

Resúmenes de artículos de la literatura

ACETATO DE CIPROTERONA VERSUS UN ANTICONCEPTIVO ORAL MONOFÁSICO CONTINUO EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR PÉLVICO RECURRENTE DESPUÉS DE CIRUGÍA CONSERVADORA PARA LA ENDOMETRIOSIS SINTOMÁTICA.

CYPROTERONE ACETATE VERSUS A CONTINUOUS MONOPHASIC ORAL CONTRACEPTIVE IN THE TREATMENT OF RECURRENT PELVIC PAIN AFTER CONSERVATIVE SURGERY FOR SYMPTOMATIC ENDOMETRIOSIS

Fertility and sterility, 2002; 77(1): 52:61

Paolo Vercellini, Olga De Giorgi, Paola Mosconi, Giovanna Stellato, Sarah Vicentini and Pier Giorgio Crosignani.

Istituto Ostetrico e Ginecologico "Luigi Mangiagalli," University of Milan, Milan, Italy

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la eficacia y la seguridad del acetato de ciproterona versus el anticonceptivo oral en el tratamiento del dolor pélvico recurrente asociado a la endometriosis.

Diseño: Ensayo clínico controlado aleatorizado.

Lugar: Centro académico.

Pacientes: Noventa mujeres con dolor pélvico moderado o severo posterior a cirugía conservadora para endometriosis sintomática.

Intervención: Seis meses de tratamiento continuo con acetato de ciproterona oral 12n5 mg/día, o un anticonceptivo oral que contenga etinilestradiol 0,02 mg y desogestrel 0,15 mg.

Medida principal de resultado: Grado de satisfacción con la terapia.

Resultados: Salieron del estudio, 6 pacientes en el grupo de acetato de ciproterona y 9 en el de anticonceptivo oral. Debido a efectos colaterales (n=9), ineficacia del tratamiento (n=4), o pérdida del seguimiento (n=2). A los 6 meses, se disminuyeron significativamente la dismenorrea, la dispareunia profunda y los puntajes de dolor pélvico no menstrual, y se observó mejoría significativa en la calidad de vida relacionada con la salud, el perfil psiquiátrico, y la satisfacción sexual; no se encontraron diferencias importantes entre los dos grupos. Los efectos colaterales subjetivos y metabólicos fueron limitados. De acuerdo al análisis de intención de tratar 33 de 45 (73%) pacientes en el grupo de acetato de ciproterona y 30 de 45 (67%) en el grupo de anticonceptivos orales estaban satisfechas con el tratamiento recibido.

Conclusiones: El acetato de ciproterona y el anticonceptivo oral monofásico continuo son un terapia eficaz, segura y poco costosa para el dolor recurrente después de la cirugía conservadora para la endometriosis.

TRATAMIENTO CON METFORMIN MEJORA LAS TASAS DE OVULACIÓN, LOS PUNTAJES CERVICALES Y LAS TASAS DE EMBARAZO EN MUJERES CON SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO RESISTENTE AL CITRATO DE CLOMIFENO.**METFORMIN THERAPY IMPROVES OVULATORY RATES, CERVICAL SCORES, AND PREGNANCY RATES IN CLOMIPHENE CITRATE-RESISTANT WOMEN WITH POLYCYSTIC OVARY SYNDROME**

Müberra Kocak and Eray Caliskan, Coskun Simsir and Ali Haberal Esat, Ankara, Turkey.

Department of Obstetrics and Gynecology, SSK Ankara Maternity and Women's Health Teaching Hospital, Ankara, Turkey.

Fertility and sterility, 2002; 77(1): 101-106

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el efecto del tratamiento con metformin sobre el hiperandrogenismo, la resistencia a la insulina, los puntajes cervicales, la ovulación y las tasas de embarazo en mujeres con síndrome de ovario poliquístico (PCOS) resistentes al citrato de clomifeno.

Diseño: Estudio prospectivo, controlado con placebo, aleatorizado, doble ciego.

Lugar: Clínica de infertilidad de un centro de referencia terciario.

Pacientes: Cincuenta y seis mujeres con PCOS resistente al citrato de clomifeno.

Intervención: En el grupo I dos ciclos de terapia oral de metformin (850 mg dos veces al día) y en el grupo II terapia con placebo (dos veces al día). En ambos grupos se administró citrato de clomifeno (100 mg/día) en los días 3 - 7 del segundo ciclo.

Medidas principales de resultado: Insulina, testosterona (T), DHEAS, FSH, LH, índice de masa corporal (IMC), relación cintura-cadera, grosor endometrial, puntaje cervical, ovulación y tasas de embarazo en los ciclos inducidos con clomifeno después de la terapia con metformin.

Resultados: La terapia con metformin resultó en una disminución significativa en los niveles de T total y LH, la relación LH/FSH, la resistencia a la insulina, y el promedio de IMC. No hubo diferencia en la relación cintura-cadera, el nivel de DHEAS, ni el nivel de insulina en ayunas. La inducción con citrato de clomifeno resultó en mayores tasas de ovulación y endometrio de mayor grosor en el grupo de metformin que en el grupo de placebo. Hubo una mayor tasa acumulativa de embarazos en el grupo de metformin; sin embargo no hubo diferencia significativa en la tasa de embarazos entre los dos grupos.

Conclusiones: La terapia con metformin no solo disminuye el hiperandrogenismo y la resistencia a la insulina sino que también mejora las tasas de ovulación, los puntajes cervicales y las tasas de embarazo en las mujeres con PCOS resistentes al citrato de clomifeno.

ASOCIACIÓN DE TROMBOCITOPENIA Y VÍA DEL PARTO CON HEMORRAGIA INTRAVENTRICULAR ENTRE NIÑOS DE MUY BAJO PESO AL NACER.**ASSOCIATION OF THROMBOCYTOPENIA AND DELIVERY METHOD WITH INTRAVENTRICULAR HEMORRHAGE AMONG VERY-LOW-BIRTH-WEIGHT INFANTS**

Doron J. Kahn, Douglas K. Richardson, MD, Henny H. Billett, MD.

New Hyde Park and Bronx, NY, and Boston

American Journal of obstetrics and gynecology 2002;186(1): 109-116

RESUMEN

Objetivo: Investigar el significado de la trombocitopenia neonatal y de la cesárea sobre la incidencia de la hemorragia intraventricular en niños que pesan menos de 1500g.

Diseño del estudio: Se analizaron prospectivamente durante un período de 21 meses, un total de 1283 niños con peso menor a 1500g, quienes fueron admitidos en seis unidades de cuidado intensivo neonatal. La severidad de la enfermedad fue medida con el puntaje para la fisiología aguda neonatal (SNAP).

Resultados: De los niños analizados, 145 (11.3%) tuvieron trombocitopenia (plaquetas $< 100 \times 10^9 /L$). La incidencia de hemorragia intraventricular fue mayor entre los niños con trombocitopenia que en los que no tenían (44.8% vs 23.9%, $p < 0.0001$). Los niños trombocitopénicos que nacieron por vía vaginal tuvieron una mayor incidencia de hemorragia intraventricular que los que nacieron por cesárea (35.8% vs 15.9%, $p < 0.0001$). Los niños trombocitopénicos que nacieron por vía vaginal tuvieron la mas alta incidencia de hemorragia intraventricular (63.4% vs 37.5% para la cesárea, $p = 0.005$). El parto vaginal y las plaquetas $< 50 \times 10^9/L$ en el día 1 fueron factores de riesgo independientes para hemorragia intraventricular (OR 2.7, IC 95% 2.0 _ 3.8 y OR 11.2, IC 95% 3.0 _ 42.5, respectivamente).

Conclusiones: Este estudio multicéntrico confirma que la trombocitopenia y la hemorragia intraventricular no son raras en neonatos con peso inferior a 1500 g, y que la incidencia de hemorragia intraventricular es mayor en aquellos niños trombocitopénicos que nacen por vía vaginal.

ENSAYO ALEATORIZADO DE OXITOCINA, CONCURRENTENTE CON UN INSERTO VAGINAL, DE LIBERACIÓN SOSTENIDA, DE DINOPROSTONA, PARA LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO A TÉRMINO.

RANDOMIZED TRIAL OF CONCURRENT OXYTOCIN WITH A SUSTAINED-RELEASE DINOPROSTONE VAGINAL INSERT FOR LABOR INDUCTION AT TERM

Franklyn C. Christensen, MD, Mitra Tehranifar, MD, Jose L. Gonzalez, MD, Clifford R. Qualls, PhD, Valerie J. Rappaport, MD, William F. Rayburn, MD. *Albuquerque, NM*

American Journal of obstetrics and gynecology 2002;186(1): 61-65

RESUMEN

Objetivo: El objetivo de este estudio fue determinar si la administración concomitante de oxitocina con una dinoprostona de liberación sostenida resulta en tiempos de inducción mas cortos cuando se compara con la oxitocina después de retirar la dinoprostona.

Diseño del estudio: Se incluyeron mujeres con embarazos únicos de 36 semanas o mas, presentación de vértex, pruebas de non-stress reactivas, sin cicatriz uterina, con membranas integras y puntajes de bishop de 6 o más. Fueron aleatoriamente asignadas a recibir oxitocina inmediatamente después de insertarles una forma de liberación sostenida de dinoprostona (inmediato) o 30 minutos después de su remoción (retardado). El resultado primario fue el tiempo de intervalo desde la inducción hasta el parto.

Resultados: Se incluyeron 71 pacientes (inmediato, 34 pacientes y retardado, 37 pacientes). No hubo diferencias entre los grupos de tratamiento en el número de monitorías no satisfactorias, el exceso de actividad uterina y el uso de anestesia epidural. El tiempo promedio desde la colocación de la dinoprostona hasta el parto fue 544 minutos, mas corto en el grupo inmediato (972 vs 1516 minutos; $p = .001$). La proporción de partos dentro de 24 horas fue mayor (90% vs 53%, $p = .002$) en el grupo inmediato. Las tasas de cesárea fueron similares entre los grupos inmediato y retardado (16% vs 13%; $p = .73$). No se observaron resultados adversos maternos ni neonatales con la terapia concurrente.

Conclusión: La oxitocina que se usa concurrentemente con la dinoprostona de liberación sostenida acorta significativamente el tiempo desde la inducción hasta el parto y resulta en mayor proporción de partos vaginales en un tiempo de 24 horas o menos, sin efectos adversos aparentes.

FACTORES ASOCIADOS CON UN RIESGO AUMENTADO DE NEOPLASIA CERVICAL INTRAEPITELIAL GRADO III, INCIDENTE Y PREVALENTE, ENTRE LAS MUJERES CON EXÁMENES DE PAPANICOLAOU, CLASIFICADOS COMO NEOPLASIAS INTRAEPITELIALES GRADO I O II.

FACTORS ASSOCIATED WITH AN INCREASED RISK OF PREVALENT AND INCIDENT GRADE III CERVICAL INTRAEPITHELIAL NEOPLASIA AND INVASIVE CERVICAL CANCER AMONG WOMEN WITH PAPANICOLAOU TESTS CLASSIFIED AS GRADES I OR II CERVICAL INTRAEPITHELIAL NEOPLASIA

K. Ulrich Petry, MD, Gerd Böhmer, MD, Thomas Iftner, PhD, Philip Davies, PhD, Oliver Brummer, MD, Henning Kühnle, MD.

Hannover and Tübingen, Germany, and London, United Kingdom

American Journal of obstetrics and gynecology 2002;186(1) : 28 - 34

RESUMEN

Objetivo: Las mujeres con exámenes de Papanicolaou clasificados como neoplasia grado I o II son tratadas conservadoramente en muchos países. Sin embargo, estas mujeres tienen mayor riesgo de tener neoplasia intraepitelial grado III y cáncer invasivo prevalente e incidente. Este estudio se realizó para identificar factores que pudieran predecir estos estados clínicamente importantes de la enfermedad.

Diseño del estudio: A 500 mujeres con exámenes de Papanicolaou clasificados como neoplasia cervical intraepitelial grado I o II, se les realizó: repetición del Papanicolaou, pruebas de virus del papiloma humano con ensayo de Captura Híbrido (Digene, Silver Spring, Md) y reacción en cadena de polimerasa y colposcopia con evaluación histológica. Se monitorizaron en forma conservadora por un mínimo de 9 meses ciento cincuenta y siete mujeres con neoplasia intraepitelial grados I y II confirmados histológicamente, para evaluar los predictores de la neoplasia intraepitelial cervical grado III incidente.

Resultados: En la primera colposcopia fueron identificadas: ciento cincuenta y un mujeres con neoplasia cervical intraepitelial prevalente y 5 mujeres con cáncer invasivo prevalente. Un examen repetido de Papanicolaou clasificado como neoplasia intraepitelial mayor del grado II y la detección de tipos oncogénicos del virus del papiloma humano fueron predictores significativos de neoplasia intraepitelial grado III y de cáncer subyacentes en el análisis multivariado. 17 de 157 mujeres (10.8%) con neoplasia intraepitelial cervical grado I y II progresaron a neoplasia intraepitelial cervical grado III. La edad mayor de 30 años y la detección de virus del papiloma humano oncogénicos se correlacionaron significativamente con la progresión en el análisis multivariado. No se observó progresión en las mujeres que fueron negativas para el virus del papiloma humano.

Conclusión: La tasa alta de neoplasia intraepitelial cervical grado III y de cáncer prevalente encontrada en nuestro estudio (31.2%) indica que el manejo conservador de las mujeres con neoplasia intraepitelial cervical grado I o II persistente debería ser desaconsejado. La colposcopia con evaluación histológica debería ser recomendada como el estándar de cuidado. Sin embargo, para mujeres con neoplasia intraepitelial cervical grado I o II probada, el manejo conservador subsecuente fue seguro en nuestro estudio para pacientes con reacción en cadena de la polimerasa negativa para tipos específicos del virus del papiloma humano.

LOS RESULTADOS PERINATALES ADVERSOS SON SIGNIFICATIVAMENTE MAYORES EN LA HIPERTENSIÓN GESTACIONAL SEVERA QUE EN LA PREECLAMPSIA MODERADA.

ADVERSE PERINATAL OUTCOMES ARE SIGNIFICANTLY HIGHER IN SEVERE GESTATIONAL HYPERTENSION THAN IN MILD PREECLAMPSIA

Alan Buchbinder, MD, Baha M. Sibai, MD, Steve Caritis, MD, et al.

National Institute of Child Health Network of Maternal-Fetal Human Development Medicine Units, Bethesda, Maryland.

Cincinnati, Ohio

American Journal of obstetrics and gynecology 2002;186(1): 66-71

RESUMEN

Objetivo: La literatura actual enfatiza el riesgo incrementado de resultados adversos en presencia de proteinuria e hipertensión. El objetivo de este estudio fue comparar la frecuencia de resultados fetales adversos en mujeres que desarrollaron desórdenes hipertensivos con o sin proteinuria.

Diseño del estudio: El diseño del estudio fue un análisis secundario de datos de las mujeres quienes tuvieron preeclampsia en un embarazo previo (n=598) quienes estuvieron participando en un ensayo multicéntrico de aspirina para prevención de preeclampsia. Las mujeres en la inclusión al estudio no tenían historia de hipertensión crónica ni de enfermedad renal. Las variables de los resultados maternos y perinatales evaluados fueron: parto pretérmino de < 37 y < 35 semanas de gestación, tasa de niños pequeños para la edad gestacional y abruptio de placenta. Los datos fueron analizados usando la prueba de chi cuadrado, y las mujeres que permanecieron normotensas o quienes tuvieron hipertensión gestacional moderada fueron consideradas como un grupo único debido a que tuvieron resultados similares.

Resultados: Cuando se comparan las mujeres con preeclampsia moderada con las mujeres con hipertensión severa (sin proteinuria), las últimas tienen mayores tasas de parto pretérmino < 37 semanas y de niños pequeños para la edad gestacional. Además, en las mujeres con hipertensión gestacional severa la edad gestacional y el peso al nacimiento fueron significativamente menores ($P < .003$ para peso y edad gestacional). Además las mujeres que desarrollaron hipertensión gestacional severa tuvieron mayores tasas de parto pretérmino < 37 semanas de gestación (54.2% vs 17.8%, $P = .001$) y < 35 semanas de gestación (25.0% vs. 8.4%, $P=.0161$) y partos de niños pequeños para la edad gestacional (20.8% vs 6.5%, $P=.024$), cuando se compararon con las mujeres que permanecieron normotensas o que desarrollaron hipertensión arterial moderada. No hubo diferencias estadísticamente significativas en los resultados perinatales entre los grupos de hipertensión gestacional normotensas/moderada y el de preeclampsia moderada. Las mujeres con hipertensión gestacional severa tuvieron mayores tasas de parto pretérmino y de niños pequeños para la edad gestacional que las mujeres con hipertensión gestacional o preeclampsia moderadas. En presencia de hipertensión severa, la proteinuria no incrementa las tasas de parto pretérmino ni de niños pequeños para la edad gestacional.

Conclusiones: En mujeres que tienen hipertensión gestacional o preeclampsia, las tasas incrementadas de parto pretérmino y de parto de niños pequeños para la edad gestacional están presentes solo en aquellas con hipertensión severa. En estas mujeres, la presencia de proteinuria no afecta el resultado perinatal.

RIESGO DE RUPTURA UTERINA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO ENTRE MUJERES CON UNA CESÁREA PREVIA.**RISK OF UTERINE RUPTURE DURING LABOR AMONG WOMEN WITH A PRIOR CESAREAN DELIVERY**

Mona Lydon-Rochelle, Ph.D., Victoria L. Holt, Ph.D., Thomas R. Easterling, M.D., and Diane P. Martin, Ph.D.

University of Washington, Seattle

New England Journal of Medicine 2001; 345(1): 3-8

RESUMEN

En estados Unidos, Se presentan cada año aproximadamente un 60% de mujeres que han tenido cesárea anterior y regresan embarazadas para un nuevo parto. Persiste la preocupación de que una prueba de trabajo de parto pueda incrementar el riesgo de ruptura uterina, una complicación obstétrica grave, aunque poco común.

Métodos: Nosotros realizamos un análisis retrospectivo, de cohorte, basado en la población, usando los datos de todas las mujeres primíparas con cesárea y nacimiento de hijos únicos vivos en los hospitales civiles del estado de Washington desde 1987 hasta 1996 y quienes tuvieron un segundo nacimiento de otro hijo único durante el mismo período (Un total de 20.095 mujeres). Nosotros evaluamos el riesgo de ruptura uterina para los partos con inicio espontáneo de trabajo de parto, aquellos con parto inducido por prostaglandinas y aquellos en los cuales el parto fue inducido por otros medios; estos tres grupos de partos fueron comparados con el parto por cesárea repetida sin trabajo de parto.

Resultados: La ruptura uterina ocurrió en una tasa de 1.6 por 1000 entre las mujeres con parto por cesárea repetida sin trabajo de parto (11 mujeres), 5.2 por 1000 entre las mujeres con inicio espontáneo del trabajo de parto (56 mujeres), 7.7 por 1000 entre las mujeres cuyo trabajo de parto fue inducido sin prostaglandinas (15 mujeres) y 24.5 por 1000 entre las mujeres con trabajo de parto inducido con prostaglandinas (9 mujeres). Cuando se compara con el riesgo de mujeres con cesárea electiva repetida, la ruptura uterina fue mas probable entre las mujeres con inicio espontáneo del trabajo de parto (riesgo relativo 3.3; intervalo de confianza de 95%, 1.8 a 6.0), inducción del trabajo de parto sin prostaglandinas (RR : 4.9, IC 95%: 2.4 a 9.7) e inducción con prostaglandinas (RR: 15.6, IC 95%: 8.1 a 30).

Conclusiones: Para las mujeres con una cesárea anterior, el riesgo de ruptura uterina, es mayor en aquellas con trabajo de parto inducido que en las que se realiza cesárea sin trabajo de parto. El trabajo de parto inducido con prostaglandinas, confiere el mayor riesgo.