



Cada día se recurrirá más al abordaje laparoscópico de los padecimientos malignos ginecológicos porque ha demostrado su factibilidad e inocuidad. Los autores del artículo “Histerectomía radical laparoscópica con mapeo linfático y biopsia del ganglio centinela en cáncer cervicouterino temprano” consideran que estas técnicas son útiles para identificar a las pacientes con metástasis ganglionares, para evitar la linfadenectomía completa o la histerectomía radical y tratar a ese grupo de pacientes con radioterapia sola o quimiorradioterapia concomitante. Este artículo muestra la factibilidad de la combinación del mapeo linfático y biopsia de ganglio centinela con la cirugía radical laparoscópica, en el contexto de la cirugía de mínima invasión, en pacientes con cáncer cervicouterino en etapa temprana.

La mayor parte de los embarazos múltiples conlleva el nacimiento de criaturas bajo peso y prematuros, circunstancias que incrementan la morbilidad y la mortalidad perinatal. El parto pretérmino es causa de 70% de la mortalidad perinatal. La mayor parte de los estudios que reportan la repercusión de los embarazos múltiples en la tasa de mortalidad perinatal general lo hacen con información proveniente de embarazos gemelares. En esta ocasión de GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO incluye un artículo que tuvo como objetivo determinar el impacto de la mortalidad perinatal de los embarazos múltiples en la mortalidad perinatal total en un hospital de Monterrey, NL.

El espectro de lesiones patológicas por VIH-1 en la placenta no está debidamente documentado. Cuando se comparan pacientes tratadas con zidovudina y sin ésta no se encuentran lesiones generales significativas y el disco placentario no muestra decrecimiento importante en sus dimensiones. Tampoco hay diferencias histopatológicas relevantes entre placetas trasmisoras y no trasmisoras del VIH-1. Aquí se incluyen los resultados de una investigación que tuvo

como propósito demostrar los cambios ultraestructurales degenerativos en las vellosidades placentarias a término en mujeres embarazadas infectadas por el VIH-1 y tratadas con zidovudina.

Hace tiempo se estableció que la estructura sexual de un individuo estaba determinada por el tipo de hormonas que produce: estrógenos si es mujer y andrógenos si es hombre. Se creía que una alteración en ese patrón endocrinológico alteraba la estructura y función de los órganos genitales; sin embargo, hace poco ese precepto perdió sustento, no por algún cambio en su estructura química, sino por la actividad biológica descrita en los diferentes tejidos del hombre y la mujer, y que ha puesto al descubierto lo que ahora se conoce como paradoja endocrinológica. Estos conceptos son revisados en un artículo que pone al día este tipo de conocimiento que se incluye en esta edición de GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO.

Hace 55 años se publicó en GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO una ponencia escrita por los doctores Guillermo Alfaro de la Vega, Luis Castelazo Ayala y Raúl Fernández Doblado, a propósito de la toxemia gravídica: “...Ninguna de las numerosas clasificaciones de la toxemia del embarazo que se han elaborado es completamente satisfactoria. Probablemente la más importante, por su simplicidad y difusión, es la que considera dos grupos de toxemias: 1) las llamadas toxemias agudas del embarazo que son la preeclampsia y la eclampsia y 2) las enfermedades vasculares crónicas hipertensivas con o sin toxemia aguda sobre-agregada. De todas ellas la más frecuente es la preeclampsia (78.1%) y en orden decreciente le siguen la enfermedad vascular hipertensiva sin toxemia aguda agregada (16.7%), con toxemia aguda agregada (4%) y la eclampsia (12%)...”

Dr. Carlos Fernández del Castillo S
Editor

LOS CINCO ARTÍCULOS MÁS CONSULTADOS DE JUNIO SON:

1. Clasificación y nomenclatura de las alteraciones menstruales

Francisco Berumen Enciso, Lázaro Pavía Crespo, José Castillo Acuña. Ginecol Obstet Mex 2007;75(10):641-651.

2. Infecciones vaginales comunes

Henry J Zettelman. Ginecol Obstet Mex 2007;75(2):115-118.

3. Prevalencia y complicaciones del embarazo gemelar monocorial biamniótico

Cutberto Torres-Torres, Guadalupe Pérez-Borbón, Jesús Andrés Benavides-Serralde, Mario E Guzmán-Huerta, Edgar Hernández-Andrade. Ginecol Obstet Mex 2010;78(3):181-186.

4. Perfil epidemiológico del parto prematuro

Luis Alberto Villanueva Egan, Ada Karina Contreras Gutiérrez, Mauricio Pichardo Cuevas, Jacqueline Rosales Lucio. Ginecol Obstet Mex 2008;76(9):542-548.

5. Factores de riesgo asociados con preeclampsia: estudio de casos y controles

Fred Morgan-Ortiz, Sergio Alberto Calderón-Lara, Jesús Israel Martínez-Félix, Aurelio González-Beltrán, Everardo Quevedo-Castro. Ginecol Obstet Mex 2010;78(3):153-159.

NIVEL DE EVIDENCIA

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO utiliza los siguientes niveles de evidencia para clasificar los artículos, con base en la fuerza y complejidad de la metodología aplicada por los investigadores.

I. Estudios clínicos controlados y aleatorizados, con homogeneidad e intervalo de confianza estrecho o metanálisis

Protocolos de investigación con definición de mecanismos de control que operen antes y durante el desarrollo de la fase experimental con el objeto de salvaguardar la seguridad del sujeto de experimentación. La aleatorización reduce los sesgos que aparecen en los estudios de observación e implica asignar los sujetos de estudio a grupos similares y que los tratamientos que reciban puedan compararse objetivamente. El intervalo de confianza debe reducir al mínimo la imprecisión de las estimaciones puntuales.

II-1. Estudios clínicos controlados pero sin aleatorización

Ensayos que se inician con la formulación de una hipótesis que defina claramente la variable independiente (intervención) y la manipulación que el investigador hará de dicha variable. Se requiere definir las potenciales variables dependientes y los procedimientos de control y vigilancia de estas variables, incluidos los posibles efectos adversos. Definen el tiempo de duración del experimento, las potenciales fuentes de sesgo y las precisiones de carácter ético pertinentes. Puesto que carece de aleatorización la posibilidad de sesgo aumenta.

II-2. Estudios de cohorte o caso-control, preferentemente multicéntricos, o consensos

Implican seguir grupos de sujetos en el tiempo, con dos propósitos primarios: descriptivo, típicamente para describir la incidencia de ciertos sucesos en el tiempo; y analítico, para analizar asociaciones entre exposición y resultados. Estos estudios comparan un resultado en particular (como el cáncer cérvico-uterino) en grupos de pacientes con similitudes en muchos aspectos, pero que se diferencian por una cierta característica (por ejemplo, mujeres que fuman comparadas con las que no fuman); el seguimiento es a largo plazo con vigilancia cuidadosa de la influencia de factores de riesgo. Los estudios de caso-control comienzan con la identificación de pacientes con la enfermedad (u otro resultado) de interés, y un grupo apropiado de individuos sin la enfermedad (controles), los compara a ambos: los que tienen la enfermedad en estudio (casos) y un grupo muy similar de personas sin la enfermedad (controles).

II-3. Estudio de observaciones múltiples con o sin intervención; estudios sin control y grandes series de casos

Son el relato o comunicación de lo que se ha observado sin la aplicación de alguna metodología reconocida y sin algún tipo de control, como las observaciones de eficacia de algún fármaco, sin la correspondencia de comparación. Son la comunicación de un caso que, simplemente, se agrega a la lista de los ya reportados.

III. Opiniones basadas en experiencias clínicas, estudios descriptivos, observaciones clínicas o informes de comités de expertos

Son opiniones de expertos, sin valoración crítica explicable o, simplemente, basados en la fisiología. Los autores sólo reportan lo observado y lo interpretan a través de la óptica de su experiencia personal.