



EDITORIAL

Dr. José Pacheco Romero

DIRECTOR, REVISTA PERUANA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

En una época de crisis en los servicios de atención en salud nacionales, y a puertas de una reforma de la salud y replanteamiento de los componentes asistenciales, es con mucha satisfacción que observamos que la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología continúa liderando entre las instituciones académicas médicas al estar conformado por miembros interesados en su superación profesional, así como, por las actividades societarias, de capacitación e información, entre las que destaca la publicación de su órgano oficial, la Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, que ha logrado ser incorporada a prestigiosas indizadoras, entre ellas recientemente a ScIELO Perú.

El presente número tiene importantes temas de actualidad en la especialidad, entre los que destacan la regulación de uso del misoprostol en Obstetricia, la tuberculosis ginecoobstétrica en el Perú, eliminación del virus papiloma humano por manejo electroquirúrgico en México, marcadores sonográficos en el diagnóstico y pronóstico en perinatología, manejo de complicaciones ginecológicas pélvicas congénitas y adquiridas, entre otros.

Cada vez se ha ido conociendo mejor las propiedades del misoprostol y su aplicación en obstetricia y ginecología. Así, se le emplea en el aborto incompleto⁽¹⁾, en la inducción del parto^(2,3), en la hemorragia posparto^(4,5) y en su prevención⁽⁶⁾, y también en procedimientos en ginecología^(7,8),

entre otros. La Organización Mundial de la Salud ha hecho recomendaciones para su empleo en la especialidad⁽⁹⁾ y continúan los estudios comparativos con otros procedimientos en relación a sus ventajas^(10,11). De ahí la importancia del minucioso estudio sobre la Regulación del uso obstétrico del misoprostol en los países de América Latina y El Caribe, que fue coordinado por nuestro consocio Dr. Luis Távora, entre otros, actualmente Director Ejecutivo de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. De los 18 países que respondieron, todos cuentan con regulaciones para usar el misoprostol en obstetricia, en su mayoría elaboradas por el Ministerio de Salud. Existe control sobre su uso en 11 países y todavía hay restricción en su empleo entre los profesionales médicos, por falta de información, capacitación y temor.

El estudio Factores que condicionan la dismenorrea en adolescentes, según estrato socioeconómico, determinó la prevalencia de dismenorrea y sus factores asociados en estudiantes de tres colegios de Lima de estratos socioeconómicos diferentes; 51,7% de adolescentes manifestó sufrir de dismenorrea, más en el estrato social alto, y causó ausentismo escolar en la cuarta parte de los grupos, también con mayor frecuencia en el estrato social alto. Esta incidencia que pareciera alta, sin embargo asciende a 73% en un estudio proveniente de Brasil, con 31% de ausentismo de las adolescentes



y afectación de su vida diaria⁽¹²⁾. Aparte del dolor, la dismenorrea causa variaciones del humor, irritabilidad, dificultad en concentrarse, pobre performance en la escuela, entre otros^(13,14). Quienes han atendido a adolescentes conocen la dificultad del manejo de estas jóvenes que están recién ingresando al conocimiento de los avatares de la vida y encuentran este problema que afecta su salud y la vida diaria. El trastorno podría tener mayor connotación si leemos un artículo que encuentra que, al comparar con la fase periovulatoria, las personas con dismenorrea muestran durante la fase menstrual mayores modificaciones hipertróficas de la materia gris que los controles, en regiones involucradas en la modulación del dolor, la generación de la experiencia afectiva y la regulación de la función endocrina⁽¹⁵⁾.

La tuberculosis afectó a 32 145 peruanos el año 2012⁽¹⁶⁾. Perú es el segundo país con más enfermos de tuberculosis en América del Sur, el tercero en América después de Haití y Bolivia⁽¹⁷⁾. Unos 2 000 pacientes tienen TBC multidrogorresistente (TBC MDR)⁽¹⁸⁾ y de ellos el mayor número de casos se encuentra en Lima⁽¹⁹⁾. El pico de pacientes con tuberculosis está en el grupo de edad de 25 a 34 años, más en el sexo masculino y en la etapa reproductiva. Según la Federación Médica del Perú, 200 de sus agremiados se enfermaron de TBC en su centro de trabajo⁽¹⁸⁾. El trabajo Incidencia de tuberculosis en gestantes en el Hospital Nacional Cayetano Heredia 2001-2009 encontró una frecuencia de TBC de 5,1 casos por cada 10 000 partos, con edad media 25,3 años. El diagnóstico se hizo generalmente fuera o durante la gestación y en 13% durante el puerperio. Se señala en el artículo que 17% se complicó con sepsis materna y hubo un caso de muerte materna por preeclampsia severa; 30% de los recién nacidos fue pequeño para la edad gestacional, 17% prematuro y 22% con peso bajo. Estos datos son de interés para conocer la epidemiología local de la tuberculosis, así como las consecuencias perinatales de esta temible enfermedad en la gestante.

Un artículo relacionado es el de Características clínicas de la tuberculosis mamaria en pacientes atendidas en un servicio de ginecoobstetricia, 2002- 2011, que halló 29 casos de tuberculosis mamaria en el lapso estudiado, con 2,9% de incidencia anual, edad promedio 32,8 años, 2,3 gestaciones. De interés, 52% tenía sobrepeso y 14% obesidad. Esto indica que podemos fallar el diag-

nóstico si solo vemos el aparente estado general y el peso. En 10% se asoció a tuberculosis pulmonar y una de cada diez se encontraba gestando o dando de lactar al momento del diagnóstico. Los procedimientos más utilizados para el diagnóstico fueron la biopsia, mamografía, ecografía mamaria y radiografía de tórax. Será interesante en un estudio futuro evaluar la posibilidad de transmisión de la TBC del bebe lactante a la madre, como ha sido considerado por algunos autores^(20,21). El promedio de edad 33 años y 2,3 gestaciones podría indicar indirectamente que la teoría de transmisión durante la lactancia pudiera estar ocurriendo también en nuestro medio.

Un estudio proveniente de la Universidad Autónoma de Yucatán, México, evaluó la Eficacia del manejo electroquirúrgico con asa diatérmica para eliminar el virus papiloma causante de lesiones cervicales. Conociendo la presencia generalizada del virus papiloma humano (VPH) y la reciente inicial accesibilidad de las mujeres para la vacunación preventiva en nuestro país, continuaremos observando por un tiempo las infecciones del cérvix uterino por el virus, que en muchos casos devendrá en alteraciones premalignas y malignas. Es así que el artículo en referencia es una estrategia de interés para aplicar en la prevención del cáncer cervicouterino y sus lesiones precursoras. A las pacientes positivas al VPH, la electrocirugía con asa diatérmica ocasionó la negativización de la muestra cervical para el virus, tomada a las ocho semanas.

Al evaluar los Factores pronósticos para sobrevida en pacientes con carcinosarcoma uterino, el estudio peruano que publicamos halló que dos tercios de las pacientes se presentaron en estadio avanzado y que en 9 de cada 10 la cirugía inicial fue desarrollada de manera no estandarizada. La linfadenectomía pélvica aparentemente no influyó en la sobrevida global. Emplear el estadiaje FIGO y encontrar metástasis al epiplón influyeron en la sobrevida; la terapia adyuvante no mejoró la sobrevida. Estos resultados señalan la agresividad de este tipo de neoplasia maligna, y se asemejan a lo encontrado en otros centros europeos, en donde se observa aumento de la incidencia del carcinosarcoma uterino, una mayor sobrevida cuando se le encuentra en estadios tempranos y cuando no hay invasión del espacio vascular linfático. También se informa sobre la falla de resultados aceptables en la sobrevida de estas pacientes, con el empleo del tamoxifén⁽²²⁾.



Gracias a la mayor experiencia de ecografistas de nuevas generaciones, con mayor entrenamiento y mejores equipos, y utilizando nuevos marcadores apropiados, se está diagnosticando un mayor número de casos de malformaciones congénitas fetales; el seguimiento de los fetos afectados permite establecer los resultados perinatales. El estudio sobre Hernia diafragmática congénita: marcadores sonográficos prenatales y pronóstico perinatal, encontró que la hernia diafragmática congénita con relación pulmón-cabeza menor de 1,2 en la evaluación ecográfica prenatal y asociada a la presencia del hígado en el saco herniario del tórax permitió predecir alta mortalidad posnatal. En la literatura se halla que la sonografía 3D y con el empleo de pequeños ángulos de rotación mejoraría el diagnóstico y pronóstico de fetos con hernias diafragmáticas congénitas⁽²³⁾.

A continuación se presenta dos casos clínicos, el primero sobre Manejo quirúrgico de un caso de hematocolpos por tabique vaginal transverso, que había sido sometida a himenotomía previa sin evacuación del hematocolpos sintomático e infectado y a quien, con el auxilio de la ecografía, se drenó el material purulento punzando un tabique vaginal transverso no diagnosticado previamente y se reparó seguidamente una fistula rectovaginal con éxito. El segundo caso, de Fístula vesicouterina con dos trayectos fistulosos. Reporte de un caso, se refiere a una fístula consecuencia de una cesárea, cuyo trayecto vesicocervical fue resuelta vía vaginal. Al presentar secreción mucosa vaginal a la tercera semana, la histerosonografía mostró pasaje de contraste del istmo a la vejiga, trayecto fistuloso que fue resuelto vía abdominal satisfactoriamente. En la literatura se encuentra que en los casos de fistulas con cicatrización extensa o pérdida de tejidos, mutilación genital, compromiso del uréter, trigono, área vesicouterina o intracervical, se puede hacer el reparo por ruta abdominal, hallándose más fracasos con la reparación vía vaginal⁽²⁴⁾.

Al despedirnos, ofrecemos a los miembros de la Sociedad y amigos investigadores las páginas de la Revista para publicar sus artículos originales y casos clínicos de interés, así como otros escritos destacados sobre la especialidad, recordándoles que nuestras indicaciones actuales nos permiten ser leídos en el país y en el exterior en un área cada vez mayor en el mundo cibernético.

Dr. José Pacheco Romero
Director
jpachecoperu@yahoo.com

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Patua B, Dasgupta M, Bhattacharyya SK, Bhattacharya S, Hasan SH, Saha S. An approach to evaluate the efficacy of vaginal misoprostol administered for a rapid management of first trimester spontaneous onset incomplete abortion, in comparison to surgical curettage. *Arch Gynecol Obstet*. 2013 May 26. [Publicación electrónica previa a la impresión].
2. Abraham C, Meiorowitz N, Kohn N. Labor induction for premature rupture of membranes using vaginal misoprostol versus dinoprostone vaginal insert. *Am J Perinatol*. 2013 Apr 16. [Publicación electrónica previa a la impresión].
3. Tuuli MG, Keegan MB, Odibo AO, Roehl K, Macones GA, Cahill AG. Progress of labor in women induced with misoprostol versus the Foley catheter. *Am J Obstet Gynecol*. 2013 May 6. pii: S0002-9378(13)00477-8. doi: 10.1016/j.ajog.2013.05.005. [Publicación electrónica previa a la impresión].
4. Elgafor El Sharkwy IA. Carbetocin versus sublingual misoprostol plus oxytocin infusion for prevention of postpartum hemorrhage at cesarean section in patients with risk factors: a randomized, open trail study. *Arch Gynecol Obstet*. 2013 May 21. [Publicación electrónica previa a la impresión].
5. Al-Sawaf A, El-Mazny A, Shohayeb A. A randomised controlled trial of sublingual misoprostol and intramuscular oxytocin for prevention of postpartum haemorrhage. *J Obstet Gynaecol*. 2013 Apr;33(3):277-9. doi: 10.3109/01443615.2012.755503.
6. Sood AK, Singh S. Sublingual misoprostol to reduce blood loss at cesarean delivery. *J Obstet Gynaecol India*. 2012 Apr;62(2):162-7. doi: 10.1007/s13224-012-0168-2.
7. Bastu E, Celik C, Nehir A, Dogan M, Yuksel B, Ergun B. Cervical priming before diagnostic operative hysteroscopy in infertile women: a randomized, double-blind, controlled comparison of 2 vaginal misoprostol doses. *Int Surg*. 2013 Apr-Jun;98(2):140-4. doi: 10.9738/INTSURG-D-12-00024.1.
8. Hou SP, Chen OJ, Huang LH, Cheng LN, Teng YC. Medical methods for cervical ripening before the removal of intrauterine devices in postmenopausal women: a systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2013 Mar 13. pii: S0301-2115(13)00106-1. doi: 10.1016/j.ejogrb.2013.02.018. [Publicación electrónica previa a la impresión].



9. Tang J, Kapp N, Dragoman M, de Souza JP. WHO recommendations for misoprostol use for obstetric and gynecologic indications. *Int J Gynaecol Obstet.* 2013 May;121(2):186-9. doi: 10.1016/j.ijgo.2012.12.009.
10. Verschoor MA, Lemmers M, Bossuyt PM, Graziosi GC, Hajenius PJ, Hendriks DJ, van Hooff MA, van Meurs HS, Opmeer BC, van Tulder MW, Bouwma L, Catshoek R, Geomini P, Klinkert ER, Langenveld J, Nieboer TE, van der Ploeg JM, Radder CM, Spinder T, van der Voet LF, Mol BW, Huirne JA, Ankum WM. Surgical versus expectant management in women with an incomplete evacuation of the uterus after treatment with misoprostol for miscarriage: the MisoREST trial. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2013 May 2;13:102. doi: 10.1186/1471-2393-13-102.
11. Ten Eikelder ML, Neervoort F, Oude Rengerink K, Jozwiak M, de Leeuw JW, de Graaf I, van Pampus MG, Franssen M, Oudijk M, van der Salm P, Woiski M, Pernet PJ, Feitsma AH, van Vliet H, Porath M, Roumen F, van Beek E, Versendaal H, Heres M, Mol BW, Bloemenkamp KW. Induction of labour with a Foley catheter or oral misoprostol at term: the PROBAAT-II study, a multicentre randomised controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2013 Mar 19;13:67. doi: 10.1186/1471-2393-13-67.
12. Pitangui AC, Gomes MR, Lima AS, Schwingel PA, Albuquerque AP, de Araújo RC. Menstruation Disturbances: Prevalence, Characteristics, and Effects on the Activities of Daily Living among Adolescent Girls from Brazil. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2013 Jun;26(3):148-52. doi: 10.1016/j.jpag.2012.12.001.
13. Chaudhuri A, Singh A. How do school girls deal with dysmenorrhoea? *J Indian Med Assoc.* 2012;110(5):287-91.
14. Nur Azurah AG, Sancu L, Moore E, Grover S. The quality of life of adolescents with menstrual problems. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2013;26(2):102-8. doi: 10.1016/j.jpag.2012.11.004.
15. Tu CH, Niddam DM, Yeh TC, Lirng JF, Cheng CM, Chou CC, Chao HT, Hsieh JC. Menstrual pain is associated with rapid structural alterations in the brain. *Pain.* 2013 May 18. pii: S0304-3959(13)00248-0. doi: 10.1016/j.pain.2013.05.022. [Publicación electrónica previa a la impresión].
16. Midori de Habich. *Diario El Comercio* 23 de marzo de 2013.
17. Saavedra C. Perú el segundo país con más enfermos de tuberculosis en América del Sur. Disponible en http://www.capital.com.pe/2013-03-24-peru-es-el-segundo-pais-con-mas-enfermos-de-tbc-en-america-del-sur-noticia_579107.html. Acceso 5 de junio de 2013.
18. Sandoval P. Cada año unos 3.200 pacientes de TBC abandonan su tratamiento en el país. *Diario El Comercio.* 8 de junio de 2013.
19. Jave O. Situación de la TB en el Perú. Presentado por el Día Mundial de la Tuberculosis 2011, Ministerio de Salud del Perú. Disponible en: <http://www.slideshare.net/ircdirector/estado-de-la-tuberculosis-en-el-per>. Acceso el 5 de junio de 2013.
20. Cuervo SI, Bonilla DA, Murcia MI, Hernández J, Gómez JC. Tuberculosis de la mama. *Biomédica.* 2013;33(1):36-41.
21. Sen M, Gorpelioglu C, Bozer M. Isolated primary breast tuberculosis -Report of three cases and review of the literature. *Clinics.* 2009;64:607-10.
22. Gurumurthy M, Lahiri R, Scott N, Miller I, Cruickshank M, Parkin D. Is there an increase in the incidence of uterine carcinosarcoma in north-east Scotland? A 19 years population-based cohort study. *Scott Med J.* 2013;58(2):88-94.
23. Kehl S, Becker L, Eckert S, Weiss C, Schaible T, Neff KW, Siemer J, Sütterlin M. Prediction of mortality and the need for neonatal extracorporeal membrane oxygenation therapy by 3-dimensional sonography and magnetic resonance imaging in fetuses with congenital diaphragmatic hernias. *J Ultrasound Med.* 2013;32(6):981-8. doi: 10.7863/ultra.32.6.981.
24. Frajzyngier V, Ruminjo J, Asiiimwe F, Barry TH, Bello A, Dandadi D, Ganda SO, Idris S, Inoussa M, Lynch M, Mussell F, Podder DC, Barone MA. Factors influencing choice of surgical route of repair of genitourinary fistula, and the influence of route of repair on surgical outcomes: findings from a prospective cohort study. *BJOG.* 2012;119(11):1344-53. doi: 10.1111/j.1471-0528.2012.03461.x.