

RESUMENES DE LA LITERATURA ACTUAL

FACTORES FETALES QUE INFLUYEN EN EL VOLUMEN Y LA COMPOSICION DEL LIQUIDO AMNIOTICO

ABRAMOVICH — J. Obst. Gynaec. Brit. Comm. 77: 865-877, 1970.

Se investigó la deglución fetal en 10 fetos entre 17 y 20 semanas. El feto más joven tragó 2 ml. en 24 horas; a las 18 semanas la cantidad varió de 4 a 11 ml. en 24 horas, mientras que los fetos de 20 semanas tragaron de 11 a 13 ml. La peristalsis del aparato digestivo se presentó en la mitad del embarazo.

Los fetos a las 18 semanas evacuaron de 7 a 17 ml. en 24 horas. La orina recolectada de la vejiga del feto era hipotónica, pero la concentración de sodio y de cloro fue notablemente menor en la mitad del embarazo que a término, lo que sugiere una reabsorción más eficaz de sodio y cloro por el riñón del feto a término. La tasa de aumento en el volumen del líquido a las 18 semanas es de 10 a 13 ml. por día y, como el feto ingiere de 4 a 11 ml. por día, el volumen neto agregado al líquido de-

be estar entre 14 y 24 ml. por día. La fuente principal de éste es orina del feto, pero también pueden ser de importancia los pulmones, la piel y el cordón umbilical.

Se investigó la ingestión de fetos con anencefalía; 3 estaban tragando cantidades definidas de líquido. La presencia o ausencia de deglución fetal tenía poco efecto sobre el volumen del líquido: los que ingerían 240 y 237 ml. por día tenían volúmenes de líquido de 3.7 a 2.9 litros, respectivamente. El grado de lesión cerebral no tuvo correlación con el grado de hidramnios.

Una revisión de la evidencia clínica, junto con los resultados experimentales presentes, sugieren que la ingestión fetal no es un factor de importancia en el control del volumen del líquido.

TRATAMIENTO DE LA PLACENTA PREVIA

KLOSE, B. - WEIDENBACH, A. — Z. Geburtsh. Gynaek. 172: 227-241, 19q0.

La incidencia promedio de placenta previa, según consta en la literatura, es de 0.52%. Durante un período de 10 años, 20.951 pacientes dieron a

luz en esta clínica. Entre ellas había 121 pacientes con placenta previa, lo que corresponde a una tasa de 0.57%. En 95 pacientes (87.5%) se presentó

placenta previa lateral y total. No hubo mortalidad en las madres. Entre las criaturas estudiadas, la tasa de mortalidad fue de 5.1%. La incidencia de intervención cesárea es algo superior en esta clínica que en otras clínicas (78.5% en comparación con 68%). Estos descubrimientos son una prueba más del hecho de que, en caso de placenta previa y de feto viable, la operación cesárea es el método preferido. El que con una cria-

tura viable la placenta previa no constituya ni para la madre ni para el niño un riesgo superior al de un alumbramiento normal, puede atribuirse indudablemente al uso más frecuente de la operación cesárea. Deberán hacerse más esfuerzos para bajar el alto porcentaje de nacimientos prematuros y la consiguiente probabilidad de vida corta. (Original en alemán).

ESTUDIO DE LOS EFECTOS DEL ALIVIO DEL DOLOR EN EL PARTO

HICKEY, R. - DOROFIEFF, R. — New Zeal. Med. J. 72: 377-382, 1970.

Una investigación crítica sobre las ventajas y desventajas de las muchas técnicas analgésicas de que se dispone puso de relieve la necesidad de analgésicos más efectivos y seguros que los que actualmente están en uso. Usando puntajes Apgar de bebés registrados un minuto después del nacimiento para evaluar la influencia ejercida sobre el bebé por cada uno de los métodos, se encontró que un puntaje Apgar de 7 a 10 se observó en el 88% de los nacimientos cuando no se usó analgésico, bajando a 60.9% con el uso de petidina como analgésico, y a 8.3% en nacimientos bajo anestesia general; pero con anestesia lumbar epidural la tasa llegó al 86.7%, igual a la que se registró sin ninguna anestesia. El bloqueo epidural elimina tanto el dolor uterino como el pélvico a diferencia del bloqueo pudendo y para cervical; se pueden suministrar dosis repetidas con seguridad y certeza sin depresión respiratoria en la criatura. La madre continúa completamente consciente durante todo el proceso y puede mantenerse la analgesia post operatoria sin que se presenten náuseas, vómito

ni tos, generalmente asociadas con los agentes inhalantes y con las drogas analgésicas.

Se hizo una comparación interesante con un estudio que comprendía 11.855 bebés finlandeses, en los que aproximadamente el 97% de ellos tenían puntajes Apgar de 7 a 10. Esto se atribuyó al uso menos frecuente de alumbramientos por operación, sedantes y analgésicos, aspectos todos presentes en la práctica obstétrica. Los esfuerzos futuros en el campo de analgesia obstétrica deberán dirigirse hacia métodos que no depriman a la criatura, dándole a la madre analgesia satisfactoria. El bloqueo epidural parece ser el medio más seguro de lograr el alivio del dolor en partos difíciles, así como de aumentar la sobrevivencia de los niños. Según el peso de la paciente la inyección promedio que se usó fue de 10 a 15 ml. de solución de bupivacaína (Marcaína) al 0.5% con 1:2000.000 de epinefrina. La duración media de acción de este agente fue mucho mayor que la de la lidocaína.

EFFECTO DE LOS DIURETICOS EN LA ULTIMA ETAPA DEL EMBARAZO SOBRE LA CRIATURA RECIEN NACIDA

ANDERSEN J. B. - FRIS HANSEN B. — Acta Paediat. Scand. 59: 659-663, 1970.

En teoría podría esperarse que la administración de un diurético durante la última etapa del embarazo produciría algún efecto sobre el equilibrio del agua en el recién nacido, indirectamente por la remoción de agua y electrolitos de la madre o directamente cuando el diurético pasa libremente la barrera de la placenta, como sucede con las tiazidas. Se estudiaron dieciseis bebés: un grupo de control de 8 nacidos a término de madres normales, y un grupo de 8 nacidos a término de madres que habían sido tratadas con bendroflumetiazinas (Centyl) o clorotalidona (Hygroton) por varios períodos de tiempo hasta el alumbramiento. Unas pocas horas antes y después del nacimiento se tomaron muestras de sangre de la madre, para determinar las concentraciones de sodio, de potasio y de cloro así como la osmolaridad total. En los recién nacidos se determinaron la cantidad total de agua en el cuerpo, (TBW); el agua extracelular (ECW); la concentración de sodio, potasio y cloro; y la osmolaridad en un término de 2 a 4 horas después del nacimiento.

En ambos grupos de bebés el TBW fue casi idéntico. En el grupo tratado el ECW estaba ligeramente reducido así como también las concentraciones de sodio, potasio y cloro. Esta reduc-

ción no fue significativa estadísticamente. Entre las madres se presentó una tendencia hacia valores más altos en las concentraciones de sodio y de osmolaridad, y hacia valores más bajos de potasio y de cloro en el grupo tratado, en comparación con el grupo de control. La diferencia transplacentar en las concentraciones de sodio fue superior en el grupo de control (3.8 mEq/por litro) que en el grupo de tratamiento (0.1 mEq/por litro). Esta diferencia es notable (p mayor que 0.001). En los niños nacidos de madres tratadas con diuréticos se observaron algunos cambios en el metabolismo de agua y minerales, en comparación con el grupo de control. Hubo una tendencia general en todos 6 parámetros apuntando en la misma dirección. El TBW se redujo muy poco, el ECW fue algo más reducido, así como las concentraciones de sodio, potasio y cloro y la osmolaridad.

Estos hallazgos podrían ser interpretados como el resultado de una ligera depleción de agua y sal. La observación estadísticamente confirmada de que (existe) el gradiente de concentración de los bebés a la madre para el sodio, y la diferencia de la osmolaridad se disminuye en el grupo diurético está de acuerdo con esta interpretación.

PROGESTAGENO INTRAUTERINO EN MICRODOSIS, EN ASOCIO CON APARATOS ANTICONCEPTIVOS INTRAUTERINOS

HORNE, H. W. Jr. - SCOTT, J. M. — Int. J. Fertil. 15: 210-213, 1970.

En un intento por encontrar una forma de ofrecer protección absoluta contra embarazos por medio de IUCDs (Aparatos Anticonceptivos Intra-uterinos) se colocó, dentro de una cápsula silástica, una microdosis de acetato de megestrol; la cápsula, a su turno, se colocó en un IUCD. Cinco mujeres que han usado por largo tiempo IUCD fueron tratadas con estos aparatos, durante 3 ciclos cada una.

La excreción de pregnandiol en la orina, los niveles de progesterona en el plasma, las biopsias endometriales y las curvas de temperatura basal no mostraron efecto esteroide sistémico en comparación con los ciclos de control. Se sugieren estudios posteriores para determinar la dosis máxima de esteroides intra-uterinos que causen un efecto local y no sistémico.

INDUCCION DE OVULACION CON GONADOTROPINA MENOPAUSICA HUMANA: EFECTO DEL TRATAMIENTO PREVIO CON ESTROGENO

LOGAN, G. - WARREN, J. C. - JOHNSON, D. C. — Fertil-Steril. 21: 774-783, 1970.

Siete mujeres con infertilidad anovulatoria se sometieron a una terapia con gonadotropinas menopáusicas humanas (Humegon, Batch 53 51 95), completando 37 ciclos de tratamiento. En un intento para llevar al mínimo la variación en la respuesta entre las pacientes, y también para evitar la hiperestimulación ovárica, todas las pacientes recibieron 80 mg. de mestranol diariamente, durante 8 días, antes de comenzar el tratamiento, y por 7 días más después de comenzado el tratamiento. Mientras esta medicación suprimió consistente y uniformemente los niveles de gonadotropina endógena en la orina a niveles casi no apreciables, falló en evitar la ocurrencia de hiperestimulación ovárica, por lo me-

nos ligera, en 5 ciclos en 2 pacientes. A pesar del uso de dosis de FSH que estaban dentro de la escala terapéutica de 1100 a 2000 IU, no quedó ninguna paciente embarazada y hubo evidencia presuntiva de ovulación únicamente en 3 ciclos en 3 pacientes. La presencia del "factor inhibidor de gonadotropina" no podría estar correlacionada ni con el nivel de gonadotropina endógena ni con la ocurrencia posterior o la falta de ovulación. En las mismas pacientes estuvo presente en algunos ciclos pero no en otros, y así estuvo totalmente sin ser afectada por la medicación previa con estrógeno.

La vigilancia clínica de la respuesta a las inyecciones con FSH no es

confiable y en el presente parece que no hay alternativa segura para la medida directa de respuesta al estrógeno. Las pacientes deberán ser trata-

das con estos agentes únicamente en centros en donde se disponga de dichas facilidades de medida.

MELANOMA DE LA VULVA

YACKEL, D. B. et al. *Obstet. Gynec.* 35: 625-361, 1970.

29 pacientes con melanoma de la vulva fueron tratadas en la Clínica Mayo de 1950 a 1968. En general los síntomas fueron hinchazón, sangramiento o prurito. Las lesiones variaban en tamaño desde unos pocos milímetros hasta 6.0 cms., y tendían a estar localizadas cerca de la línea central, estando la región del clítoris y el clítoris mismo implicados en 11 pacientes, y los labios mayores solamente en 6 pacientes. Se encontraron nódulos de linfa metastásicamente, implicados en 7 de las 29 pacientes; en 2 de ellas, tanto nódulos profundos como superficiales. De 21 pacientes aptas para seguir un estudio por 5 años, 7 (33%) vivieron 5 años o más. Cuatro de ellas están vivas y bien, después de 17 años desde el tratamiento original. Una está viva pero tuvo recurrencia después de 10 años desde su operación inicial; una (quien no estuvo bajo estudio posterior) estaba libre de la enfermedad cuando se la vio después

de 5 años de la operación; y una murió a la edad de 71 años, más de 9 años después de la operación. (La causa real de su muerte no fue establecida exactamente).

El tratamiento quirúrgico adecuado consiste en una sola etapa: disección conjunta de los nódulos inguinales, femorales y pélvicos profundos, y vulvotomía radical. Esta debería extenderse para incluir vaginectomía o la excenteración interior, posterior o total, si está indicada por el tamaño o la localización de la lesión. En esta serie hubo una muerte en la operación. El reconocimiento temprano de los síntomas y la pronta remoción por excisión amplia de todas las lesiones vulvares pigmentadas, ya sea en conjunto con otras operaciones pélvicas o en el momento de los exámenes de rutina en el consultorio, deberían hacerse para evitar cambios malignos.