

## RESUMENES DE LA LITERATURA ACTUAL

### ESTIMACION DE LA MADUREZ DEL FETO POR MEDIO DEL ANALISIS DEL LIQUIDO AMNIOTICO

NELSON, G. H. et al. Southern Med. J. 64: 1-7, 1971.

Los siguientes estudios sobre el líquido amniótico fueron correlacionados con la madurez del feto (tiempo de gestación 36 semanas o más, y/o peso del feto 2.500 Grs. o más) el porcentaje de células anaranjadas después de la coloración con sulfato azul Nilo, medidas de  $\Delta$  450 O.D. y concentración de creatina. En cuanto al método de conteo de las células anaranjadas, se ven 7 tipos morfológicos de células: (1) azul nucleado, (2) nucleado, con citoplasma azul y anaranjado, (3) azul sin núcleo, (4) nucleado azul con glóbulos anaranjados, (5) predominantemente incoloro con glóbulos anaranjados, (6) predominantemente incoloro con pestañas anaranjadas y (7) sin núcleo. En general, la mayoría de los líquidos amnióticos se muestran o azul nucleado o anaranjados sin núcleo. Cuando se encuentran otros tipos de células, éstas se cuentan como anaranjadas si tienen algo de anaranjado en el citoplasma. El conteo de las células puede ser hecho en líquidos almacenados por dos días, siempre y cuando que no sean sanguinolentas. El conteo de células anaranjadas hecho independientemente por varios observadores muestra estar muy de acuerdo unos con otros, excepto cuando se encuentran grandes cantidades de células de los tipos 2 y 4. El conteo de las células puede ser hecho con muestras centri-

fugadas o no centrifugadas. Un conteo de más de 10% de células anaranjadas se correlaciona bien con la madurez fetal; sin embargo, conteos bajos, mientras tiendan a estar asociados con pre-madurez, pueden encontrarse en embarazos a término.

Valores de  $\Delta$  450 O.D. de 0.02 o menores son asociados con la madurez y de más de 0.04 con la pre-madurez, con una exactitud aproximada del 90%. La incompatibilidad ABO no causa ningunos valores altos en los embarazos a término.

Se excluyó del estudio la incompatibilidad de RH cuando la madre tenía un análisis volumétrico anti-D positivo o el niño era positivo Coombs directo.

Las concentraciones de creatinina de más de 1.5 mg.% se asociaron a la madurez y de 1.0 mg.% o menos a la pre-madurez, con una exactitud de más del 90%; sin embargo, el número de pacientes estudiadas con valores de 1.0 mg.% o menos fue pequeño. La función renal de la paciente deberá ser considerada cuando se estén evaluando los niveles de creatinina del líquido amniótico. Una paciente con 22 semanas de gestación, tenía una concentración de creatinina en el líquido amniótico extraordinariamente alta, y un nivel de creatinina en el suero igualmente alto.

**MOLA HIDATIDIFORME. — CAUSA DE HIPERTIROIDISMO CLINICO**

HERSHMAN, J. - HIGGINS, H. - New Eng. J. Med. 284: 573-577, 1971.

Dos pacientes con mola hidatidiforme tenían hipertiroidismo agudo y edema pulmonar desarrollado. La tirotoxicosis mejoró rápidamente después de la evacuación de la mola. Del suero y del tumor de una paciente se extrajo un estimulante tiroideo. Este estimulante difería biológica e inmunológicamente de los otros tres estimulantes tiroideos humanos: la tirotrópina pituitaria, la tirotrópina

coriónica que se encuentra en las placentas normales, y el estimulante tiroideo de acción prolongada de la enfermedad de Graves. La secreción de cantidades excesivas de este estimulante tiroideo por la mola hidatidiforme probablemente fue la causa del hipertiroidismo agudo, y la remoción de la mola pareció ser la terapia más efectiva para el hipertiroidismo.

**TOXEMIA EN EL EMBARAZO: RELACION ENTRE EL PESO DEL FETO, LA SOBREVIVENCIA Y EL ESTADO DE LA MADRE**

HENDRICKS, C. - BRENNER, W. - Amer. J. Obstet. Gynec. 109: 225-233, 1970.

Entre 27.270 alumbramientos, hubo 947 casos de pre-eclampsia para estudiar. Tanto el feto como la placenta de las mujeres con toxemia del embarazo pesaron menos de lo que había pesado el producto de la concepción en un embarazo no toxémico en una semana equivalente de gestación. Las mujeres con toxemia tendían a alumbrar antes que las mujeres sin toxemia. La tasa de mortalidad perinatal entre criaturas nacidas de mujeres toxémicas es de aproximadamente el doble que en las mujeres no toxémicas; casi todo el aumento en la mortalidad se debe a una incidencia aumentada de muertes antes del parto y en el parto. La incidencia de pre-eclampsia fue aproximadamente tres veces superior en

tre las primigrávidas que entre las multigrávidas. Se presentó con frecuencia excepcionalmente alta entre mujeres que sufrían de una enfermedad sistémica seria antes del embarazo y en mujeres del estado socioeconómico más bajo. La toxemia del embarazo no es una enfermedad reversible mientras dura el embarazo. La mejoría clínica inicial de la paciente toxémica cuando entra al hospital no es evidencia de que se haya controlado el proceso de la enfermedad. Únicamente representa una disminución temporal de los signos de embarazo toxémico, mientras que el proceso de la enfermedad sistémica básica continuará durante todo el curso del embarazo.

## VALOR DEL TRATAMIENTO CON RADIO PRE O POST OPERATORIO, PARA EL CARCINOMA DEL CUERPO UTERINO

GRAHAM, J. - Surg. Gynec. Obstet. 132: 855-860, 1971.

La histerectomía es el tratamiento esencial para el cáncer del cuerpo uterino, la radiación pre-operatoria, generalmente con radio, ha sido usada por más de una generación sin que haya demostrado claramente su efectividad. Se han atribuido resultados superiores a cada uno de los tres métodos de tratamiento. En todos los informes, la selección ha opacado la evaluación. De 1958 a 1967 el método de tratamiento fue asignado al azar en este hospital después del examen de la paciente y de haber establecido el diagnóstico como carcinoma, paso I, grupo I. Hubo 49 pacientes tratadas únicamente con histerectomía, 33 de las cuales fueron tratadas por un período suficientemente largo para seguir su curso por 5 años. De estas 33, 21 (64%) estaban bien a los 5 años; 6 (17%) tenían recurrencia vaginal, 4 (12%) murieron de cáncer en los 5 años. Hubo 82 tratadas con tubo múltiple de radio, intra uterino, con de 6.000 a 8.000 miligramos por hora, segui-

do en 6 semanas por la histerectomía. De ellas, 2 (3%) tuvieron recurrencia vaginal; 45 de 59 (76%) vivieron 5 años; y 8 de 59 (14%) murieron de cáncer en 5 años. Hubo 51 casos de histerectomía seguida por radio intravaginal, de 7 a 10 días después. De éstas ninguna presentó recurrencia vaginal, 25 de 31 (81%) estaban bien a los cinco años, y una de 31 (3%) murió de cáncer. El radio intra-vaginal fue aplicado en un cilindro de 3 x 5.8 cm. de 1.500 a 3.600 mg. por hora; 3.600 mg. por hora es demasiado, ya que una de las pacientes tuvo una fístula recto-vaginal producida por la radiación y otra presentó una reacción rectal. La dosis preferida es de 1.500 a 2.000 mg. por hora. La histerectomía seguida por la irradiación vaginal dio los mejores resultados en esta serie. La ventaja aparente se presentó en los casos de útero grande y tumores anaplásticos, así como en los casos más favorables.

## EXPERIENCIA CON HIDROTUBACION EN 909 PACIENTES

ASCENSO-CABELLO, J. - Int. J. Fertil. 16: 47-52, 1971.

Se evaluó la hidrotubación como procedimiento para el restablecimiento de la patencia tubárica. Un total de 909 pacientes recibieron 8.863 hidrotubaciones. Se aplicaron trata-

mientos de 1 a 3 series de 10 hidrotubaciones cada una, con estudios de diagnóstico repetidos después de cada serie. Se llegó a varias conclusiones: la hidrotubación puede ser efec-

tiva en estenosis, así como en obstrucción. La hidrotubación favorece la eventual tuboplastia posterior. Se obtuvieron resultados de éxito en el 70,9% de 659 pacientes en las cuales fue posible el control posterior. Se presentó embarazo después de la hidrotubación en más del 50% de las pacientes, en las cuales se produjo patencia tubárica. La hidrotuba-

ción no tuvo éxito cuando la cirugía reconstructiva había fallado, y en varias pacientes seleccionadas con tuberculosis genital se presentaron embarazos ectópicos.

La incidencia de complicaciones fue de 4,4% sin que se produjeran muertes inmediatas o posteriores causadas por el tratamiento.

### **PERFORACION UTERINA CAUSADA POR APARATOS ANTICONCEPTIVOS INTRA UTERINOS: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO**

POVEC, W. y SILVERMAN, B. - J. Reproduct. Med. 6: 91-92, 1971.

La incidencia registrada de perforaciones uterinas causadas por aparatos intra uterinos (IUD), varía de 0.05/1.000 a 8.7/1.000. Probablemente la perforación siempre se presenta en el momento de la inserción. Cuando el extremo del aparato no puede verse en el orificio del cuello, debe hacerse una distinción entre: (1) expulsión que no ha sido notada, (2) ascencimiento del extremo dentro de la cavidad y (3) perforación. Puede presentarse embarazo con cualquiera de estas tres condiciones. El diagnóstico se hace por tacto rectal o vaginal del aparato ectópico, explorando la cavidad con amplificación uterina por sonda o eléctrica; radiografía con una sonda colocada en el lugar, seguida por la instalación de una coloración radio-

opaca o por la inserción de un segundo aparato. La remoción puede hacerse por colpotomía, laparotomía o laparoscopia, y puede combinarse con aborto, esterilización o con ambos.

Una mujer que no había estado embarazada nunca, que había recibido un aparato Lippes, quedó encinta. Al practicar un aborto terapéutico no se encontró ningún aparato en el útero, y un examen radiográfico lo localizó encima del cuerpo uterino. Se practicó una laparoscopia y se introdujo un fórceps de agarre a través de una cánula de 3 mm. en el cuadrante inferior derecho; se agarró el aparato, y la cánula, el fórceps y el espiral salieron todos juntos.