

Cartas al editor

México, D.F. a 11 de febrero del 2000

Sr. Gral. Brig. Antonio Redon Tavera
Editor de la Revista de Sanidad Militar
Apartado Postal 35-544
C.P. 11649 México, D.F.

Muy distinguido Sr. Editor:

Una plática acerca de la endometriosis tiene un doble atractivo: la naturaleza del tema y la personalidad del autor. La endometriosis es asunto que desde hace muchos años inquieta a los ginecólogos, como causante de dolor pélvico crónico, esterilidad, disfunción sexual, además de su incierto e incompleto conocimiento de su etiología, que tantas teorías e hipótesis ha propiciado.

Hemos subestimado su presencia y suele pasarnos inadvertido su reconocimiento, principalmente en adolescentes que padecen dolor pélvico crónico y/o dismenorrea. En rigor, se estima que depende de endometriosis la mitad de los cuadros de dolor pélvico crónico en adolescentes. En las adolescentes que no son sexualmente activas es muy difícil y son muy limitados los hallazgos del examen pélvico (rectal o vaginal). Por otra parte se ha sugerido que si no hay mejoría o corrección del dolor con la administración de píldoras anticonceptivas o analgésicos anti-inflamatorios no esteroides (AINES), hay que pensar en endometriosis.

Independientemente del tratamiento médico o quirúrgico elegido, es fundamental que éste sea precedido por el diagnóstico quirúrgico, mediante laparoscopia y demostración histopatológica de la lesión (si es posible) como requisito previo a la institución de la terapéutica. No me extenderé comentando los tratamientos médicos y quirúrgicos propuestos, que son además motivo de legítimas controversias. Una vez formulado y confirmado el diagnóstico, el paso inmediato a seguir consiste en la destrucción de los focos de endometriosis mediante laparoscopia, para controlar el dolor. En adolescentes muy jóvenes es aconsejable iniciar inmediatamente después, la administración de algunos de los agonistas Gn RH, a fin de lograr lo que se designa como "castración médica transitoria". En adolescentes mayorcitas y preferentemente cuando ya se han iniciado en actividades sexuales, es preferible administrar píldoras anticonceptivas

en forma regular o intermitente. Para juzgar la eficiencia y seguridad del tratamiento en las adolescentes, es obligado tener presente las limitaciones e inconvenientes (que incluyen su alto costo) del uso de los medicamentos a largo plazo y ser particularmente estrictos en las apreciaciones.

El empleo de los agonistas (acetato de leuprolide, nafarelina, goserolina) es prudente que no exceda de 6 meses. En efecto, su empleo apropiado puede dar origen a desmineralización ósea significativa y se ha encontrado que la restitución mineral puede ser lenta y prolongada. Los efectos inconvenientes, de índole androgénico del danazol, limitan considerablemente el empleo prolongado de tan eficiente preparado.

Estaremos atentos al descubrimiento de nuevos adelantos y lo ideal consistiría en encontrar la manera de prevenir (si es posible) la implantación del endometrio en sitios ajenos a su ubicación habitual, de tal manera que no haya necesidad de utilizar medicamentos que inhiban la estimulación del tejido ectópico y que tantos daños origina. Siempre será más barato y eficiente la prevención que la corrección.

Atentamente

Tte. Corl. M.C. Raúl Fernández Doblado
Profesor Emérito de la Escuela Médico Militar
Monte Blanco No. 225
11000, México, D.F.

P.D. Comentario al trabajo "Endometriosis en los adolescentes"

Dr. Carlos Walther Meade Hospital ABC

México, D.F., a 11 de abril del 2000

Sr. Gral. Brig. M.C. Antonio Redon Tavera Editor de la
Revista de Sanidad Militar Apartado Postal 35 544
11649, México, D.F.

Muy estimado señor Editor:

Al retirarme de mis actividades profesionales privadas, recuerdo experiencias que dejan fuertes e inolvidables impresiones emocionales, aunque no siempre favorables, como la que consistió en haber omitido el diagnóstico de cáncer cérvico-uterino durante el embarazo. En efecto, el descuido y sus consecuencias permanecerán inolvidables para el resto de mi vida. Me explicaré: En los años iniciales de mi ejercicio profesional adquirí en Estados Unidos la buena costumbre de solicitar invariablemente la prueba de Papanicolaou a mis pacientes embarazadas, cuyos resultados eran negativos casi siempre.

Como infortunada consecuencia de la lectura de un artículo médico, cuyo contenido desprendía como conclusión, que dada la excepcional coexistencia de cáncer cérvico-uterino y embarazo (1: 2000) el costo-beneficio no lo justificaba y suspendí esta práctica.

Pues bien, hace cosa de 20 o 25 años, atendí por vía vaginal el embarazo a término de una señora joven que no presentó complicación alguna. Tengo la certeza que durante la gestación no me indicó tener sangrados vaginales. No llevé al cabo exploración vaginal con espejo y tampoco solicité Papanicolaou. Al término del puerperio me indicó que había tenido sangrado vaginal en escasa cantidad y en forma irregular. Al examinarla encontré la desagradable sorpresa de un cuello uterino con erosión circunmoral, fácilmente sangrante. Aceptó la biopsia propuesta y la fragilidad del tejido des-

peró mi peor sospecha. Esta fue confirmada por el resultado del estudio histopatológico: "cáncer epidermoide cérvico-uterino, bien diferenciado". ¡Nunca olvidaré el sentimiento de culpa que me invadió! Probablemente era un estadio IA o IB, susceptibles de curación. Los familiares y la paciente fueron informados de la naturaleza de la enfermedad y la estrategia terapéutica que me proponía llevar al cabo, que incluía el conocimiento de una segunda opinión.

Por supuesto que se encontraban sorprendidos, molestos y diría yo que decepcionados. Me comunicaron que solicitarían una segunda opinión. ¡Nunca supe más de ellos!

A partir de tan imperdonable descuido y omisión me prometí no repetir esta contingencia.

Regresé a la deseable y conveniente práctica consistente en solicitar invariablemente la prueba de Papanicolaou a mis pacientes embarazadas y no perder la singular oportunidad de identificar ejemplos de lesiones cervicales preinvasivas o cánceres tempranos y probablemente curables. Deseché la lectura de las comunicaciones y procedí con prudencia ante aquellos que concluían que no valía la pena que las enfermas incurrieran en gastos innecesarios, en virtud de su rareza.

Mi aconsejamiento consiste en convencer que tan dolorosas y nefastas omisiones deben ser superadas mediante el empleo de procedimientos sencillos, indoloros, altamente confiables y de probada eficiencia. Felizmente, hasta la fecha en que recientemente suspendí el ejercicio de mi actividad profesional privada, tan doloroso y lamentable error no se repitió.

Atentamente

Tte. Corl. M.C. Ret. Raúl Fernández Doblado
Profesor Emérito de la Escuela Médico Militar
Monte Blanco No. 225
11000, México, D.F.

México, D.F., a 24 de mayo del 2000

Sr. Gral. Brig. M.C. Antonio Redon Tavera
Editor de la Revista de Sanidad Militar
Apartado Postal 10 1166
11649 México, D.F.

Muy estimado señor Editor:

La realización del III Congreso Internacional de perinatología, nos permitirá escuchar datos y establecer comparaciones científicas obtenidas en la lucha para abatir las muertes de bebés, antes, durante y después del parto. Aguardamos con interés y esperamos que la presentación sea favorable e indique el progreso logrado entre nosotros. En Estados Unidos la mortalidad perinatal se ha reducido considerable-

mente (de 32.3% en 1950 a 7.4% en 1996). El porcentaje se refiere a fallecimientos por cada 1000 bebés nacidos vivos.

El interés e importancia de estos Congresos radica en parte en ayudarnos a entender mejor y evaluar las causas que intervienen en estos fallecimientos, a fin de prevenirlos mediante el desarrollo de nuevas estrategias terapéuticas. El nacer antes de tiempo (prematuridad) y las malformaciones congénitas son probablemente los dos más grandes desafíos incompletamente superados. En los niños nacidos de mujeres diabéticas las malformaciones congénitas se han reducido considerablemente cuando durante el embarazo y los tres meses que preceden a su iniciación, el médico encuentra porcentajes de hemoglobina glucosilada que interpreta como indicativos de buen control de la enfermedad. Asimismo, la administración de un preparado de ácido fólico en los primeros meses y en el primer trimestre que precede al embarazo, ha conseguido resultados espectaculares al reducir las

malformaciones congénitas por defectos del tubo neural primitivo, que suelen impedir el desarrollo normal del cerebro y la médula espinal. (anencefalia, mielomeningocele). La muertes por rubéola han desaparecido prácticamente y es excepcional ver recién nacidos enfermos o nacidos muertos por incompatibilidad al Factor Rh. Gran significación tiene el mejor conocimiento de enfermedades maternas que dan origen a bebés con crecimiento restringido intrauterino y al nacimiento prematuro y muerte de bebés que fallecen o que al sobrevivir engendran problemas muy serios de índole pronóstica, cuando por razones desconocidas hay ruptura muy temprana de las membranas (saco amniótico).

Por otra parte, cabe desear que ojalá se defina de manera categórica que no es conveniente ni beneficioso persistir en la mutilación del prepucio del recién nacido, debiendo pre-

ferirse la sinequiometría cuando hay que pensar en opciones terapéuticas seguras y eficaces.

En fin, estimado señor Editor, esperamos encontrar nuevos conocimientos que nos ayuden a progresar en beneficio de la niñez mexicana.

Mi profundo agradecimiento y reconocimiento por su muy plausible desempeño como Editor de nuestra Revista.

Atentamente

Tte. Corl. M.C. Raúl Fernández Doblado
Profesor Emérito de la Escuela Médico Militar Monte Blanco No. 225
11000, México. D.F.

México, D.F., a 27 de mayo del 2000

Sr. Gral. Brig. M.C. Antonio Redon Tavera
Editor de la Revista de Sanidad Militar
Apartado Postal 10- 1166
11649, México, D.F.

Muy estimado señor Editor:

Leí con explicable interés el trabajo tan completo escrito por la Dra. Mary Carmen Amigo Castañeda, intitulado "Lupus y Embarazo. Mitos y Evidencias". El comentario será breve por que no hay mucho que agregar a un escrito tan bien documentado. (I)

Hace cosa de 42 años, escuché y escribí la glosa que formuló el distinguido y eminente tocólogo, Dr. Nicholson Eastman en el Hospital Johns Hopkins, en Baltimore, al referirse a un ejemplo de lupus eritematoso generalizado (LEG) y embarazo.

Al hacer uso de la palabra hubo de decir: "cuando se trata de enfermedades de observación excepcional, es imposible dar opiniones concluyentes. Las experiencias son muy variadas e ignoramos por qué unas enfermas empeoran y otras no. Hemos aprendido que el pronóstico materno infantil es habitualmente mejor cuando el embarazo se inicia en etapa de remisión y añadió: Me preguntan ustedes ¿si el lupus puede empeorar por el embarazo?, y entonces contesto, (con esa prudencia y responsabilidad de los verdaderos hombres de ciencia) para este problema de origen desconocido, de índole autoinmune, con evolución totalmente inanticipable en el

embarazo y que cursa con remisiones y recaídas, con respuestas totalmente inanticipables durante la gravidez y tratamientos inespecíficos disponibles, la interrogante quizá merece esta réplica insatisfactoria: "Les puedo contestar de manera afirmativa pero no de manera categórica: unas personas mejoran y otras permanecen igual, sin mejoría notable. Pero una cosa es clara: no podemos ver con optimismo ilimitado que la mujer lúpica se embarace: solamente cabe desearle que lo comience en etapa de remisión y que además acuda a consulta prenatal regular y siga las recomendaciones y el tratamiento indicado por los médicos encargados de compartir la responsabilidad de su vigilancia y esmerada atención. Además de estar conscientes de nuestras limitaciones, hay que aprender a usar en forma apropiada las opciones terapéuticas disponibles.

Hoy como ayer tenemos una larga fila de interrogantes que requieren respuestas y debemos elevar nuestro entusiasmo para que los investigadores superen nuestras ignorancias.

¡Ni entusiasmos excesivos ni pronósticos invariablemente desfavorables: pero es menester ver con realismo la verdad! La enfermedad acorta la vida y eventualmente surgirá la conveniencia de limitar la familia, siendo la salpingoclasia el método de elección.

Tenemos confianza en que nuestras muchas ignorancias serán superadas.

Atentamente

Tte. Corl. M.C. Ret. Raúl Fernández Doblado
Profesor Emérito de la Escuela Médico Militar Monte Blanco No. 225
11000, México, D.F.

México, D.F., a 9 de junio del 2000

Sr. Gral. Brig. M.C. Antonio Redon Tavera
Editor de la Revista de Sanidad Militar
Apartado Postal 10-1166
11649, México, D.F.

Muy estimado señor Editor:

Los siguientes conceptos representan una parte de los consejos impartidos en una plática inolvidable que impartió el maestro Jorge Meneses Hoyos y que siguen vigentes después de cuatro décadas. Me proponía presentarlo en una institución que me convidó para honrar la memoria de profesores que dejaron huella. Como a última hora el desayuno se canceló, por falta de presupuesto ¡Hágame usted el favor! me pregunto si tendría cabida en nuestra revista.

Las estadísticas de los cirujanos

Para juzgar beneficios y riesgos a que dan origen las nuevas operaciones se usa generalmente el método estadístico.

Los resultados se expresan habitualmente en forma sencilla: tanto por ciento de mortalidad operatoria, tanto por ciento de enfermos que mejoraron o curaron y tanto por ciento de pacientes que no obtuvieron beneficios de la operación. Aun cuando todo ello es lógico y aparentemente libre de objeciones, este proceder tiene validez si se satisfacen ciertos requisitos en los que no se repara generalmente y cuya importancia es enorme.

La ausencia en el cumplimiento de estas obligaciones explica las cifras discrepantes de mortalidad operatoria y proporciones muy distintas de resultados favorables para una misma operación. Es por tanto indispensable proceder con cautela para interpretar debidamente los datos estadísticos de la literatura médica y desde hace cuatro décadas el maestro Meneses Hoyos propuso lo siguiente:

A. Sin un número suficiente de casos es preferible no emitir opinión sobre la mortalidad hasta que se presenten estadísticas mayores de cien casos.

B. Observación postoperatoria prolongada de los pacientes que puede incluso extenderse por varios años, porque en

ocasiones las mejorías son transitorias y no permanentes.

C. Hay que presentar los resultados tomando en cuenta todos los casos que el cirujano ha realizado de esta operación. En efecto, cuando se revisan las estadísticas suelen encontrarse datos por demás optimistas que se fundan en series seleccionadas, con exclusión de fracasos y defunciones que se atribuyen a causas dispensables, como: a) inexperiencia en las primeras operaciones: lo cual a su juicio resulta inaceptable porque otros estudios indican que la acumulación no necesariamente mejora los resultados y dio varios ejemplos que tendré que omitir para cumplir con la solicitud de ser breve, b) la enfermedad misma que se trata de curar quirúrgicamente. Es difícil y hasta imposible separar el papel que desempeña en tales fracasos la operación, la enfermedad causal o la asociación de ambas, c) la anestesia. Es claro que la enferma no se habría sujetado a este riesgo de no ser necesaria la operación, d) las enfermedades intercurrentes. No es válido excluirlas y no puede descartarse la potencial influencia desfavorable de estas complicaciones consecutivas a la operación.

D. Hay que especificar el criterio para la selección de la operación, el cual deberá ser razonado y razonable.

Insistía en que para enviar a la sala de operaciones a los enfermos que realmente lo necesitan se requiere toda la moral profesional y todo el sano criterio del internista y del cirujano, escogiendo a los que realmente lo requieren, a partir del momento en que dicha necesidad se plantea y no esperar a que evolucione el mal y progrese a estadios más avanzados.

Finalmente recomendaba que el cirujano especificara el criterio que empleaba para juzgar los beneficios de una operación y estimar la evaluación postoperatoria. El criterio debe ser uniforme para todos los casos y apoyarse en datos objetivos. Es ineludible obligación del cirujano distinguir y comunicar tanto los resultados inmediatos como los tardíos.

Atentamente

Tte. Corl. M.C. Ret. Raúl Fernández Doblado
Profesor Emérito de la Escuela Médico Militar
Monte Blanco No. 225
11000, México, D.F.
Teléfono: 55 40 20 85

México, D.F. a 22 de agosto de 2000

Gral. Brig. M.C. Antonio Redon Tavera
Editor de la Revista de Sanidad Militar
Apartado Postal 10-1166
11649, México, D.F.

Muy estimado señor Editor:

A propósito del revuelo y escándalo causado por las feministas defensoras de sus cuerpos (?) y que luchan para lograr la aceptación del dizque aborto legalizado, que no es otra cosa que el asesinato con premeditación, alevosía y ventaja, quiero platicarle un hecho y una anécdota ocurrida hace 5 décadas, cuando el insigne Dr. Nicholson Eastman, jefe entonces del Departamento de Obstetricia del Hospital Johns Hopkins y cuyas incontables cualidades y notable *curriculum vitae* omitiré.

En sesión médica del servicio se presentó el caso de una mujer joven, embarazada y enferma de estenosis mitral de origen reumático. Su padecimiento había sido controlado satisfactoriamente y se propuso, empero, la conveniencia de

interrumpirlo. Contrario a la opinión de varios médicos, con su habitual prudencia y seriedad, al llegar el momento de opinar, el Dr. Eastman se pronunció de la siguiente manera: “el adelanto de la medicina y el mayor conocimiento que ahora tengo me ha llevado a la conclusión de que si se proporciona atención médica apropiada, el embarazo no influye adversamente en la mujer cardiópata, poniendo en peligro su vida”. A continuación agregó: “todos los años, en la Navidad, recibo el retrato de la hija de una mujer cardiópata, a la que hace doce años le aconsejé someterse a un aborto terapéutico. Ella se negó categóricamente a aceptar la sabiduría de mi recomendación y esa linda niña me recuerda anualmente la fragilidad de nuestros juicios y las muy lamentables decisiones equivocadas que tomamos.

Atentamente.

Tte. Corl. M.C. Ret. Raúl Fernández Doblado
Profesor Emérito de la Escuela Médico Militar
Monte Blanco No. 225
11000 México, D.F.