



El incremento en la esperanza de vida de las mujeres mexicanas, que hoy es de 75 años, ha aumentado la morbilidad y mortalidad de enfermedades para las que hace 60 años sólo un bajo porcentaje llegaba. Por ejemplo, los casos de fracturas por osteoporosis eran excepcionales y ahora se registran más, sobre todo en mujeres más. Si bien las fracturas por esta causa son una realidad, también lo son las oportunidades de prevención y detección temprana. La medición de la densidad ósea es una opción para conocer el riesgo de fractura, no necesariamente de la enfermedad. El interés en el estudio epidemiológico de estas afecciones está permitiendo conocer nuestra realidad con porcentajes de incidencia y frecuencia que facilitan el diseño de políticas de medicina preventiva. En esta edición de GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE MÉXICO se incluyen los resultados de un estudio efectuado para conocer la prevalencia de osteopenia y osteoporosis en la menopausia y su relación con factores de riesgo en un estado de la República Mexicana.

Se carece de unanimidad acerca de si la hipertensión gestacional y la preeclampsia son enfermedades distintas o son etapas evolutivas del mismo proceso; sin embargo, la evidencia sugiere que son padecimientos independientes. Su historia natural es poco entendida y la información bibliográfica es escasa. La evolución a preeclampsia en el estudio que se publica en este número fue de 25%. La edad gestacional temprana se asoció con mayor riesgo de preeclampsia (58%). La mayoría de las pacientes con preeclampsia tuvieron la forma severa de la enfermedad. El peso de los recién

nacidos y la edad gestacional fueron menores en las pacientes con preeclampsia. Entre las pacientes que evolucionaron a preeclampsia y las que no padecieron este síndrome no se encontró diferencia significativa con el IMC, edad materna, paridad y antecedente de preeclampsia.

¿Conviene redefinir al síndrome de poliquistosis ovárica? Es la pregunta que se formulan los autores de uno de los artículos de revisión. Ellos señalan que resulta insólito que después de ocho décadas persista el interés en el síndrome de poliquistosis ovárica, incluso, periódicamente se organizan reuniones de expertos con el fin de redefinirlo y establecer normas para su diagnóstico y tratamiento óptimo. En la actualidad predomina el Consenso de la Reunión de Rotterdam que señala que el diagnóstico se basa en la coexistencia de dos de tres componentes: trastorno menstrual con anovulación, hiperandrogenismo y ovarios crecidos; y haber ejercido el criterio de exclusión. Resalta que es innecesario utilizar las pruebas en búsqueda de resistencia a la insulina y de otras determinaciones de hormonas circulantes que sólo servirían para excluir otros padecimientos. El fenotipo es heterogéneo con un componente metabólico inconstante y, por ello, ha surgido la inquietud de una mejor definición del síndrome de poliquistosis ovárica. Hace poco, la Sociedad de Endocrinología de Estados Unidos aceptó que no ha transcurrido el tiempo suficiente para demostrar epidemiológicamente el riesgo del síndrome de poliquistosis ovárica: complicaciones cardiovasculares y mortalidad a largo plazo.



En los últimos años se ha incrementado la incidencia de casos de tuberculosis, sobre todo de los asociados al VIH. Ahora se espera que la coexistencia de esta infección seguramente aumentará los diagnósticos de tuberculosis extrapulmonar, como la peritoneal y genital. Deberá

sospecharse en las pacientes con infertilidad y factores de riesgo para su inicio, porque su diagnóstico y tratamiento oportunos ayudan a preservar la fertilidad y reducir las complicaciones. Este tema se aborda en una de los casos clínicos que se incluyen en esta edición.