

EDITORIAL

Con este número de A.G.O. retomamos la actividad editorial de la revista de la Sociedad Ginecotológica del Uruguay en el año 2002.. En el correr del año anterior se efectuaron varios cambios, que fueron haciéndose en forma progresiva, entre ellos el arbitraje por pares de todos los trabajos que se nos envían para publicación, lo cual significa someterlos a una serie de normas que son de uso entre las revistas científicas médicas. A veces puede parecer una rigidez extrema el no aceptar **tal como está**, un artículo que fue leído en una sesión de un congreso, o que es el resultado de una charla en un curso de perfeccionamiento o la relación de resultados obtenidos con el empleo de una técnica. Aparte del hecho que tales artículos salen al público bajo la entera responsabilidad de quienes los dicen, no es lo mismo preparar una comunicación, sea ésta sobre los resultados de la aplicación de una técnica o sea una puesta al día de un tema de patología, para citar sólo dos ejemplos, que escribir un artículo para una revista. Tal forma de hacer público un tema cualquiera, se hace a los efectos de que éste sea leído o dicho ante un auditorio, generalmente con el apoyo de tecnología mediática (diapositivas, transparencias, pizarras, etc.).

En cambio, la publicación de un trabajo de investigación, sea ésta investigación experimental o clínica, sea un trabajo de observación retrospectivo o prospectivo, o de otro tipo, debe someterse a una serie de normas que se han ido perfeccionando al cabo de los años. Más laxo es el caso de los llamados artículos de opinión: en este caso se aplican normas generales expuestas de forma tal que generen interés por la temática de los planteos que se hacen y las opiniones que se expresan, lo hacen bajo la exclusiva responsabilidad de quien las escribe. Por lo general es deseable que vayan acompañados de bibliografía, no siendo esto un absoluto. Por supuesto no existe un solo tipo de normas, pero nuestra revista, y por lo general las revistas de nuestra región, han adoptado las llamadas normas de Vancouver, por la ciudad donde los editores se reunieron para ponerse de acuerdo sobre qué características debían tener los trabajos a publicar, normas que se publican en todos los números de las revistas, (AGO no es excepción), por lo que no son desconocidas.

El desconocimiento de dichas normas hace que muchas veces trabajos con un buen material de observación sea rechazado para su publicación, no por los datos reunidos en la observación, sino por la forma en que estos se exponen. Otras veces se hacen investigaciones clínicas durante largos períodos de tiempo, o se revisan bases de datos, sin tener en cuenta estas normas y a la hora de sacar conclusiones uno se da cuenta que le faltan datos fundamentales (por ejemplo, datos comparativos con otras pacientes, o la falta de un procedimiento de selección al azar no sesgado). Entonces, en el momento de la publicación, los datos reunidos trabajosamente pueden no llenar las condiciones necesarias exigidas, con la consiguiente frustración y pérdida de tiempo valioso irrecuperable.

Felizmente, cada vez más se inician investigaciones de acuerdo a protocolos estudiados cuidadosamente que se ajustan, a la hora de investigar con seres humanos por ejemplo, a las normas de Helsinki, y que se realizan bajo la tutela de comités de investigación de las instituciones en los cuales se realizan o del propio Ministerio de Salud Pública. Pero incluso teniendo esto en cuenta, a veces hay sesgos difíciles de obviar y las conclusiones pueden no ser todo lo valederas que se pretende. Es muy fácil autoengañarse con las conclusiones.

Estas normas, que se aplican en bien de la calidad del material que se publica en AGO, han reducido el número de trabajos aceptados para su publicación. Algunos han sido devueltos para hacerles correcciones, que se han demorado más de la cuenta pero el tiempo editorial no toma en cuenta las vacaciones, carnaval o turismo. Otros trabajos, lamentablemente han debido ser rechazados. Puede que de esta forma disminuya el número de trabajos a publicar, pero ésta es la norma a la cual nos hemos ceñido para hacer de AGO una revista de primer nivel.

En este número publicamos tres artículos de opinión – por lo tanto, opinables (quienes no estén de acuerdo con lo que en ellos se expresa o deseen efectuar comentarios, tienen abiertas las páginas de AGO) –. Uno de ellos se refiere a un aspecto de nuestra especialidad: la menopausia, aunque en mi opinión debiera decir el climaterio, que a esta altura de los acontecimientos se emplean como si fueran sinónimos. El Dr. R. Pou lo titula "*La menopausología, una nueva rama de la ginecología*". Dice bien el doctor Pou: tratar el climaterio es una rama de la ginecología. Ser ginecólogo es indudablemente cada vez más complicado, pues de ser prácticamente la especialidad de los cirujanos del aparato genital femenino, (aunque ya a fines del siglo XIX la especialidad estaba bien definida), los ginecólogos fueron tomando a su cargo no sólo la obstetricia y la neonatología, sino también la endocrinología sexual femenina y la esterilidad, la mastología y la oncología ginecológica y todo el amplio espectro de las enfermedades de transmisión sexual.. Tan amplio campo de actividades debió irse fracturando con toda lógica, dando lugar a diversas subespecialidades o ramas, algunas tan importantes como para formar nuevas especialidades dentro del quehacer ginecológico. No sé si menopausología es el nombre adecuado, porque como dice Wilbush¹ en su artículo *What's in a name?*, ciertos nombres perpetúan los puntos de vista y las actitudes que les dieron origen. El artículo de Pou pone énfasis en aspectos de medicina social como lo hace notar también Viefhues², en puntos de vista psicosociales, aspectos que señala también Hunter³ o sociales tales como el trabajo en equipo, cosa a la que se refieren igualmente Schmeiser-Rieder y col.⁴. Párrafos como recontrato con la vida y cambios en el estilo de vida de los que habla Pou, son señalados también entre otros por Zichella⁵ y por Dennerstein⁶, que ponen énfasis en la necesidad de estudiar aspectos biomédicos y sociales de la mujer, de una manera especial en este momento de su vida. La propuesta de Pou es una propuesta

inteligente, que merece un estudio profundo que, incluso se vinculó a la teoría de la evolución y de la familia humana por Davis y Daly⁷. La educación para la menopausia, sobre la que hacen hincapié García Padilla y col.^{8,9}, verdadera psicoprofilaxis del climaterio, es otro aspecto no desdeñable. Hay un aspecto de antropología médica que también debe ser tenido en cuenta. En un artículo de Tomlinson¹⁰ de 1999 se hace referencia a un libro de Emily Martín, *The Woman in the Body*, publicado en 1987 en el que se analizan conceptos erróneos enraizados en diversas actitudes socioculturales, que sería conveniente tomar en cuenta a la hora de encarar una *menopausología*.

En otro artículo de opinión que analiza la situación de las técnicas de reproducción asistida, el Dr. Godoy hace un recorrido sobre los principales problemas a los que se enfrentan quienes se dedican a esta tarea tan delicada, porque roza aspectos muy importantes de la ética que no es, como muchos piensan, una materia globalizada, es decir, no es universal aunque muchos pretendan que su manera de pensar es **la manera de pensar**, actitud fundamentalista, que no es privilegio, sin embargo, de ninguna religión ni corriente de pensamiento en particular. Godoy analiza aspectos vinculados al pensamiento de distintos grupos religiosos en donde puede observarse la diversidad de las distintas culturas. Eberl¹¹ comienza un artículo con la pregunta *¿cuándo comencé a existir como persona?* y señala por ejemplo que la *animación* no se produciría hasta el momento de la implantación, aspecto combatido por los teólogos católicos. Señala que una nueva comprensión del comienzo de la persona humana tiene implicancias morales en relación con el *status* de los grupos de células durante el periodo de preimplantación y su vinculación con la producción de ADN humano, lo que lleva consigo implícita toda la problemática del uso de las células preembrionarias (anteriores a la implantación) para estudios genéticos.

O.Franca y col, se refieren a un tema íntimamente vinculado con el anterior, *La Problemática Ética de la Tecnología Genética*, donde analizan, desde el punto de vista católico, distintos problemas y las perspectivas que se plantean al haberse abierto la Caja de Pandora de la ingeniería genética. Los problemas que se plantean son realmente muy importantes y preocupan a los líderes religiosos. Por ejemplo PR Wolpe¹² se hace la siguiente pregunta: si soy sólo lo que son mis genes, ¿qué es lo que soy? Y propone una respuesta desde el punto de vista judío. Pone en guardia contra la tendencia a creer que todo lo que es científico vale por sí mismo. Según él se ha desarrollado un *self* genético, es decir la idea de que nuestro ser reside en nuestros genes. Scully JL¹³ en un artículo que titula *Trazando una línea: situar los límites de la moral en la medicina genética*. Dice que tradicionalmente la bioética se enfoca estableciendo límites morales en relación con diversos tipos de actos; pero resulta que los límites son establecidos por comunidades y por individuos que difieren en cuanto a las restricciones (o prohibiciones) que modelan su mundo moral, tal como lo señalé precisamente más arriba al comentar el artículo del doctor Godoy. Bailey R¹⁴ llama la atención sobre los moralistas en cuanto inductores de políticas: el autor demuestra que los profesionales de la ética sienten culturalmente aversión, cuando se trata de evaluar las posibles consecuencias éticas de las nuevas tecnologías, tales como los exámenes genéticos, las células troncales (o totipotenciales - *stem cells*) del embrión humano y la clonación reproductora. Razona que este sesgo cultural hacia la prudencia, tentará a muchos moralistas a considerar el principio de precaución como guía política. Piensa que en lugar de este principio debiera valorarse el de prueba y error como un camino mejor para calificar éticamente a las nuevas biotecnologías. Shapiro¹⁵ reflexiona acerca de la interfase entre la bioética, las políticas sociales y la ciencia. Específicamente señala, que nuevos resultados sociales controversiales nos van a enfrentar durante el siglo XXI, como resultado de los desarrollos en las fronteras de las ciencias biomédicas. Algunas de las ansiedades que se dan en el campo de la ética, generadas por el rápido ritmo de estos desarrollos, pueden resultar en esfuerzos para establecer restricciones en la agenda científica y en la aplicación de nuevos conocimientos. Indudablemente, éste es un tema arduo, sobre el que será difícil ponerse de acuerdo, más que nada cuando las bases de discusión, a veces están basadas en lo que dice un libro considerado como la verdad absoluta por algunos, como por ejemplo la Biblia o bien sobre preconceptos, también absolutos, cuya validez es cuestionada en cambio por otros, que no la toman en cuenta para nada. ¿Cómo ponerse entonces de acuerdo si alguien afirma que el ser humano es un regalo de Dios, mientras que el otro no cree en la existencia de Dios y razona que aquel se debe a la unión de los genes de dos cigotos de distinto género? Esta bibliografía que entresaqué de las bases de datos, son sólo una pequeña muestra de lo que se publica al respecto y de las dificultades que se plantean cuando se abordan temas de bioética. Nuestra idea es que se debe tener un espíritu amplio y respetar las opiniones de los demás, siempre y cuando los demás respeten nuestras opiniones. Un musulmán no piensa lo mismo que un judío y un católico no piensa igual que un hindú o un budista o un shintoísta o un ateo. Es por eso que no existe unanimidad en las normas que se dictan en los distintos países.

El Dr. R.Yovarone y col. que se han constituido bajo la dirección del Dr Martínez Torena en un excelente equipo de cirujanos ginecólogos, presenta los resultados de la puesta en práctica de la técnica de la histerectomía vaginal desde 1997 a la fecha en 200 pacientes sometidas a dicho procedimiento quirúrgico. Lamentablemente, por razones organizativas, no se pudo contar con un grupo similar de pacientes histerectomizadas por vía abdominal, para poder hacer las comparaciones del caso. De todos modos su análisis es muy importante porque deja entrever (aunque no se pueden probar) una serie de ventajas de la técnica vaginal sobre la vía abdominal, a pesar de que la primera paga además su precio, por el aprendizaje de la técnica propiamente dicha, y por el aprendizaje quirúrgico de los residentes que se inician en la especialidad. La histerectomía vaginal en útero no prolapsado se practicó años atrás en nuestro país, pero ciertas dificultades de tipo técnico hicieron que se la abandonase por la vía abdominal, cuando lo que predominaba eran las incisiones amplias para dominar todo el campo operatorio, junto con la aparición de las nuevas técnicas de anestesia, de relajación muscular y de intubación, que sustituyeron al éter y al viejo aparato de Ombredanne. Sólo se siguió efectuando la vía vaginal en casos de prolapsos, tal como se señala en el trabajo. Autores como Chauveaud y col.¹⁶ señalan que en 72% de sus casos es posible efectuar la cirugía vaginal en mujeres sin partos vaginales. Chao y Wong¹⁷ estudian los factores que influyen en la elección de la vía citando dos factores principales: la experiencia de los cirujanos y los antecedentes de cirugías anteriores, hecho que Yovarone también analiza. Cosson y col.¹⁸ estudian y comparan las complicaciones inmediatas y precoces de la cirugía vaginal, la laparoscópica y la abdominal. Llamam la atención sobre la

historia de cirugías previas y de endometriosis como factor de complicaciones. Son numerosas las comunicaciones que se refieren a la asistencia de otras técnicas para completar la cirugía vaginal, pero sólo quiero destacar dos: la laparoscopia en la cirugía vaginal del cáncer de endometrio estadio I versus la histerectomía abdominal de Fram KM¹⁹ y la minilaparotomía que Ahmed y col.²⁰ consideran un procedimiento seguro y potencialmente útil para aumentar la proporción de histerectomías vaginales, algo que el equipo que presenta el trabajo del CHPR seguramente no necesita.

La doctora Salomone analiza un interesante caso de tumor de Sertoli-Leydig en una paciente que después de una intervención por cáncer de mama estaba bajo terapia con tamoxifeno. Los androblastomas del ovario, son poco frecuentes (0.2-0.5% de todos los tumores de ovario) Fleckenstein y col.²¹ analizan diversos aspectos de esta patología tumoral que colocan dentro de los tumores estromales del cordón sexual. Según estos autores, el potencial maligno es más bajo que el de los tumores epiteliales del ovario. La mayoría son fácilmente identificables por ecografía. En el caso de la Dra. Salomone se efectuó también una TAC que muestra claramente el tumor. Desde el punto de vista funcional la amenorrea, en mujeres premenopáusicas, es a menudo el primer síntoma. La elevada secreción de andrógenos suele ser la clave para el diagnóstico. Kriplani y col.²² apoyan la idea de tratar por cirugía laparoscópica estos tumores en relación a dos casos premenopáusicos que tuvieron. Ambas pacientes recuperaron sus menstruaciones poco después de la ablación de los tumor.

Por último entregamos a los lectores una noticia histórica, que viene al caso, dada la polémica que se extendió recientemente cuando una señora inglesa Mrs. Pretty, afectada por una enfermedad de la neurona motora decidió pedir a los médicos y a la justicia, que su marido la asistiera en el suicidio. El Dr. José H. Leborgne incursiona en unos datos históricos sobre el tema de la eutanasia en nuestro país.

Ricardo Topolanski

Editor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wilbush J. What's in a name? Some linguistic aspects of the climacteric. *Maturitas* 1981; 3: 1
2. Viehues H. Social medicine aspects of increasing longevity and aging. *Z Gerontol* 1987; 20: 168
3. Hunter MS Predictors of menopausal symptoms: psychosocial aspects. *Baillieres Clin Endocrin Metab* 1993; 7: 33
4. Schmeiser-Rieder A, Concin H, Schwarz B, Kunze M. Social aspects of pre- and postmenopause. *Wien Med Wochenschr* 1995; 145: 331
5. Zichella L. The importance of life style after menopause. *Int J Fétil Menopausal Stud* 1995; 40 Suppl 1: 9
6. Dennerstein L. Well-being, symptoms and the menopausal transition. *Maturitas* 1996; 23: 147
7. Davis JN, Daly M Evolutionary theory and the human family. *Q Rev Biol.* 1997; 72: 407.
8. García Padilla FM, Toronjo Gómez AM, López Santos V, Contreras Martín A, Toscano Márquez T. Health education on menopause: consensus on its contents. *Aten Primaria* 1997; 20: 536.
9. García Padilla FM, López Santos V, Contreras Martín A, Toscano Márquez T, Toronjo Gómez AM. Test on the knowledge about climacteric: development and validation process. *Aten Primaria* 2000; 26: 472.
10. Tomlinson B. Intensification and the discourse of decline: a rhetoric of medical anthropology. *Med Antahropol Q* 1999; 13: 7.
11. Eberl JT. The beginning of personhood: a Thomistic biological análisis. *Bioethics* 2000; 14: 134.
12. Wolpe PR. If I am only my genes, what am I? Genetic essentialism and Jewish response. *Kennedy Inst Ethics J* 1997; 7: 313.
13. Scully JL. Drawing a line: situating moral boudaries in genetic medicine. *Bioethics* 2001; 15: 189.
14. Bailey R. Deciding about your health care: the ethicist as policy-maker. *Health Care Anal* 2001; 9: 265.

15. Shapiro HT Reflections on the interface of bioethics, public policy and science. *Kennedy Inst Ethics J* 1999; 9: 209.
16. Chauveaud A, de Tayrac R, Gervaise A Anquetil C, Fernández H. Total hysterectomy for a nonprolapsed , benign uterus in women without vaginal deliveries. *J Reprod Med* 2002; 47: 4
17. Shao JB, Wong F. Factors influencing the choice of hysterectomy. *Aust NZ Obstet Gynaecol* 2001; 41: 303
18. Cosson M, Lambaudie E, Boukerrou M, Querleu D, Crepin G. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2001; 98: 231
19. Fram KM. Laparoscopically assisted vaginal hysterectomy versus abdominal hysterectomy in stage I endometrial cancer. *Int J Gynecol Cancer* 2002; 12: 57
20. Ahmed AA, Stachurski J, Abdel Aziz E, Bone C. Minilaparotomy-assisted vaginal hysterectomy. *Int J Gynecol Obstet* 2002; 76: 33
21. Fleckenstein G, Sattler B, Hinney B, Wuttke W, Osmer R, Emons G. Androbalstoma of the ovary: clinical, diagnostic and histopathologic features. *Onkolgie.* 2001; 24: 286.
22. Kriplani A, Agarwal N, Roy KK, Manchanda R, Singh MK. Laparoscopic management of Sertoli-Leydig tumors of the ovary. A report of two cases. *J Reprod Med* 2001;46: 493.