EDITORIAL

Dr. José Pacheco Romero
Director, Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia

Escribimos el presente Editorial a pocos meses del XIX Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología a realizarse en Lima entre el 27 y 30 de noviembre del presente año, y que convocará a más de mil especialistas para escuchar sobre los avances en ginecoobstetricia y reproducción.

Como prólogo a las actividades, publicamos interesantes trabajos nacionales sobre el recién nacido, un trabajo mexicano sobre patología mamaria en niños y niñas y la continuación del simposio Infertilidad.

Los dos primeros trabajos son resultados del estudio de las bases de datos de un hospital importante, por el investigador Dr. Manuel Ticona. El primero se refiere a la Frecuencia y resultados perinatales del recién nacido con peso insuficiente en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2001 – 2010. El autor define el peso insuficiente al nacer –un nuevo concepto- como el peso de 2 500 a 2 999 gramos; señala que a este grupo de neonatos no se le ha prestado suficiente atención, pero tendría riesgos mayores que los recién nacidos con peso de 3 000 gramos o más. Para ello, analizó los datos de 3 622 recién nacidos vivos de embarazo único, con peso insuficiente, nacidos entre 2001 y 2010 en su hospital, y los comparó con 24 556 controles de 3 000 a 3 999 g. Este grupo de peso insuficiente representó 11 por ciento de los nacidos vivos en dicho lapso, pero con tendencia descendente a través de los años, y se asoció principalmente al recién nacido de sexo femenino, prematuro y con depresión al nacer. Este tipo de recién nacido tuvo mayor morbilidad y mortalidad neonatal, por restricción de crecimiento intrauterino, alteraciones metabólicas, síndrome de dificultad respiratoria, sepsis, malformaciones congénitas, hiperbilirrubinemia y asfixia perinatal. Interesantes hallazgos los de esta investigación, con poca información en la literatura sobre este tipo de recién nacidos, y que merecerán la ampliación del estudio a la población peruana, para observar si la asociación entre peso insuficiente al nacer y la mayor morbimortalidad neonatal es similar.

En el artículo relacionado Factores de riesgo del peso insuficiente al nacer, en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2001 – 2010, los autores determinan en la misma casuística anterior del Sistema Informático Perinatal cuáles pudieran ser los factores relacionados al peso insuficiente al nacer. Aquellos encontrados fueron: madre analfabeta, soltera, estudiante, adolescente, desnutrida, primípara, con ausencia o inadecuado control prenatal, enfermedad hipertensiva del embarazo, rotura prematura de membranas, hemorragia de la primera y segunda mitad de embarazo y tuberculosis materna. Es decir, encuentra la asociación de este grupo de nacidos con peso insuficiente con madres adolescentes, desnutridas, algunas tuberculosas y con mal cuidado prenatal, que tuvieron complicaciones durante el embarazo. Aspectos a valorar en el cuidado prenatal.

En el artículo Patología quirúrgica de mama en pacientes pediátricos, se recuerda que esta patología no es frecuente y por lo tanto requiere un manejo muy especializado. Los autores revisan la experiencia de diez años en una clínica de mama del Hospital Infantil de México, con pacientes de 2 a 18 años de edad. En los 159 pacientes evaluados, la patología más frecuente en el sexo femenino fue el fibroadenoma mamario, y en el sexo masculino la ginecomastia. Se describe luego las técnicas operatorias efectuadas en cada patología, señalando que la mayoría de patologías benignas de mama pueden ser resueltas con tratamiento quirúrgico adecuado. Y que siempre hay que considerar la presencia de patología mamaria maligna a esta edad.

La ultrasonografía ha demostrado ser un avance tecnológico importantísimo en la detección de malformaciones congénitas, para de esta manera poder preparar a la madre y la familia sobre las previsiones y consecuencias del hallazgo y para definir conductas intraútero o posnatales que pudieran resolver las anomalías y sus consecuencias. Históricamente, uno de los primeros marcadores para anormalidades estructurales fetales fue la translucencia nucal[1], que se halló orientaba a la detección de anormalidades cromosómicas, así como a anormalidades cardiacas, síndromes genéticos raros y resultados perinatales malos. Luego, se ha dado énfasis a la búsqueda de aneuplodías cuando existen marcadores ultrasononográficos presentes que incluyen el Doppler[2] y marcadores bioquímicos como la proteína A asociada al embarazo y la hCG beta libre[3].

El hallazgo de anomalías fetales aisladas o múltiples en el examen prenatal con ultrasonido siempre produce situaciones estresantes a la madre y la familia. Aunque una parte de tales anomalías pueden ser explicadas por anormalidades cromosómicas (aneuploidía, translocación no balanceada, deleciones o duplicaciones), otras pueden representar síndromes reconocibles con otras bases genéticas (microdeleción o herencia autosómica dominante, recesiva o relacionada al cromosoma X). El dar una información genética reproductiva precisa y relevante a estas mujeres y familias les permitirá tomar decisiones informadas. Sin embargo, esto no es siempre posible debido a la información limitada disponible hasta el momento[4].

Por ello, el interés del artículo Gastrosquisis. Marcadores sonográficos prenatales y pronóstico perinatal, que evalúa la dilatación del asa intestinal extrabadominal y el grosor de su pared como predictores ultrasonográficos de resultados perinatales adversos en fetos con gastrosquisis aislada. Se encontró 19 casos de gastrosquisis, en madres jóvenes de 26 años promedio. Los embarazos fueron terminados a las 36,6 semanas, todos vía cesárea, con 11 casos que además tenían restricción de crecimiento. En 44% de los casos se detectó asa intestinal con más de 20 mm de diámetro; nueve casos tuvieron obstrucción o perforación intestinal. El valor predictivo positivo de la dilatación de asa intestinal (>20 mm) para complicaciones intestinales fue 0,75. El tiempo de estancia en la unidad de cuidados intensivos neonatales en el grupo con y sin dilatación extraabdominal fue 51,6 y 34,8 días, respectivamente, con diferencia significativa. Un edema de pared se correlacionó con reintervenciones quirúrgicas de dichos fetos.

El presente estudio coincide con una comunicación de Alabama, en la que describen 44 casos de defectos de la pared abdominal anterior, 29 con onfalocele y 15 con gastrosquisis. Las gastrosquisis tendieron a ocurrir en mujeres más jóvenes (edad media 23 años), mientras el onfalocele ocurrió en madres de 28 años promedio. La sensibilidad de detección por ultrasonido fue 86,7%, con más anomalías estructurales adicionales en el onfalocele que en la gastrosquisis (62% versus 20%). La mortalidad perinatal fue algo mayor en los fetos con onfalocele[5].

Los siguientes artículos continúan el interesante, actualizado y bien coordinado simposio Infertilidad, a cargo del Dr. Alfredo Celis. El artículo Estimulación ovárica en reproducción asistida es una buena revisión sobre los diferentes protocolos utilizados al presente para estimular al ovario a producir un mayor número de folículos a ser utilizados en ciclos de fecundación in vitro. Describe y revisa la aplicación de los análogos de GnRH, tanto agonistas como antagonistas, señalando ventajas y desventajas. En estudios aleatorios, se observa en la literatura, como dice el autor, que no existe diferencia entre el uso de protocolos de antagonistas en dosis múltiples o de agonistas de larga duración, en términos de calidad de morfología del ovocito[6].

Continúa el simposio con el artículo El futuro de la cirugía reproductiva, en el que su autor se refiere elegantemente a la cirugía reproductiva desde la perspectiva de un tratamiento preparatorio para la reproducción asistida. Describe las decisiones en casos de hidrosálpinx, endometriosis, ligadura de trompas, miomas subserosos o intramurales menores a 4

cm, la histeroscopia quirúrgica en úteros septados y pólipos y, como un importante mensaje, señala que se debe considerar preservar la capacidad de tener hijos antes de pensar en eliminar la patología.

Otro artículo del simposio es del Diagnóstico genético preimplantacional: alcances y límites. Y se refiere a un problema importante en la tecnología de la reproducción asistida, que consiste en la búsqueda de embriones con alteraciones genéticas pues estos no deberían ser implantados. El artículo muestra los resultados de una experiencia institucional en 711 ciclos en los que se realizó el diagnóstico genético preimplantacional, lo que permitió ofrecer a la pareja el nacimiento de un bebe sano.

Finaliza el simposio con un ensayo muy interesante, Una mirada desde la bioética jurídica a las cuestiones legales sobre la infertilidad en el Perú, que abarca los problemas bioéticos y legales de la reproducción asistida en el Perú. La autora señala la necesidad de replantear la articulación legal del sistema sobre el cual se define la filiación, al explorar los términos de pluriparentalidad, y la valoración de la prueba de ADN, de manera de evitar situaciones judiciales y en el interés del niño o niña.

Continuaremos enriqueciendo los temas abordados en este número de la Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, en el ya *ad portas* XIX Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología.

Dr. José Pacheco Romero
Director
jpachecoperu@yahoo.com

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Markov D, Chernev T, Dimitrova V, Mazneĭkova V, Leroy Y, Jacquemyn Y, Ramaekers P, Van Bulck B, Loquet P. [Ultrasound screening and diagnosis of fetal structural abnormalities between 11-14 gestational weeks]. Akush Ginekol (Sofiia). 2004;43(3):3-10.

2. Sonek JD, Nicolaides KH, Janku P. Screening at 11-13+6 weeks' gestation. Ceska Gynekol. 2012;77(2):92-104.

3. Illescas T, Ortega D, Soler P, Costa G, Coronado P, Montalvo J. First trimester screening for aneuploidies in successive pregnancies: correlations between markers. Prenat Diagn. 2012;32(1):50-6.

4. Gagnon A, Wilson RD, Allen VM, Audibert F, Blight C, Brock JA, Désilets VA, Johnson JA, Langlois S, Murphy-Kaulbeck L, Wyatt P; Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Evaluation of prenatally diagnosed structural congenital anomalies. J Obstet Gynaecol Can. 2009;31(9):875-81, 882-9.

5. Salihu HM, Boos R, Schmidt W. Omphalocele and gastrochisis. J Obstet Gynaecol. 2002;22(5):489-92.

6. Cota AM, Oliveira JB, Petersen CG, Mauri AL, Massaro FC, Silva LF, Nicoletti A, Cavagna M, Baruffi RL, Franco JG Jr. GnRH agonist versus GnRH antagonist in assisted reproduction cycles: oocyte morphology. Reprod Biol Endocrinol. 2012;10:33.