

Resúmenes de Literatura Mundial

EMBARAZO ECTOPICO CRONICO

Terry Cole, Robert Corlett. Rev. Obstetrics & Gynecology Vol. 59 No. 1. January 1982, Pgs. 63 a 67.

Aproximadamente el 6% de los ectópicos son crónicos. El ectópico agudo puede ser caracterizado por un severo grado de shock por baja del volumen sanguíneo y severo dolor. El ectópico crónico tiene dolor y mínimo sangrado con un proceso limitado a la pelvis. La formación de adherencias es bastante alta y puede comprometer intestino, vejiga y uretra. Notables datos clínicos distinguen un ectópico crónico de otro tipo de embarazo ectópico. En el crónico puede incluirse una estabilidad hemodinámica, un largo período de amenorrea (5-16 semanas), test de embarazo negativos, culdocentesis negativas, una masa pélvica y temperatura.

Sin embargo, hay un gran número de características que distinguen un verda-

dero ectópico crónico de un ectópico no roto, ectópico roto o aborto tubárico. Los hallazgos patognomónicos son intraoperatorios y muestran densas adherencias en el sitio del ectópico al epiplón, intestino o paredes pélvicas, por la inflamación crónica en la cavidad. Esto hace que en un 26% se practiquen histerectomías y SOB, lo que demuestra el severo grado de inflamación; el 8% pueden tener un absceso pélvico, otras pacientes pueden reportar obstrucción uretral secundaria al ectópico crónico. La temperatura está relacionada con una salpingo-ooforitis crónica.

El test de HCG (gonadotropinas coriónicas) fue positivo en un 40%, los niveles son bajos por el hecho de que muchos de los tejidos trofoblásticos no son viables y como consecuencia no sintetizan la hormona. El ultrasonido puede dar un 76% de diagnósticos correctos.

¿HAY UNA BASE CIENTIFICA PARA REPETICION DE LAS CESAREAS?

Problem-Patient conference; Ralph M. Richart, Ed. Bracero, L., Duchin, S. Petrie, R., Todd, D., y Schulman, H. CONTEMPORARY OB/GYN. Vol. 19, January 1982, pp. 151-77.

Durante su quinto embarazo una mujer de 24 años, a quien le había sido practicada una cesárea, desarrolló infección del tracto urinario recurrente y sufrió amenaza de parto prematuro;

posteriormente tuvo un parto espontáneo vaginal con niño sano. Su caso introduce una discusión acerca de cuando es seguro permitir prueba de trabajo de parto en una paciente con antecedente de cesárea. Este artículo es parte de una serie basada en conferencias clínicas del Departamento de Obstetricia y Gineco-

logía del Colegio de Médicos y Cirujanos de la Universidad de Columbia. Uno de los expositores concluye que hay un riesgo de 1:1000 de ruptura uterina después de cesárea segmentaria y recomienda permitir prueba de trabajo excepto en casos de grandes múltiparas, sin usar inducción con oxitocina.

DISMENORREA INDUCIDA POR TRANSFUSION AUTOLOGA

J. Irwin, E. Morse y D. Riddick. *Obstetrics and Gynecology*, September 1981, Vol. 58, No. 3. pp. 286-90.

Un factor circulante, capaz de inducir los síntomas de la dismenorrea, ha sido demostrado en 10 mujeres recolectando plasma durante períodos de dismenorrea y administrándolo durante intervalos asintomáticos. Síntomas típicos de dolor abdominal ocurrieron en 8 de 12 mujeres que recibieron infusión de plasma que había sido tomada en el momento en que los síntomas estaban presentes. Plasma tomado en un momento sin sín-

tomias, fue administrado a 10 mujeres y no produjo dolor abdominal. Combinaciones de dolor y/o irritabilidad emocional se encontraron en 11 de 12 mujeres después de darles unidades sintomáticas, y en sólo 2 de 10 que recibieron unidades asintomáticas. El útero no necesitó estar presente, porque los síntomas fueron reproducidos en 7 de 10 pacientes que tuvieron histerectomía anterior a las infusiones. Se sugiere que un factor circulante puede activar la síntesis de prostaglandinas, lo que a su vez puede estimular el sistema neuronal, causando así los síntomas.

ACIDO FLUFENAMICO EN EL TRATAMIENTO DE LA DISMENORREA ESPASMODICA PRIMARIA

I. Kapadia y M.G. Elder. *The Lancet* February 18, 1978, pp. 348-50.

Una prueba cruzada doble ciega con ácido flufenámico tres veces al día (200 mgrs), fue llevada a cabo en 44 pacientes con dismenorrea primaria. Mientras se encontraban tomando el ácido flufenámico por tres meses, el

82% de las pacientes experimentó alivio significativo del dolor; síntomas gastrointestinales asociados, como vómito y diarrea, fueron aliviados en el 66% y 52% de las pacientes, respectivamente, mientras se administró el ácido flufenámico. Se concluye en este estudio que los fenamatos son drogas útiles y seguras en el tratamiento de la dismenorrea primaria.

EFICACIA DEL ACIDO MEFENAMICO EN PACIENTES QUE SE QUEJAN DE MENORRAGIAS

I.S. Fraser, C. Pearse, R.P. Shearman, P.M. Elliot, J. McIlveen y R. Markham. *Obstetrics and Gynecology*. Vol. 58, No. 5, Nov./81, pp. 543-51.

Un total de 69 pacientes con historia convincente de menorragias completaron una prueba cruzada controlada con placebo, doble ciega, de 4 ciclos, del ácido mefenámico tomado durante la menstruación. Sólo 30 de estas pacientes demostraron menorragia objetiva, con pérdida menstrual medida mayor de 80 ml durante los ciclos con placebo; el resto, reportó expulsión de coágulos y/o usar dos toallas a la vez; 14 de estas mujeres (20%), tuvieron una pérdida menor de 35 ml mientras tomaban placebos. Esto hace pensar en la validez del establecimiento del diagnóstico de menorragia basado sólo en la historia.

En general, hubo una reducción media del 28.1% en la pérdida de sangre menstrual entre los ciclos de placebo y ácido mefenámico. La mayor reducción registrada fue del 80%, la mayor parte de este gran porcentaje estuvo en pacientes con altas pérdidas durante los ciclos con placebo. Reducciones significativas en la pérdida de sangre se vieron en pacientes con hemorragia uterina disfuncional ovulatoria y menorragia después de interrupción tubárica, así como en hemorragias disfuncionales anovulatorias, miomas, DIUS, y enfermedad de Von Willenbrand. No se vio reducción en un grupo con pérdida menor de 35 ml durante el ciclo con placebos. Hubo un acortamiento significativo de la duración del sangrado, 15 pacientes (21.7%) experimentaron muy poca o ninguna reducción objetiva en la pérdida de sangre.

EL EFECTO DE LA ASPIRINA SOBRE LA DISMENORREA EN ADOLESCENTES

J.R. Klein, I.F. Liddt A. Rosenberg y L. Udall. *The journal of pediatrics*. June 1981, Vol. 98, No. 6, pp. 987-90.

La dismenorrea es la causa principal de ausentismo escolar a corto plazo entre mujeres adolescentes. Varios inhibidores de las prostaglandinas han sido usados en mujeres adultas para reducir los síntomas; como el ácido mefenámico, la indometacina y el Naproxen sódico; pero los efectos colaterales, incluyendo cefalea, anemia aplásica y anemia hemolítica autoinmune, hacen el uso de estos compuestos inaceptables en adolescentes.

Se realiza un estudio cruzado, doble ciego, controlado con placebo, utilizan-

do el menos tóxico de los inhibidores de las prostaglandinas, el ácido Acetilsalicílico. Esta droga se administra durante un período de 4 meses, a dosis de 600 mg. cuatro veces al día, alternando su administración con un placebo, tres días antes del período menstrual esperado. Los resultados de un test de incomodidad menstrual administrado a las pacientes antes y después del tratamiento, indican que el alivio del dolor fue significativamente mayor en el grupo de Aspirina que en el de placebo. Los autores concluyen que los salicilatos, administrados antes de la menstruación, son agentes efectivos para aliviar la dismenorrea incapacitante en algunas adolescentes.

PRUEBA DE INHIBIDORES DE LA SINTETASA DE PROTAGLANDINAS EN DISMENORREA PRIMARIA

A. Anderson, P. Haynes, I. Fraser y A. Turnbull. *The Lancet*. February 18, 1978, pp. 345-8.

Se compararon los inhibidores de la sintetasa de prostaglandinas, Acido mefenámico y ácido flufenámico, con el analgésico Dextropropoxifeno/Paracetamol, en el tratamiento de la dismenorrea primaria, en una prueba cruzada doble ciega. Se evaluaron los resultados en 30 pacientes que tomaron la droga durante la menstruación por tres ciclos consecutivos. La evaluación de las pacientes de cada droga sugiere que el ácido mefenámico y el ácido flufenámico son más

efectivos que el analgésico para el alivio general de los síntomas y para la mayoría de nueve síntomas individuales, evaluados subjetivamente por las pacientes. Hubo menos ausentismo del trabajo o la escuela durante el tratamiento con ácido mefenámico, y se tomaron menos cápsulas del mismo en comparación con las otras drogas. Las pacientes tomaron, significativamente menos analgésicos adicionales durante la terapia con ácido mefenámico que durante el tratamiento con las otras dos drogas; 5 pacientes tuvieron posibles efectos colaterales, 3 con ácido mefenámico y 2 con Dextropropoxifeno/Paracetamol.

ASOCIACION ENTRE DIU Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVICA (PID)

Burkamn, Ronald y el Women's Health Study. *Obstetrics & Gynecology*. Vol. 57, No. 3 March 1981. pp. 269-276.

El grupo WHS realizó un estudio en 16 hospitales de 9 ciudades, de correlación entre DIU y PID que requirió hospitalización; incluyeron 1.447 con PID y 3.453 grupo control. Pacientes con DIU mostraron un riesgo de 1.6, mayor en menores de 25 años, de raza no negra, inserción reciente o reinser-

ción, riesgo que no aumentaba en relación al tiempo de uso de DIU. El efecto de uso de DIU en el desarrollo de PID persistió varios meses después de su retiro. El tipo de DIU no influye el relativo riesgo de PID es mayor si se usa DIU en comparación con otros anticonceptivos, o el no uso de contraceptivos. El estudio sugiere que las que usan formas contraceptivas no permanentes, diferentes al DIU, tienen cierta forma de protección contra el desarrollo de PID.

BACTEREMIA EN OBSTETRICIA

Clinical Course, *Obstetrics & Gynecology*. Vol. 58, No. 5 November 1981, Blanco J. Ronald S. Cibbs y Castañeda.

Se revisan los casos documentados de bacteremia en pacientes obstétricas, en-

tre 1975-1979, con una incidencia de 7,5:1000 admisiones. En total 176 pacientes con los siguientes diagnósticos: endoparametritis 123, pielonefritis 29, corioanionitis 14, otros 10. Sin mortalidad ni evidencia de shock séptico. Gérmenes aislados más comunes fueron:

E. Coli 57 casos, Streptococo Grupo B 28 y Bacteroides Sp 26. Se analiza el índice de fiebre y promedio de estadía

en el hospital. Con una rata de complicaciones de 7.3% y un 19.5% de falta de antibióticos primarios.

TERAPIA ESTROGENICA DE REPLAZO

L. Judd, E. Cleary, T. Cresman. *Obstetrics and Gynecology* Vol. 58, No. 3, September 1981.

La terapia de remplazo estrogénica en mujeres post-menopáusicas está en escrutinio. Está indicada en atrofia del epitelio vaginal y osteoporosis; enfermedades cardiovasculares, cambios en la piel por vejez, enfermedad mental, tam-

bién son indicaciones, pero los efectos benéficos, no han sido claramente establecidos. Efectos colaterales: Ca de Endometrio. HTA y angina de pecho, Ca de seno. La enfermedad biliar, trombo-embolismo pulmonar, ACV/e infarto de miocardio, no han sido asociados. Se han usado combinados con progestágenos para disminuir la incidencia de Ca endometrial.