



GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO

Editorial

El trastorno menstrual, el hirsutismo y los ovarios poliquísticos en la mujer joven sugieren síndrome de ovarios poliquísticos, sobre todo si es obesa, por su estrecha relación con la resistencia a la insulina. Ésta origina una serie de trastornos, entre ellos la estimulación de la secreción de gonadotropinas por la hipófisis, que afecta la regulación de GnRH, inhibición de la producción hepática de SHBG, que favorece que la concentración de andrógenos libres aumente y el efecto biológico de estos se ejerza; y en la distribución de grasa corporal, que interfiere en el metabolismo y cambios hormonales.

La resistencia a la insulina puede disminuirse con sensibilizadores de la insulina, como: metformina y tiazolidinedionas (rosiglitazona y pioglitazona), que contribuyen a reducir la obesidad, reiniciar las menstruaciones e incluso la ovulación. Todo esto en el contexto de una serie de reacciones secundarias intestinales que deben atenderse en la forma de administración de los fármacos.

Los autores del primer artículo original de esta edición de GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO exponen su trabajo en donde comparan diferentes dietas y los cambios en la resistencia a la insulina en pacientes con síndrome de ovarios poliquísticos.

El siguiente artículo trata de la mola complicada con hipertensión arterial, que es poco diagnosticada. Los autores reportan que encontraron un caso de mola e hipertensión por siete de mola sin hipertensión, aunque esta presentación es mayor que la de coriocarcinoma. El trabajo analiza todos los casos atendidos en el Hospital Juárez; para esto

integraron dos grupos: uno con y otro sin hipertensión arterial y coriocarcinoma y observaron que las pacientes sin hipertensión arterial eran más jóvenes que las de los otros dos grupos, con diferencia estadísticamente significativa. Por lo que se refiere al índice de masa corporal, la mayoría de las pacientes estaba dentro de límites normales para peso y talla. El inicio de la vida sexual activa fue a edades más tempranas en las pacientes con mola sin hipertensión arterial. El tamaño uterino también fue mayor en las pacientes con mola e hipertensión arterial. Encontraron elevación en algunas de las variables de laboratorio que se incrementan en las pacientes con preeclampsia, como: deshidrogenasa láctica y transaminasa hepática (AST) al igual que en los otros dos grupos, pero con menor concentración de hemoglobina. Desde el punto de vista clínico esto no afectó a las pacientes; se correlacionó la concentración sérica de hCG contra la presión arterial sistólica, diastólica y media y se observó que esta correlación no es fortuita porque fue estadísticamente significativa con la fórmula de Pearson; sin embargo, la fuerza de asociación no fue muy fuerte. A pesar de ello hay que considerar que esta hormona tiende a elevarse conforme avanza el embarazo. En esas pacientes, por su afección, se termina el embarazo y, por lo tanto, no se determina hasta dónde se incrementa su concentración sérica a futuro.

Otro trabajo alude a la fistula vésico vaginal adquirida, que es la más común de las vías urinarias. En la bibliografía mundial se señala que la incidencia de fistula vésico vaginal iatrogénica es de 0.1-4%. Y las causas obstétricas ocupan el primer sitio en países subdesarrollados, las cirugías ginecológicas y la radioterapia son factores etiológicos importantes en países desarrollados. En México, la causa más común reportada es la histerectomía (72.4-76.5%), ligeramente mayor que lo señalado en la bibliografía mundial. Hasta la fecha no existen datos estadísticos significativos que indiquen que un abordaje

quirúrgico es superior a otro, porque la decisión depende del tamaño de la fistula vésico vaginal, de su localización y de la experiencia del cirujano. La cirugía vaginal y abdominal tienen un éxito similar. La reparación mediante abordaje transvesical ofrece éxito confiable con mínima morbilidad y estancia hospitalaria, comparable con la del abordaje transvaginal.

Hace 55 años los maestros: Julio César Graham, Cristina García Sancho de Penichet, Conrado Zuckermann y Delfino Gallo abordaron el tema del dolor en el cáncer ginecológico en donde señalaban que: “El dolor es siempre un fenómeno de sensibilidad cerebral. Existen dos clases de fenómenos dolorosos: *a)* los que se verifican exclusivamente a través de los nervios cerebroespinales

pélvicos afectados por el proceso tumoral maligno y *b)* los que se verifican a través de los nervios simpático pélvicos afectados por el proceso canceroso, estableciéndose el arco reflejo siempre a través de las vías medulares de la sensibilidad por las fibras centrípetas del sistema neurovegetativo.

La excitación de las terminaciones de los nervios cerebroespinales, lumbosacros, o bien de las terminaciones del simpático pélvico, está condicionada por el proceso invasor del cáncer genital, que unas veces es bajo la forma de compresión, otras de linfangitis neoplásica y en ocasiones por destrucción.”

Carlos Fernández del Castillo S