



## Carta al editor

En la edición de **GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO** del mes de febrero del 2005 se publicó un artículo con el título: "Influencia del uso de anticonceptivos orales como factores de riesgo para infección por virus del papiloma humano y neoplasia intraepitelial cervical" (Ginecol Obstet Mex 2005;73:83-89) que lamentablemente contiene conceptos que se apartan de la medicina basada en evidencias, como bien se expresa en la carta que ensiguiente se reproduce.

**D**ebido a la trascendencia de algunos conceptos expresados en el trabajo titulado **Influencia del uso de anticonceptivos orales como factores de riesgo para infección por virus del papiloma humano y neoplasia intraepitelial cervical** publicado en el mes de febrero del año en curso (Ginecol Obstet Mex 2005;73:83-9), considero de suma importancia hacer algunas observaciones al respecto.

- El objetivo se menciona como "conocer el riesgo relativo que origina la administración de anticonceptivos orales (AO) por más de 3 años en pacientes con neoplasia intraepitelial cervical (NIC) asociado o no a virus del papiloma humano (VPH)", pero el riesgo relativo se calcula para estudios de cohorte y este es un estudio transversal donde lo correcto es calcular la razón de productos cruzados (odds ratio).<sup>1</sup>

- No está especificado en material y métodos cómo se definió la presencia de VPH, al parecer fue solo por criterios morfológicos y no por técnicas moleculares de detección del ADN viral (que se les considera el estándar de oro). El no empleo de métodos moleculares introduce sesgo importante porque los criterios morfológicos son un método diagnóstico indirecto con muy baja sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de infección viral.<sup>2,4</sup>

- En material y métodos se menciona la formación de 3 grupos pero en la descripción de resultados no se hace mención alguna del Grupo I (sin NIC, usuarias de AO).

- Con la idea de estudiar la asociación entre el uso de AO y la presencia de NIC se necesita crear una tabla de contingencia que incluya pacientes usuarias y no usuarias de AO (exposición) y pacientes con NIC y sin NIC (efecto), tabla que no es posible crear con los

grupos formados y los resultados descritos porque no se consideró un grupo control adecuado (pacientes sin NIC, usuarias y no usuarias de AO).

- Se menciona que "la frecuencia de asociación NIC-VPH fue mayor conforme avanzó el grado de enfermedad". Este concepto contrasta con el hecho conocido de que los efectos citopáticos producidos por el VPH se deben a una infección productiva que, por definición, requiere de células bien diferenciadas. Al perderse la diferenciación celular, con el incremento en la severidad de la lesión, se pierden también necesariamente los efectos citopáticos.<sup>2,3</sup>

- En la discusión se enumeran conceptos teóricos sobre la carcinogénesis cervical en general y algunos en relación a los AO. No se hace mención sobre los resultados del presente trabajo en comparación con otros similares reportados en la literatura. Los conceptos expresados en este apartado no tienen relación con los resultados obtenidos.

- Difieren las conclusiones escritas en el resumen y las del artículo propiamente dicho. Ninguna tiene relación con los resultados obtenidos en el presente trabajo. Por la trascendencia clínica y social de las conclusiones expresadas en el resumen y por ser éste la parte del artículo que tiene más difusión, es necesario reconsiderarlas.

- Se menciona que "se encontró una alta incidencia de VPH".- Para poder hablar de incidencia se requiere un grupo de pacientes detectadas inicialmente como negativas para VPH, seguirlos en forma prospectiva (estudio longitudinal) y confirmar posteriormente la presencia del virus, idealmente por métodos moleculares. Este fue un estudio transversal y la presencia viral se definió solo por hallazgos morfológicos.

- La "alta incidencia" de VPH es esperada porque para su cálculo se consideraron solo los grupos II y III (pacientes con NIC) y por el índice elevado de sobrediagnósticos de infección viral cuando la definición es por criterios morfológicos.<sup>4</sup>

- Se concluye que "Es muy recomendable descartar VPH y NIC antes de prescribir AO como método de planificación familiar". Comentando con algunos colegas sobre esta aseveración, indistintamente me han indicado que la interpretan como un freno para la

prescripción de los AO. Esto es preocupante, porque no hay sustento internacional, menos aún con el presente trabajo, para esta conclusión.

- En varios estudios está establecida la asociación entre el uso de AO y el riesgo de cáncer cérvico-uterino (CaCU), principalmente en uno muy bien realizado por la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer,<sup>5</sup> dependiente de la OMS. Este estudio reporta que existe riesgo elevado de CaCU (*in situ* e invasor) en mujeres portadoras de VPH y usuarias de AO por más de 5 años, además reporta que el uso prolongado de AO no tiene relación con la presencia de infección por VPH.

- La asociación existe, la OMS lo acepta, pero del mismo modo la OMS establece que:<sup>6</sup>

1. *No se recomiendan cambios en la prescripción o uso de AO ya que el número de casos de CaCU que resulta de este uso probablemente es muy pequeño.*

2. *Para la mujer joven, sana, no fumadora, los beneficios a la salud del uso de AO sobrepasan los riesgos.*

3. *Especificamente en lugares sin disponibilidad de servicios de tamizaje cervical; con frecuencia, los riesgos de morbilidad y mortalidad por el embarazo son elevados y que como la paridad parece ser un factor de riesgo para CaCU<sup>6</sup>, el uso de AO puede reducir el riesgo de CaCU atribuible a la paridad. Por lo que a las mujeres no se les debe negar el uso de AO simplemente debido a que no pueden acceder a servicios de tamizaje cervical.*

4. *Los riesgos de mortalidad materna del no uso de la anticoncepción es probable que exceda notoriamente cualquier riesgo adicional de CaCU para la mayoría de las mujeres.*

Para concluir, independientemente del valor de p y del OR calculado (significancia estadística) debe considerarse la trascendencia de los resultados (significancia clínica) antes de emitir conclusiones o recomendaciones. Incluso en asociaciones con mayor riesgo y en estudios bien llevados, debe considerarse la repercusión de las acciones a tomar para eliminar o reducir el factor de riesgo en cuestión. En cáncer de pulmón es inocuo eliminar el principal factor de riesgo (tabaquismo), pero en cáncer de mama es imposible reducir, aunque sea discretamente, en forma inocua, el principal factor de riesgo (género), de modo que el 50% de la población mundial tiene que vivir con este riesgo. La recomendación de descartar VPH y NIC antes de prescribir AO conlleva la necesidad de realizar pruebas diagnósticas adicionales y, en lugares

donde no es factible, sería un impedimento para el uso de AO con las repercusiones que estas conductas implican, concepto completamente contrario a lo recomendado por la OMS.

Es por esto que la conclusión “*Es muy recomendable descartar VPH y NIC antes de prescribir AO como método de planificación familiar*”, debe ser descartada por el significado clínico y social de la misma.

Con la mejor de las intenciones de que esta carta sea en beneficio de nuestra práctica médica y nuestras pacientes, agradezco la atención a la presente y quedo de Ud como su seguro servidor.

**M en C Ángel Emilio Suárez Rincón**

*Gineco-Obstetra Coloscopista,  
Hospital de Ginecología y Obstetricia,  
Centro Médico Nacional de Occidente,  
Instituto Mexicano del Seguro Social,  
Guadalajara, Jal.*

Correspondencia: Dr. Ángel Emilio Suárez Rincón.  
Av. Chapalita 1300, Col. Chapalita, Guadalajara, Jal., México, CP 44500. Tel./fax: (01-33) 3121-2303 y 3121-0983. E-mail: suarezae@hotmail.com

## REFERENCIAS

1. Riegelman RK, Hirsch RP. Cómo estudiar un estudio y probar una prueba: lectura crítica de la lectura médica. Organización Panamericana de la Salud. Washington. 1992.
2. International Agency for Research on Cancer. Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Vol 64. Human Papillomaviruses. Lyon. 1995.
3. Montoya-Fuentes H, Suárez-Rincón AE, Ramírez-Muñoz MP, Arévalo-Lagunas I, Morán-Moguel MC, et al. Detección de papilomavirus humano 16, 18, 35 y 58 en cáncer cérvicouterino y lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado en el occidente de México: correlación clínico-molecular. Ginecol Obstet Mex 2001;69:137-42.
4. Abadi MA, Ho GY, Burk RD, Rommey SL, Kadish AS. Stringent criteria for histological diagnosis of koilocytosis fail to eliminate overdiagnosis of human papillomavirus infection and cervical intraepithelial neoplasia grade I. Human Pathol 1998;29:54-9.
5. Moreno V, Bosch FX, Muñoz N, Meijer Ch, Shah KV, et al. Effect of oral contraceptives on risk on cervical cancer in women with human papillomavirus infection: the IARC multicentric case-control study. Lancet 2002;359:1085-92.
6. World Health Organization. Cervical Cancer, Oral Contraceptives and Parity. WHO 2002;77:167-8.
7. Muñoz N, Franceschi S, Bosetti C, et al. Role of parity and human papillomavirus in cervical cancer: the IARC multicentric case-control study. Lancet 2002;359:1093-101.



## LX Aniversario de la AMGO

El día 27 de abril del 2005 será una fecha memorable en la historia de nuestra Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia. Siendo el año que celebra el 60 aniversario de la fundación de la AMGO, se festejó el cambio de la sede que por 23 años estuvo en la Avenida Baja California 311, a las flamantes instalaciones en el piso 29 del World Trade Center de la Ciudad de México.

En la ceremonia de inauguración de este recinto, la Mesa de Honor estuvo presidida por el C. Dr. Julio Frenk Mora, actual Secretario de Salud del Gobierno Federal. Lo acompañaron en el presidium el presidente de la AMGO, Dr. Estanislao Díaz Barriga Díaz, el Dr. Martín Giménez Miranda, único Socio Fundador con vida, el Dr. Samuel Karchmer K, coordinador de la Comisión del Patrimonio y Régimen Económico, el Dr. Alberto Kably A, con la representación del Dr. Javier Santos, presidente de la Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, y el Dr. José Manuel Septién, a quien el maestro de ceremonias designó como el “Cronista de la Ginecología y Obstetricia de México”. Aceptando este nuevo nombramiento, satisfecho y de buen humor, el Dr. Septién tomó la palabra para situar históricamente el surgimiento en los años 45 del siglo XX de nuestra Asociación. Señaló el mérito que tuvo el Dr. Díaz Barriga al dar el paso clave para cambiar la sede de nuestra Asociación a estas nuevas instalaciones. El crecimiento de sus actividades, y del número de sus socios, hizo indispensable contar con un nuevo local que satisficiera los crecientes requerimiento tecnológicos, de amplitud, de seguridad de un estacionamiento, de comodidad y capacidad de su auditorio para las sesiones académicas de esta Asociación.

A continuación, se le dio la palabra al Decano de la AMGO, Dr. Martín Giménez Miranda. Nos recordó que la AMGO tuvo como primera sede el Auditorio

del Hospital Concepción Beistegui, situado en las calles de Regina en el Centro de la Ciudad. El Dr. Giménez Miranda, siendo vicepresidente de la Mesa Directiva de la Asociación 59-61 y presidente el doctor Alfredo López de Nava, lograron la adquisición de un predio en las calles de Baja California, en donde la siguiente mesa directiva, presidida por el Dr. Luis Castelazo Ayala, después de vencer los graves problemas financieros, hicieron realidad finalmente la construcción de la anterior sede. Hizo ver que cada uno de los miembros de las 49 mesas directivas anteriores a la actual, han conducido a esta agrupación académica de manera ascendente, lo que le ha permitido destacar entre las sociedades de otras especialidades y llegar a ser de las más numerosas, sólidas y de prestigio en la medicina mexicana.

El Dr. René Bailón U, durante su gestión 2001-2002 como Presidente de la AMGO, creó una comisión temporal, llamada del Patrimonio, con la intención de adquirir un recinto para ampliar la sede de la Asociación. Estuvo como coordinador el Dr. René Bailón y como secretario el Dr. Neri Ruz. La integraron los doctores: Víctor Espinosa de los Reyes, Alberto Kably y Manuel Villalobos R.

El Dr. Estanislao Díaz Barriga agradeció, en especial, al coordinador actual de la Comisión mencionada, el Dr. Samuel Karchmer, por su eficiente asesoramiento para hacer efectiva la adquisición de la nueva sede de la AMGO.

Finalmente, el Secretario de Salud, de manera sencilla y clara, destacó la importancia de esta Agrupación de Especialistas, por la contribución continua en la preparación académica de sus agremiados, para la mejoría de la salud de la mujer mexicana. Me agradan los aniversarios, dijo, porque como se ha señalado, las semillas que fueron los fundadores, generaron un árbol, y los follajes que aparecen año con año, son las generaciones posteriores, que van creciendo y que dan cobijo a quienes se acercan a este roble.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: [www.revistasmedicasmexicanas.com.mx](http://www.revistasmedicasmexicanas.com.mx)

Hizo ver, entre otro temas, que los dos grandes retos para mejorar la sobre-vida de la mujer en nuestro país son el control de la mortalidad materna y el cáncer cérvico-uterino. Desde luego, las mujeres con este cáncer en estadios por arriba del I-A, están inscritas de inmediato en el Seguro Popular, para otorgarles el tratamiento que requieran, médico o quirúrgico. Solicitó a los agremiados de esta Asociación que continuaran apoyando al Sector

Salud, como siempre lo han hecho, para alcanzar las metas que se han fijado.

Estas flamantes instalaciones deben ser aprovechadas por los médicos interesados en el ejercicio de su especialidad, para adquirir bases sólidas fincadas en el conocimiento actualizado del avance de la medicina, y con una mejor preparación académica, poder ofrecer mejor calidad de vida a la mujer en México.

**Dr. Manuel Villalobos Román MCM**

El mecanismo de alumbramiento se divide en tres tiempos:

*Primer tiempo:* desprendimiento de la placenta.- Este tiempo corresponde al periodo durante el cual el útero permanece grande y por debajo del ombligo.

*Segundo tiempo:* paso de la placenta a la vagina y desprendimiento de las membranas.- Este tiempo corresponde al momento en que el útero se eleva por encima del ombligo y disminuye de anchura.

*Tercer tiempo:* expulsión de la placenta fuera de las vías genitales.

Reproducido de: Fabre. Manual de obstetricia. Barcelona: Salvat Editores, 1941; p:266.