunohistoquímica novedosa de p16INK4a fue herramienta diagnóstica diferencial en una paciente posmenopáusicas con colposcopia insatisfactoria y hallazgos citohistológicos sugestivos pero no conclusivos de neoplasia intraepitelial cervical de alto grado (NIC III).

Otro caso presentado es el de Hidropesía fetal como signo ecográfico de toxoplasmosis congénita. Los autores comunican un signo ecográfico poco frecuente de toxoplasmosis congénita, la hidropesía fetal como única manifestación del compromiso fetal, con diagnóstico definitivo en el recién nacido, quien además presentó hepatoesplenomegalia, coriorretinitis y ausencia de calcificaciones cerebrales. La serología fue positiva para toxoplasmosis en la madre y el recién nacido.

Deseamos a nuestros lectores una feliz aceptación al calor que nos acompaña, y que al reanudar las actividades en la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología continuemos el camino del saber y de la búsqueda de la verdad.

Dr. José Pacheco Romero
Director
jpachecoperu@yahoo.com

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Pacheco J. Editorial. *Rev Per Ginecol Obstet.* 2011;57(1):3-7.
- Saunders NR, Hellmann J, Farine D. Cerebral palsy and assisted conception. *J Obstet Gynaecol Can.* 2011;33(10):1038-43.
- Society for Assisted Reproductive Technology; American Society for Reproductive Medicine. Assisted reproductive technology in the United States: 2001 results generated from the American Society for Reproductive Medicine/Society for Assisted Reproductive Technology registry. *Fertil Steril.* 2007;87(6):1253-66.
- Allen VM, Wilson RD, Cheung A; Genetics Committee of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC); Reproductive Endocrinology Infertility Committee of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC). Pregnancy outcomes after assisted reproductive technology. *J Obstet Gynaecol Can.* 2006;28(3):220-50.
- Schmidt L, Sobotka T, Bentzen JG, Nyboe Andersen A; ESHRE Reproduction and Society Task Force. Demographic and medical consequences of the postponement of parenthood. *Hum Reprod Update.* 2012 Jan;18(1):29-43.
- Griffiths A, Dyer SM, Lord SJ, Pardy C, Fraser IS, Eckermann S. A cost-effectiveness analysis of in-vitro fertilization by maternal age and number of treatment attempts. *Hum Reprod.* 2010;25(4):924-31.
- Finnström O, Källén B, Lindam A, Nilsson E, Nygren KG, Olausson PO. Maternal and Child Outcome After In Vitro Fertilization – A Review of 25 Years of Population-Based Data From Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2011;90:494-500.
- McCarthy-Keith DM, Schisterman EF, Robinson RD, O'Leary K, Lucidi RS, Armstrong AY. Will decreasing assisted reproduction technology costs improve utilization and outcomes among minority women? *Fertil Steril.* 2010;94(7):2587-9.
- Hawk AF, Saller DN. Screening for fetal aneuploidy: is maternal age relevant? *Clin Obstet Gynecol.* 2012;55(1):217-25.
- Saleem T, Sajjad N, Fatima S, Habib N, Ali SR, Qadir M. Intrauterine growth retardation—small events, big consequences. *Ital J Pediatr.* 2011;37:41.
- Benavides-Serralde A, Hernández-Andrade E, Fernández-Delgado J, Plasencia W, Scheier M, Crispi F, Figueras F, Nicolaidis KH, Gratacós E. Three-dimensional sonographic calculation of the volume of intracranial structures in growth-restricted and appropriate-for-gestational age fetuses. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2009;33(5):530-7.
- Merialdi M, Caulfield LE, Zavaleta N, Figueroa A, Costigan KA, Dominici F, Dipietro JA. Fetal growth in Peru: comparisons with international fetal size charts and implications for fetal growth assessment. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2005;26:123-8.
- Ticona M, Huanco D. Crecimiento intrauterino en un grupo seleccionado de recién nacidos de Tacna. *Rev Per Ginecol Obstet.* 2002;48(2):105-10.
- Suh DH, Kim K, Kim JW. Major clinical research advances in gynecologic cancer in 2011. *J Gynecol Oncol.* 2012;23(1):53-64.