

Resúmenes de la Literatura Actual

LAS PROSTAGLANDINAS:

Un factor nuevo en el control de la Fertilidad

Traducido del Boletín Médico de la Federación Internacional de Planificación Familiar, Vol. 4 Nº 5. Octubre, 1970.

Las Prostaglandinas se conocen desde mediados de 1930, pero su papel como posibles agentes reguladores de la fertilidad lleva apenas un año, y quizás en un futuro cercano lleguen a ser más importantes que la píldora.

Las Prostaglandinas, como la adrenalina y el colesterol, son sustancias que se encuentran en muchos tejidos, teniendo una gran concentración en el líquido seminal; son ácidos grasos, y muchas familias pueden ser identificadas de acuerdo con su estructura química. Desde 1964 se han producido pequeñas cantidades por el proceso de bio-síntesis, en Suecia, Holanda y los Estados Unidos; el mayor interés ahora consiste en poder sintetizar grandes cantidades.

En 1965 se descubrió que las Prostaglandinas hacían contraer el útero humano y desde entonces han sido usadas para la inducción del trabajo del parto o para provocar aborto en más de mil mujeres. Se han hecho varios trabajos para determinar cual de las varias Prostaglandinas es la más efectiva en la inducción del trabajo del parto y en una serie de 400 mujeres a quienes se les administró Prostaglandina E2 en infusión intra-

venosa, 398 entraron en trabajo. Por primera vez fueron usadas para terminar un embarazo en los finales de 1969 y 2 trabajos al respecto fueron publicados en la revista médica *Lancet* en 1970. La vía oral también puede emplearse cuando el embarazo está a término, al comienzo del mismo no se aconseja esta vía ya que produce serios trastornos digestivos tales como náuseas y vómito. Es de gran importancia anotar que las Prostaglandinas depositadas en la vagina por un período mayor de 2½ horas han acabado con un embarazo con menos efectos secundarios y más rápidamente, que cuando han sido administradas por vía intravenosa.

Desde el punto de vista de control de la fertilidad el potencial más significativo de las Prostaglandinas está en la producción de un contraceptivo administrado una vez por mes. Si se administra antes, alrededor o inmediatamente después del tiempo en que debiera haber ocurrido la menstruación, producen una hemorragia vaginal normal. Según estudios hechos en varias especies animales, se ha observado que las Prostaglandinas destruyen el cuerpo lúteo, y es posible que realmente dichas sustancias estén comprometidas en la luteolisis normal de algunas especies.

En cuanto al mecanismo para producir una menstruación en la raza humana, probablemente actúan en la musculatura uterina en forma directa. Finalmente, las Prostaglandinas se han administrado en forma de pesa-

rios vaginales, a un grupo pequeño de 20 mujeres una vez al mes, con un control total de la fertilidad.

M. P. F.

INTERVALO ENTRE LA CONIZACION CERVICAL Y LA HISTERECTOMIA

TIFFANY J. WILLIAMS, THOMAS R. JOHNSON and JOSEPH H. PRATT. Amer. J. Obst. and Gynec. 107:790. 1970.

En 1958, Osoba reportó el efecto que tenía la conización sobre la morbilidad febril cuando aquella es seguida por histerectomía. Este estudio fue emprendido debido a la muerte por septicemia en una mujer sana que había sido tratada por conización y subsecuente histerectomía. En base de los resultados de dicho estudio se recomendó que entre una conización y la subsecuente histerectomía no debería mediar un tiempo inferior de 4 a 6 semanas.

Los autores se refieren a las diferencias de opinión existentes entre el intervalo conización-histerectomía para evitar la morbilidad. Evaluaron en la Clínica Mayo durante un período de 10 años la morbilidad, complicaciones significativas y duración de la hospitalización.

En ausencia de contraindicaciones para la vía vaginal o de necesidad de emplear otros procedimientos quirúrgicos simultáneos, el método usual de tratamiento en la Clínica Mayo para las pacientes cuya conización y biopsia por congelación demostró carcinoma in situ, fue la histerectomía vaginal con colporrafia anterior y posterior, si estaban indicadas.

Se usaron antibióticos y antipiréticos en algunos casos; 34.8% de 941

pacientes tuvieron morbilidad febril y de las que recibieron antibioterapia profiláctica 35.3% tuvieron morbilidad febril; de las que recibieron antipiréticos a título profiláctico, 36.1% tuvieron el mismo tipo de morbilidad. La rata de morbilidad no es afectada por el uso de agentes quimioterápicos a título profiláctico.

En prácticamente todos los casos, cuando la histerectomía abdominal (simple o radical) fue diferida después del cono, hubo aumento de la morbilidad febril. Este grupo de pacientes tuvo además un más alto nivel de complicaciones importantes y mayor tiempo de hospitalización. La explicación parecería estar en una combinación de inflamación y la creciente contaminación y trauma de la operación abdominal.

Los estudios histológicos de las zonas de conización han demostrado mínima inflamación durante las 48 horas iniciales; luego un aumento de los cambios inflamatorios e infiltrados celulares, convirtiéndose la región de la conización en una lesión supurativa. Estos cambios subsisten, con la consiguiente vascularización y cura, hacia el 60º día.

Como conclusión, los autores encontraron significativo el tiempo

transcurrido entre las dos operaciones y el tipo de histerectomía empleado. La histerectomía vaginal, con corrección del cisto y rectocele o sin ella, puede ser practicada en cualquier tiempo, sin aumentar los riesgos. Pero éstos aumentan cuando se

requiere histerectomía abdominal y el intervalo de tiempo entre las dos operaciones es mayor de 72 horas y menor de 4 semanas.

O. A. F.

UN METODO ENZIMATICO PARA EL DIAGNOSTICO DE LA MOLA HIDATIDIFORME

CEVAT BABUNA, et. al. *Obst. and Gynec.* 35:852, 1970.

Los autores practicaron determinaciones de Oxitocinasa Sérica en 30 pacientes con mola hidatidiforme y en 9 con coriocarcinoma, en la Facultad de Medicina de la Universidad de Estambul, Turquía. La actividad enzimática fue significativamente más baja en las pacientes con enfermedad trofoblástica que en las que presentaban gestación normal de igual tiempo.

Proponen la determinación de la Oxitocinasa Sérica como procedimiento simple, económico, exacto y rápido, como ayuda en el diagnóstico diferencial entre la mola hidatidiforme y la gestación normal, con feto único o múltiple.

O. A. F.

CARCINOMA DE LA VULVA

FELIX RUTLEDGE, JULIAN P. SMITH, ERNEST W. FRANKLIN. *Amer. J. Obst. Gynec.* 106: 1117, 1970.

Los autores estudiaron 139 pacientes con carcinoma vulvar en el Handerson Hospital e Instituto de Tumores de la Universidad de Texas, aplicando retrospectivamente la clasificación de la F.I.G.O. (1967), la cual se basa en el pronóstico, de acuerdo con la localización y el tamaño de la lesión primaria y el estado clínico de los nódulos inguinales.

Estado I: (T1NOMO; T1N1MO).
Corresponde a todas las lesiones limi-

tadas a la vulva con un diámetro máximo de 2 cm. o menos sin existir nódulos inguinales sospechosos.

Estado II: (T2NOMO; T2NIMO).
Todas las lesiones se encuentran confinadas a la vulva con diámetro mayor de 2 cm. en ausencia de nódulos inguinales sospechosos.

Estado III: (T3NOMO; T3NIMO; T3N2MO; T1N3MO; T2N3MO; T1N2MO; T2N2MO). Lesiones que se extienden

más allá de la vulva, pero sin nódulos inguinales masivamente agrandados. Lesiones de cualquier tamaño confinadas a la vulva con nódulos inguinales sospechosos o masivamente positivos.

Estado IV: (T3N3MO; T4N3MO; T4NOMO; T4N1MO; T4N2MO; M1A; M1B). Lesiones que se extienden más allá de la vulva con nódulos inguinales groseramente positivos. Lesiones que comprometen mucosa del recto, vejiga, uretra, o compromiso óseo. Todos los casos con metástasis a distancia o metástasis pélvicas profundas palpables.

Los autores concluyen que la clasificación de carcinoma de la vulva

descrita y propuesta por la F.I.G.O. es fácilmente aplicable a los hallazgos clínicos. La medida de 2 cm. en diámetro de la lesión parece ser de significación en cuanto al pronóstico. Los "nódulos positivos" pueden identificarse fácilmente y con mucha seguridad, aunque existe la posibilidad de que las metástasis ocultas evadan la detección clínica; por otra parte, hiperplasias benignas de los ganglios pueden simular metástasis en algunos casos. El examen clínico es tan correcto sin embargo que forma parte del criterio de clasificación por estados.

O. A. F.

FENOTIPO DE TURNER CON CROMOSOMAS SEXUALES NORMALES

Birth Defects Orig. Art. Ser. 5 (5): 24-28, Mayo 1969. POLANI, P. E. (Dept. Pediat. Res. Univ. of London, England).

Al analizar el autor el fenotipo del síndrome descrito por Turner, caracterizado por cuello palmeado, corta estatura y ausencia de función ovárica después de la pubertad, dice que se debe seguir considerando como tal y que las pacientes que se han seleccionado de acuerdo con este criterio invariablemente presentan alteraciones de los cromosomas sexuales.

Contrastando con esto, mujeres con características somáticas similares pero con cromosomas sexuales normales muestran función ovárica normal después de la pubertad. Para este síndrome se reserva el nombre de Bonnevie-Ullrich.

J. M. M.

PHENOTYPIC ASPECTS OF SEX CHROMOSOME ABERRATIONS

Birth Defects Orig. Art. Ser. 5 (5): 3-9, May 1969. FERGUSON-SMITH, M. A. (Depts. of Genet. and Child Health, Glasgow, Univ., Scotland).

Hace el autor una correlación entre las características clínicas y los hallazgos cromosómicos en pacien-

tes que presentaban aberraciones de los cromosomas sexuales, llegando a suponer que existe evidencia de ho-

mología entre el brazo corto del cromosoma X y el brazo largo del cromosoma Y. Sugiere que el segmento que posiblemente forma parte del cromosoma X no sufre inactivación, y que las pérdidas parciales y dupli-

caciones de este segmento son responsables de las anomalías asociadas a los síndromes de Turner, Klinefelter y sus variantes. (10 referencias).

J. M. M.

LA HORMONA LACTOGENICA PLACENTARIA H. P. L.

Una nueva hormona coriónica

L'hormone lactogénique placentaire (H. P. L.). Une nouvelle hormone chorionique. M. COHEN, F. HAOUR, J. BERTRAND et M. DUMONT. Gynécologie et Obstétrique. Paris. Tome 69 No. 3 Mai-Juillet 1970 pág. 197.

El sincitiotrofoblasto secreta una hormona proteica de origen placentario, la hormona lactogénica (H. P. L.), inmunológicamente próxima a la hormona hipofisaria del crecimiento. Ito e Higashi identificaron en la placenta por precipitación fraccionada con el sulfato de amonio una sustancia que tiene las mismas propiedades que la prolactina. Luego fue diferenciada por Josinovich y MacLaren en 1962, por Cohen en 1964, por Florini, por Franchimont, por Beck y col., por Talbert y por Hiesen en 1965, por Tuttle, Beck y Danghday en 1966 y por último Frieses, Catt, Mof-fat, Miall y Preston en 1967 completaron la purificación de H. P. L. por electroforesis sobre un disco de poli-acrilamida.

Es vertida directamente a la circulación materna y su producción diaria es de aproximadamente 1 gramo. Producida únicamente por la placenta; su secreción es diferente de toda influencia (actividad, alimentación, ciclo nictemeral). Su vida promedio es de 15 minutos, llegando algunas veces hasta las 2 horas, lo que hace que las tasas plasmáticas constitu-

yan un reflejo inmediato de las modificaciones que se producen a nivel de la placenta.

Su actividad biológica es manifiesta por una acción somatotropa, sobre todo potencializando la acción de la hormona de crecimiento, por una acción lactogénica, mamotrófica y lipotrófica. Es lipolítica, diabetógena y se origina por una retención azohada en el curso del embarazo.

Las tasas plasmáticas de H. P. L. se elevan progresiva y regularmente en el curso del embarazo normal y, según los autores, inician su caída a partir de la semana 36. La dosificación radio inmunológica de H. P. L. puede tener así un interés considerable en el estudio de la función placentaria; por ejemplo, en pacientes con productos inmaduros y placentas pequeñas, las concentraciones plasmáticas de H. P. L. son inferiores a lo normal. Las diabéticas, por el contrario, y algunas con embarazo gemelar tienen concentraciones elevadas, en cuyo caso la placenta es hipertrófica.

La patología gravídica debe beneficiarse mucho con la dosificación de H.P.L., la que vendría a ser un examen de calidad en la apreciación del estado placentario. El interés de dosificar H. P. L. plasmático es el de ayudar al Obstetra en la conducta que deba seguir ante embarazos cuya patología es de origen placentario, tales como insuficiencia placentaria, amenaza de aborto, muerte de feto in útero (óbito fetal), embarazos diabéticos, enfermedad trofoblástica, embarazo gemelar, embarazo prolongado e iso-inmunización Rh.

La enorme secreción de H. P. L., su ciclo de rápida formación (turn-

over), la preponderancia cuantitativa que esta hormona presenta en las secreciones placentarias en relación con el H. C. G. y con la progesterona, autorizan a reconocer en las tasas plasmáticas de H. P. L. el fiel reflejo del estado de la placenta y de su funcionamiento.

Es muy interesante su dosificación en la mola y en el coriocarcinoma, y más cuanto que el H. P. L. desaparece más rápidamente del plasma que el H. C. G., siempre que se desee controlar la evolución de una mola tratada.

A. D. C.

ANTEPARTUM AND POST-PARTUM USE OF PASSIVE RH ANTIBODIES

CLAYTON E. M., WALLER D. H., FOSTER E. B. Amer. J. Obst. Gynec. 107: 704, 1970.

Los autores prepararon desde 1967 un plasma alto en título de anticuerpos santi D, obtenido de dos donantes.

9 ml. de este plasma con un título de anticuerpos anti Rh de 1:1024 agregados a 100 cc. de solución salina, fueron aplicados I.V. en el postparto inmediato a ciento cuarenta y cinco pacientes, habiendo logrado en todas ellas prevenir la aparición de sensibilización al factor Rh.

Con el fin de investigar si en pacientes poco sensibilizadas se podía evitar la respuesta secundaria, se aplicó a 6 pacientes en anteparto y a 2 en postparto, con títulos inferiores a 1:4, Gama globulina anti Rh, cuando se detectó que las determinaciones de anticuerpos estaba empezando a aumentar. En ninguno de los casos en que las pacientes dieron a luz

productos Rh positivos, se logró evitar la respuesta secundaria; por el contrario, en la mayoría de los casos se produjo una elevación dramática y significativa del título de anticuerpos anti Rh. Se puede concluir que si la sensibilización al factor Rh está bien establecida, el uso de anticuerpos pasivos anti Rh no previene la respuesta específica secundaria.

Otro posible uso de los anticuerpos pasivos anti Rh es su administración en el último trimestre del embarazo a pacientes en peligro de desencadenar una sensibilización, debida a una hemorragia fetomaterna considerable. Con este fin se aplicó el mismo tipo de suero a 12 pacientes en el tercer trimestre del embarazo Rh negativas, con probables productos Rh positivos; 6 de ellas sensibilizadas, con títulos bajos, y 6 no sensibilizadas. Los autores no encontra-

ron ninguna respuesta inicial del feto a la administración pasiva de anticuerpos anti Rh. La Deshidrogenasa láctica, mostró un ligero aumento en 4 de las 6 previamente sensibilizadas, pero la densidad óptica mostró tendencia general a descender.

Concluyen que una cantidad efectiva de anticuerpos administrada para proteger a la madre contra la sensi-

bilización, es segura y no peligrosa para el feto.

Recomiendan sin embargo cierto cuidado en no aplicar una dosis muy seguida de otra en el mismo brazo, o en el puerperio inmediato por peligro de una supersensibilización.

R. D. R.