

RESÚMENES SELECCIONADOS

ALGUNAS INFECCIONES DEL TRACTO GENITAL BAJO EN UN GRUPO DE ADOLESCENTES.

Gallardo MR, Rodríguez MS, Padrón RS, Rodríguez AL, Domínguez E.
Rev Centroam Obstet Ginecol 1999; 9(1): 20-2.

Las infecciones del aparato reproductor constituyen una de las causas más frecuentes de morbilidad en muchos países y frecuentemente resultan en infertilidad. Algunos factores demográficos como la edad joven frecuentemente están asociados a las infecciones de transmisión sexual. Debido a la gran importancia que reviste este tema en nuestro medio, nos propusimos conocer un estimado de la frecuencia de algunas infecciones por *Trichomonas vaginalis*, *Candida sp.* y *Gardnerella vaginalis* en adolescentes. Para ello tomamos como grupo muestral 50 jóvenes adolescentes de un Instituto Tecnológico, de ellos 28 mujeres y 22 varones, con edades comprendidas entre los 16 y 19 años. A cada paciente se tomó muestra de exudado vaginal (mujeres) y uretral (varones) con hisopo estéril y se estudió con microscopio. Se cultivó las muestras en medio adecuado: TY1-S-33 para el estudio de tricomoniasis, Saboureaux para la determinación de *Candida sp* y la prueba de KOH para buscar *Gardnerella*. Para el análisis de los resultados, se realizó una prueba no paramétrica, media y desviación estándar de las variables estudiadas. De éstas, la infección con mayor frecuencia fue candidiasis (17,4%), seguida de *Gardnerella* (13,5%) y tricomoniasis (11,7%); otras infecciones 15,5%, negativo 41,9%. Las infecciones fueron más frecuentes en el sexo femenino, existiendo una correlación clínica entre las mujeres con más síntomas y el resultado del cultivo. La presencia de infección se correlacionó con la actividad sexual.

INDUCCIÓN DE LA OVULACIÓN EN PERSPECTIVA

Homburg R, Insler V.
Ovulation induction in perspective
Human Reproduction Update 2002; 8(5): 449-62.

Se ha sugerido recientemente que, en algunas instituciones, la FIV es ofrecida como terapia de primera línea a todas las parejas con infertilidad, sin importar el tipo de infertilidad. Por eso, se pensó que era tiempo de hacer un escrutinio de los resultados y complicaciones de la inducción de la ovulación para parejas infértiles con anovulación. Además de examinar los resultados del tratamiento convencional con gonadotropinas y citrato de clomifeno, se ha puesto especial atención sobre la influencia de la obesidad y el uso de un protocolo con dosis baja de gonadotropina. La posible contribución de recientes adiciones al armamentarium, tales como los sensibilizadores de insulina e inhibidores de la aromatasa, aunque aún en una etapa inicial, es prometedora. Se ha puesto atención a la prevención y tratamiento del síndrome de hiperestimulación ovárica. Se examinó el uso de inseminación intrauterina (IIU) como procedimiento complementario a la inducción de la ovulación y a la hiperestimulación ovárica controlada (HOC). Se ha llegado a la firme conclusión de que, tomando en cuenta la eficiencia, tasa de complicaciones y costo del tratamiento, a esta altura, se debe ofrecer a la mujer con hipogonadismo hipogonadotrópico o síndrome de ovario poliquístico métodos aceptados de inducción de la ovulación y que las parejas con subfertilidad 'inexplicada' o 'multifactorial' aún deben ser expuestas a HOC con IIU y sólo después de falla de estas medidas, se deberá ofrecer FIV.



TRASTORNOS GENÉTICOS EN LA FALLA OVÁRICA PREMATURA

Laml T, Preyer O, Umek W, Hengstschlager M, Hanzal E.
Genetic disorders in premature ovarian failure
Human Reproduction Update 2002; 8(5): 483-91.

Esta revisi3n presenta los trastornos genéticos asociados con falla ovárica prematura (FOP), según se obtuvo de Medline, Biblioteca Cochrane y bsque- das a mano de referencias pertinentes de la literatu- ra inglesa sobre FOP y determinantes genéticas cita- das entre el año 1966 y febrero 2002. La monosomía X 3 las deleciones y translocaciones X son conocidas como responsables de FOP. El síndrome Turner, como un fenotipo asociado a monosomía X completa o parcial, se asocia a falla ovárica. Entre los portado- res heterocig3ticos de la mutaci3n del X frágil, FOP se present3 como un fenotipo inesperado en los ini- cios de los 1990s. Se ha identificado trastornos autos3micos, tales como mutaciones del gen de la fosfomanomutasa 2 (PMM2), del gen de la galactosa- 1-fosfato uridiltransferasa (GALT), el gen del recep- tor de FSH (FSHR), cromosoma 3q conteniendo el gen de la blefarofimosis y el gen regulador autoinmune (AIRE), como responsables para la poliendocrino- pata-candidiasis-distrofia ectodermal, en pacientes con FOP. En conclusi3n, en esta revisi3n se demues- tra claramente la relaci3n entre trastornos genéticos y FOP. En el caso de familias afectadas por FOP, se debe realizar un estudio minucioso, que debe incluir el análisis citogen3tico.

EL EMPLEO DE LA ACTIVIDAD LH PARA ESTIMULAR LA FOLICULOGÉNESIS: EXPLORANDOTERRITORIOS NO NAVEGADOS EN LA INDUCCI3N DE LA OVULACI3N

Filicori M, Cognigni GE, Samara A, Melappioni S, et al.
The use of LH activity to drive folliculogenesis: exploring uncharted territories in ovulation induction
Human Reproduction Update 2002; 8(6): 543-57.

La LH tiene roles críticos en el control de la folicu- lognesis y la funci3n ovárica en los seres huma- nos. La administraci3n de actividad LH durante la ovulaci3n con gonadotropinas puede estimular la respuesta ovárica y optimizar el tratamiento. Es- pecficamente, la actividad de LH (tanto LH como hCG a dosis bajas) puede respaldar el crecimien- to y estimular la maduraci3n de folículos ováricos

más grandes, como resultado del desarrollo de receptores específicos de la c3lula de la granulo- sa luego de pocos días de la imprimaci3n con FSH. Esta acci3n de LH es independiente de FSH, y se ha visto recientemente que las últimas etapas del desarrollo folicular puede ser apoyada por la sola administraci3n de actividad LH en la forma de do- sis baja de hCG, sin causar luteinizaci3n prematu- ra. Se puede obtener oocitos competentes para la reproducci3n y embarazo con este r3gimen. Ade- más, la actividad LH es capaz de reducir el desa- rrollo de pequeños folículos ováricos (<10 mm), que pueden predisponer a las pacientes a desarrol- lar complicaciones, como el síndrome de hiper- estimulaci3n ovárica. Así, una mejor comprensi3n de la dinámica y los mecanismos que controlan la foliculogénesis humana y un empleo más racional y selectivo de la administraci3n de actividad LH puede permitir la disminuci3n en costo y aumen- tar la seguridad, mientras se mantiene una alta eficacia de los r3gimenes de inducci3n de la ovu- laci3n usados en la reproducci3n asistida.

ANDR3GENOS Y EL ENVEJECIMIENTO MASCULINO

Juul A, Skakkebak NE.
Androgens and the ageing male
Human Reproduction Update 2002; 8(5): 423-33.

Los hombres hipogonadales comparten una varie- dad de signos y síntomas, tales como disminuci3n en la masa muscular, osteopenia, aumento de la masa grasa, fatiga, disminuci3n de la libido y dis- funciones cognitivas. Ensayos controlados han demostrado los efectos favorables de la terapia de sustituci3n androg3nica sobre estos signos y sn- tomas en hombres con hipogonadismo severo primario o secundario. Así, la terapia de sustitu- ci3n androg3nica está garantizada en hombres con hipogonadismo verdadero a toda edad. Los sn- tomas experimentados por hombres sanos que en- vejecen son inespecíficos y vagos, aunque algunos pueden ser similares a síntomas de hipogonadis- mo. Para tal, se ha sugerido el t3rmino 'andropau- sia'. Sin embargo, los niveles de testosterona mues- tran ninguna o s3lo una variaci3n modesta con la edad, en los hombres; estudios grandes prospecti- vos sugieren una declinaci3n máxima de la testos- terona total de 1,6% por año. Entonces, en contras-



te a la súbita detención de la actividad gonadal en las mujeres alrededor de la menopausia, los hombres no tienen andropausia. Como faltan grandes estudios controlados con placebo de tratamiento con andrógenos en hombres mayores, falta determinar la determinación de riesgo de efectos adversos en hombres mayores, tales como cáncer de próstata, luego de recibir tratamiento con testosterona. En el futuro, la terapia con testosterona puede probar ser beneficiosa en algunos hombres mayores con niveles normales bajos de testosterona. Sin embargo, al momento, el uso amplio de testosterona en una población de hombres mayores fuera de ensayos clínicos controlados parece inapropiado.

ACTIVINAS Y FOLISTATINA EN REPRODUCCIÓN

De Kretser DM, Hedger MP, Loveland KL, Phillips DJ. Inhibins, activins and follistatin in reproduction Human Reproduction Update 2002; 8(6): 529-41.

La regulación de los procesos reproductivos involucra una red compleja de sistemas de comunicación entre el cerebro, los órganos endocrinos, las gónadas y otros tejidos de la reproducción. Clásicamente, nuestra comprensión se ha enfocado en el rol de las hormonas endocrinas, pero recientemente existe interés en la regulación paracrina y autocrina de estos sistemas celulares. Hay evidencias sobre el papel de inhibinas, activinas y folistatina como hormonas endocrinas, y cómo funcionarían como factores paracrinos en la hipófisis, gónadas y tejidos asociados. Se evalúa el potencial de las inhibinas, activinas y la folistatina como marcadores clínicos de la función reproductiva y su papel en diversas patologías.

PREVALENCIA DE *CHLAMYDIA* EN LA MUJER EMBARAZADA.

Canton G, Brindis C. Estudio realizado en embarazadas que asistieron a control prenatal en la clínica de salud de Samayac, Suchitepéquez. Rev Centroam Obstet Ginecol 1998; 8(2): 33-7.

La *Chlamydia trachomatis* ha sido reconocida como uno de los agentes causales más frecuentes de ETS en los Estados Unidos, provocando aproximadamente 4 millones de casos anuales y un costo de más de 2 mil millones de dólares. Una de las principales

complicaciones es la enfermedad inflamatoria pélvica, la cual provoca un considerable aumento en la incidencia de infertilidad y embarazos ectópicos de la población sexualmente activa. El siguiente estudio fue realizado en 1993, en un grupo de mujeres embarazadas de Samayac, Suchitepéquez. La población es en su mayoría de origen indígena. De 100 pacientes embarazadas 27 fueron positivas para *Chlamydia trachomatis* por el método de inmunoválculo enzimático de antígeno de *Chlamydia*.

CÉLULAS FETALES Y ADN FETAL LIBRE DE CÉLULAS EN SANGRE MATERNAL: NUEVO ENFOQUE EN PREECLAMPSIA

Hahn S, Holzgreve W. Fetal cells and cell-free fetal DNA in maternal blood: new insights into pre-eclampsia Human Reproduction Update 2002; 8(6): 501-8.

El examen de células fetales, específicamente eritroblastos, y ADN fetal libre de célula en la sangre de gestantes es actualmente un tema de intensa investigación, con el deseo de desarrollar nuevos métodos de diagnóstico prenatal libre de riesgos. Un hallazgo no previsto durante estos estudios fue que el tráfico de eritroblastos fetales en la circulación periférica materna se estimula en la preeclampsia. Estudios prospectivos independientes que examinaron muestras colectadas en el segundo trimestre indicaron que esta alteración en el tráfico de células fetales ocurre temprano en el embarazo, mucho antes del inicio de los síntomas de preeclampsia. El análisis cuantitativo de ADN fetal libre de célula y de ADN materno indica que estas concentraciones se elevan de manera coordinada en la preeclampsia manifiesta, y que estas elevaciones corresponden con la severidad de la enfermedad. Por otro lado, el análisis de muestras obtenidas prospectivamente indicó que sólo los niveles de ADN fetal libre de célula, pero no el ADN materno, estaban elevados antes del inicio de los síntomas en embarazos que posteriormente desarrollaron preeclampsia. Esta información respalda las hipótesis que sugieren que la preeclampsia es un trastorno de varias etapas, iniciadas por una lesión placentaria que ocurre temprano en el embarazo y que luego lleva a una respuesta inflamatoria sistémica materna asociada a daño de la célula endotelial.



FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA MORTALIDAD PERINATAL EN EL ÁREA DE SAN JUAN SACATEPÉQUEZ

Frade D, Flores C, Quiñónez E, Rodríguez V, Bergonzoli G. Rev Centroam Obstet Ginecol 1999; 9(1): 51-5.

Se presenta un estudio de casos-controles, realizado en el Municipio de San Juan de Sacatepéquez de la República de Guatemala, en 11 puestos de salud que dependen de la Facultad de Medicina de la Universidad Francisco Marroquín y que cubren una población total de aproximadamente 74 000 habitantes. Los casos estudiados fueron todas las muertes perinatales que ocurrieron durante el período comprendido entre el 1 de febrero de 1996 y el 31 de enero de 1997. Se estudió dos controles (nacidos vivos) por cada caso identificado. Fueron en total 141: 47 casos y 94 control. Se analizó 26 variables. De éstas, únicamente el antecedente de uno o más mortinatos resultó tener una diferencia estadísticamente significativa entre los casos y los controles. El riesgo atribuible de tener una muerte perinatal se debe en un 75% al hecho de haber tenido previamente un mortinato como antecedente obstétrico. Para mejorar la situación de morbilidad perinatal en el área geográfica estudiada, se puede proponer como una medida de control identificar a todas las pacientes que tengan el antecedente obstétrico de mortinatos previos. Estas pacientes deberán tener un control prenatal estricto, oportuno, periódico y de buena calidad, realizado por personal de salud, de preferencia estudiantes de medicina o médicos. Así mismo, se recomienda la atención institucional de los partos de estas pacientes.

REVISIÓN SISTEMÁTICA DEL TRATAMIENTO DE LA AMENAZA DE PARTO DE PRETÉRMINO (METAANÁLISIS)

Sosa C, Sotero G, Keuchkerian S, Tomasso G y col. Parte I: Metodología – Reposo – Hidratación. Arch Ginecol Obstet (Uruguay) 2000; 38(1): 30-7.

La prematuridad es responsable de la mayoría de las muertes neonatales y se asocia con una alta morbilidad; entre esta morbilidad se encuentran las graves discapacidades neurológicas, incluidas las convulsiones. La importancia del parto pretérmi-

no como problema obstétrico y de salud pública se observa en virtud de su contribución a la mortalidad perinatal, correspondiéndole entre 50% y 70% de todas las muertes perinatales. En el primero de cinco artículos dirigidos a la actualización del tratamiento de la amenaza de parto pretérmino, se presenta la metodología que se aplicó en las diferentes revisiones sistemáticas y metaanálisis de los tratamientos evaluados. Se estudió todas las intervenciones conocidas y más frecuentemente utilizadas para esta patología, presentándose en este capítulo el análisis del reposo y de la hidratación como primera opción en el manejo clínico. En el caso del primero, no se ha realizado estudios experimentales en embarazos con fetos únicos que evalúen su eficacia, mientras que la hidratación, si bien ha sido evaluada, no existe suficiente evidencia que avale su uso en forma rutinaria.

REVISIÓN SISTEMÁTICA DEL TRATAMIENTO DE LA AMENAZA DE PARTO DE PRETÉRMINO (METAANÁLISIS)

Sosa C, Sotero G, Keuchkerian S, Tomasso G y col. Parte II. Arch Ginecol Obstet (Uruguay) 2000; 38(1): 38-49.

Siguiendo con los artículos dirigidos a la actualización del tratamiento de la amenaza de parto de pretérmino, se presenta en éste la evaluación del grupo de uteroinhibidores más frecuentemente utilizados en nuestro medio, como son los betamiméticos. Se realiza el análisis para el uso de los betamiméticos tanto en forma de ataque como en forma de mantenimiento, una vez yugulado el cuadro agudo de amenaza de parto de pretérmino. En la forma de ataque, se concluye que su uso está limitado para las primeras 24 a 48 horas, con el fin de comenzar los inductores de la maduración pulmonar. Para el caso de los betamiméticos como forma de mantenimiento, no existe fundamento alguno que avale su uso. Se destaca que el fenotol (la droga utilizada en nuestro medio) no ha sido evaluado en su eficacia en algún estudio experimental. También se reúne la bibliografía en cuanto a los efectos secundarios maternos, fetales y neonatales.