RESUMENES DE LA LITERATURA ACTUAL

REINFECCION CON RUBEOLA EN MUJERES EMBARAZADAS

BOUE, A., NICOLAS, A. & MONTAGNON, B. (Laboratoire S.E.S.E.P., Chateau de Longchamp, Paris, France). Lancet. 1: 1251-1253, 1971.

En personas que han tenido rubeola natural pueden presentarse reinfecciones caracterizadas por un aumento en el título de los anticuerpos inhibidores de la hemoaglutinación. Como el aborto terapéutico en ocasiones se realiza sobre la base de un aumento en los títulos de los anticuerpos de la rubeola, es importante determinar si la respuesta inmune es primaria o secundaria, y considerar el problema de la reinfección en mujeres embarazadas. En tres mujeres con niveles pre-existentes de anticuerpo de rubeola se presentaron aumentos significativos en los resultados del análisis volumétrico, después de exposición a la rubeola durante el comienzo del embarazo. El análisis volumétrico de anticuerpo en fracciones de suero obtenidas después de ultracentrifugación de gradiente de la densidad de sacarosa, mostró que el aumento en el tipo de fuerza de la solución fue únicamente de la fracción IgG, respuesta característica de una inmunidad secundaria. Al nacer los tres niños eran normales, sin presentar evidencia clínica ni serológica de rubeola congénita. Estos casos respaldan la experiencia clínica.

RECURRENCIA VAGINAL DE CARCINOMA DEL CUERPO

INGERSOLL, F. M. (8 Hawthorne Place, Charles River Park, Boston, Mass.). Amer. J. Surg. 121: 473-477, 1971.

Un grupo de 46 pacientes fué tratado por recurrencia del cáncer en la vagina, después de histerectomía por carcinoma del cuerpo. No se incluyó ninguna paciente tratada solamente por radiación. En 9 pacientes la recurrencia afectó la pared vaginal anterior o el área sub uretral. En 7 de las 9 se presentó recurrencia dentro del primer año después de cirugía por tumores altamente indiferenciados o que afectaban el cuello. Solamente una paciente sobrevivió por 5 años. Doce de las pacientes tuvieron recurrencias en la vagina, asociadas con una masa de tumor palpable dentro de la pelvis. Cuatro de este grupo sobrevivieron por 5 años. Veinticinco pacientes con cáncer que afectaba la cúpula vaginal fueron el me-

jor pronóstico. De 21 tratadas hace más de 5 años, 16 han sobrevivido por 5 años o más, a pesar de que 4 de este grupo eventualmente sucumbieron con metástasis.

En esta serie, 12 (11,26%) de las recurrencias fueron adeno-acantomas y 34 (el 74%) fueron adeno-carcinomas. No hubo diferencia en los pronósticos para estos dos grupos. El carcinoma indiferenciado se presentó con más frecuencia en la pared vaginal anterior y en las regiones uretrales. Los adeno-carcinomas bien diferenciados recurrieron con más frecuencia en la cúpula vaginal. 10 de 17 recurrencias en la cúpula vaginal eran tumores bien diferenciados.

El tratamiento de la recurrencia vaginal, se hace principalmente por irradiación teniendo en cuenta el tamaño, extensión y localización del tumor, y consiste en terapia con 4.000 Rads de supervoltaje en toda la pelvis, seguida de irradiación local vaginal si el carcinoma persiste. Ocasionalmente se ha usado con éxito la extirpación quirúrgica y la terapia con progesterona. La prevención de la recurrencia vaginal se ha practicado con irradiación coadyuvante. El método principal de tratamiento en esta serie de 46 pacientes fue como sigue: 33 pacientes se trataron por histerectomía total y salpingooforectomía bilateral, una con histerectomía vaginal y 4 con histerectomía tipo Wertheim con amplia disección local y linfadenectomía pélvica. Las otras 8 pacientes tuvieron tratamiento preoperatorio con radium o Rayos X, antes de la cirugía abdominal.

No es rara la recurrencia vaginal del carcinoma del cuerpo, presentándose con más frecuencia **en pacientes tratadas inicialmente por cirugía sin irradiación.**

Cuando hay recurrencia, se trata primordialmente por irradiación. El 50% de estas series (23 pacientes) sobrevivió por 5 años.

PATRONES CICLICOS DE EXCRECION DE GONADOTROPINA, PREGNANDIOL Y CORTICOIDE EN MUJERES SOMETIDAS A TERAPIA ANTICONCEPTIVA ORAL POR LARGO TIEMPO

ROLAND M. - PAULSON, S. R. - KNUDSEN, K. A. - LAURIE, R. E. & EDGREN, R. A. (New York Fertility Research Foundation, New York, N.Y.) Fertil, Steril, 22: 416-423, 1971.

En diez pacientes que habían recibido 0,5 mg. de norgestrel, más 0,05 mg. de etinil estradiol (Ovral) por períodos comprendidos entre 4 y 34 ciclos, se midió, durante un ciclo menstrual completo, la excreción urinaria de FSH y LH (bio-análisis), pregnandiol (gas cromatografía), y 17-hidroxicorticosteroides. En ninguna de las 10 pacientes se hizo evidente un aumento sostenido en los niveles de pregnandiol superior a 2 mg. en 24 horas, lo que sugiere que no se había formado cuerpo lúteo funcional y, por lo tanto, que no había tenido lugar la ovulación.

Una localización más específica del efecto de la droga en el sistema hipotalámico-pituitario se hizo evidente en 7 de las mujeres cuyos niveles de excreción de gonadotropina indicaron suspensión pituitaria completa.

Tres de las mujeres, a pesar de no haber ovulado según se determinó

por los niveles de pregnandiol, presentaron niveles de FSH y/o LH que sugerían una inhibición pituitaria solamente parcial.

Entre las mujeres que habían tomado la droga por períodos cortos o largos no se observaron diferencias en los niveles de gonadotropinas, pregnandiol o 17-hidroxicorticoides urinarios.

REVISION DE LA PRACTICA DE LA TRACCION DEL CORDON EN EL TERCER PERIODO DEL PARTO, DESDE 1963 HASTA 1969

KEMP, J. (Royal North Shore Hospital, Sydney, Acstralia). Med. J. Aust. 1: 899-903, 1971.

La tracción del cordón, como método de manejo del tercer período del parto, se introdujo aquí en 1963. Se realizó una investigación controlada de 713 pacientes consecutivas, en las cuales la tracción del cordón se comparó con la manipulación abdominal. En la investigación controlada la tasa de remoción manual fue de 1,8% con manipulación abdominal y de 0,8% con tracción del cordón. No hubo diferencia estadística en la pérdida de sangre, la tasa de hemorragia del post-parto o la duración del tercer período. El promedio de hemorragia post-parto y de remoción manual durante los años de 1964 a 1968 después de la introducción de la tracción del cordón y del uso de oxitocina sintética (sintometrina), se compararon con las obtenidas en el período de 1958 a 1963.

Durante los diez años comprendidos hasta 1968 la tasa de hemorragia post-parto cambió de 43,3% antes de la introducción de la tracción del cordón y de la oxitocina sintética a 1,9% después de su introducción. Un cambio hasta cierto punto similar se presentó con relación a la tasa de remoción manual, siendo las cifras respectivas de 1,8% y 1,1%. La incomodidad de la paciente se redujo dramáticamente con la tracción del cordón; más aún, es probable que la relajación y daño de los soportes uterinos será también menor con este método, no presentándose el cuello en o a través del introito lo cual es frecuente con el método abdominal.

El método de la tracción del cordón requiere lo siguiente: Inyección de 1 ml. de oxitocina sintética intramuscularmente con la salida del hombro anterior; tracción continua del cordón con la mano derecha, levantando con la mano izquierda el fondo hacia arriba por medio de un sujetador de Pawlik de inversión; y otra tracción a medida que la placenta descienda del útero.

LESIONES URETRALES Y DE LA VEJIGA DESPUES DE UN TRABAJO PROLONGADO

LINKE, C. A. - LINKE, C. L. & WORDEN, A. C. (Univ. de Rochester, Rochester, N. Y.)
J. Urol. 105: 679-682, 1971.

Se examinaron diez pacientes con lesiones en la vejiga y en la uretra, secundarias a un trabajo prolongado. El examen citoscópico y panendoscópico preoperatorio fue útil para identificar la localización y tamaño de la fístula, así como la condición de los tejidos adyacentes a la fístula. En un caso se encontró una segunda fístula que no se había sospechado anteriormente. Esta información siempre fue valiosa en la planeación del momento apropiado y el tipo de procedimiento operatorio que se deba seguir para reparar el defecto. Un colgajo de rotación de todo el grueso de la vejiga fué útil para cerrar algunas lesiones. Mientras el cierre de la fístula se realizó en 8 pacientes en las cuales se intentó, la persistencia de la incontinencia fue un resultado post operatorio importante en tres pacientes.

ESTRIOL URINARIO COMO INDICADOR DEL BIENESTAR DEL FETO

OSTERGARD, D. R. & KUSHINSKY, S. (Harbor General Hospital, Torrance, Calif.)
Obstet. Ginec. - 38: 74-78, 1971.

Se midió el estriol urinario en 139 embarazos normales y complicados. Los valores de estriol de las pacientes normales establecieron los límites normales de la técnica. En pacientes con pre-eclampsia o con eclampsia, las que tuvieron valores normales dentro de 4 días del nacimiento tuvieron una tasa del 100% de nacimientos vivos. Los valores bajos o casi en el límite en este grupo fueron asociados con un 60% de nacimientos vivos, indicando la falta de significación de estos niveles. Ninguna paciente con valores normales en el grupo de pacientes con hipertensión crónica o con placenta previa o con placenta abrupta experimentaron muerte intra uterina. En pacientes con diabetes mellitus (melituria) o gestaciones múltiples, no se presentó muerte fetal si el valor del estriol era normal, y el 75% de esas pacientes con valores bajos tuviero niños vivos. No se presentaron muertes de fetos en el grupo de gestación múltiple.

Los datos de que se dispone para revisión, que consisten en literatura sobre 799 pacientes con embarazo complicado, revelaron que no es común que una excreción normal de estriol vaya acompañada de la muerte del feto. Los niveles de estriol bajos tienen un valor controvertible como indicadores del estado del feto. El valor primario de las estimaciones de estriol urinario normales muestran que no hay peligro para el feto cuando esos valores son normales o altos. Esto permite al médico posponer la inducción del trabajo en un embarazo complicado hasta que el desarrollo y la maduración del feto se completen, evitando así nacimientos prematuros innecesarios.

CARCINOMA MICROINVASOR INCIPIENTE DEL CUELLO UTERINO

MARCUSE, P. M. (St. Joseph Hospital, Houston, Texas). Obstet. Ginec. 37: 360-367, 1971.

Se hizo un intento de clasificar las lesiones microinvasoras del cuello, sobre la base de un criterio morfológico. La invasión incipiente tiende a ir asociada con células epiteliales uniformes que están alineadas en una forma ordenada y muestran poca o ninguna queratinización. Estas células avanzan en prolongaciones simples, desplazando o comprimiendo la reticulina sub-basal. En contraste con la variedad incipiente, las lesiones microinvasoras avanzadas están compuestas de células pleomórficas que presentan queratinización variable y están dispuestas en forma irregular. Las células forman cordones de anastomosis y originan la desorganización de la reticulina sub-basal. Veintidós carcinomas microinvasores del tipo incipiente estuvieron caracterizados por aspectos morfológicos esencialmente idénticos y dejaron de afectar los vasos sanguíneos o linfáticos. Observaciones posteriores sugirieron que la microinvasión incipiente puede ser tratada en una forma similar al tratamiento del carcinoma "in situ".

ANGIOGRAFIA RENAL EN EL EXAMEN DE CONTROL DE LA TOXEMIA DE FINALES DEL EMBARAZO

KOSKELA, O., & KASKI P. (Univ. de Oulu, Oulu, Finlandia). Acta Obstet, Ginec. Scand. 50: 41-43, 1971.

Treinta y cinco pacientes con toxemia del embarazo fueron sometidas a angiografía renal con el fin de diagnosticar cualesquiera cambios en la arteria renal. La angiografía renal fue realizada mediante cateterización aórtica transfemoral usando el método de Seldinger. Las pacientes formaban parte de una serie de 139 pacientes toxémicas, todas las cuales han sido controladas durante un período de tres años por medio de pielografía intravenosa y que tenían hallazgos renales normales después del puerperio. Una paciente mostró obstrucción unilateral de la rama principal de la arteria renal, obviamente de importancia. Otra paciente tuvo un aneurisma sacular en la aorta abdominal. Estos cambios fueron registrados en pacientes que tenían una historia de hipertensión antes del embarazo, con toxemia sobreagregada a finales del embarazo. Las pacientes con pre-eclampsia pura no presentaron resultados patológicos y sus angiogramas renales no dieron ninguna luz adicional sobre la etiología de la toxemia.

Las anomalías de la arteria renal aparentemente no producían efecto en la etiología de la toxemia en sí. Los resultados parecen demostrar que la angiografía renal, como parte de los exámenes de control de pacientes hipertensas embarazadas debe ser recomendada únicamente si la presión sanguínea sigue en un nivel alto después del alumbramiento.

TUBERCULOSIS GENITAL FEMENINA EN IDABAN

OJO, O. A. - ONIFADE, A., - AKANDE, E. O., & BANNERMAN, R. H. O. (Univ. de Ibadan, Ibadan, Nigeria). Israel J. Med. Sci. 7: 280-287, 1971.

Se encontró tuberculosis genital femenina en 82 pacientes durante un período de 12 años, en la University College Hospital, de Ibadan; en el mismo período hubo 11.896 admisiones ginecológicas. Unicamente 18 (22%) de las 82 pacientes presentaron historia de tuberculosis previa; el síntoma que se presentó más comúnmente fue la infertilidad 69,5%, seguido de cerca por la amenorrea (56%).

El diagnóstico de tuberculosis genital se basó principalmente en hallazgos histológicos y se obtuvo confirmación bacteriológica únicamente en el 13% de las pacientes. La incidencia de la tuberculosis del cuello (20,8%) y de la vagina (5%) fué bastante superior a la informada en otras publicaciones.

Con la excepción de las que no volvieron y de las que fueron enviadas a sus propios médicos para tratamiento, todas las pacientes fueron tratadas con tres drogas antituberculosas comunes (estreptomicina, ácido para-aminosalicílico e isoniacida); la respuesta a la terapia fué variable. No se presentaron embarazos intrauterinos. Una paciente presentó embarazo con ruptura tubal después de un año de quimioterapia. Veintitrés pacientes fueron tratadas quirúrgicamente; en una de ellas se presentó una fístula fecal. Ocurrieron tres muertes, una poco después de la admisión. El diagnóstico para esta paciente, antes de la muerte, fue de carcinoma del cuello, avanzado, pero el examen post-mortem reveló infiltración tuberculosa de la vagina, el cuello, endometrio y ambas trompas, así como efusiones pleurales bilaterales y múltiples folículos tuberculosos en el bazo, el hígado y las glándulas para-aórticas. Las otras dos pacientes murieron de un gran absceso pélvico, con septicemia y coma hepático, respectivamente. La muerte por coma hepático fué consecuencia de ictericia recurrente.

EFECTOS DE LA LIGADURA TUBARICA LAPAROSCOPICA SOBRE LOS GASES DE LA SANGRE ARTERIAL

DRURY, W. L. - LA VALLEE, D. A. & VACANTI, C. J. (Univ. de Florida College of Medicine, Gainesville, Fla.). Anesth, Analg. 50: 349-351, 1971.

La laparoscopía implica someter a un paciente en posición de 20º Trendelenburg a un neumoperitoneo por el flujo continuo de bióxido de carbono, para mantener una presión intraperitoneal de 30 a 50 cm. de H_2O. Debido a que la combinación de un abdomen distendido, un diafragma elevado, la posición Trendelenburg, el bióxido de carbono intraperitoneal y la anestesia alteran los patrones de respiración normal, los estudios previos de pacientes sometidos a laparoscopia han recomendado controlar la ventilación. Sin embargo se ha registrado aumento de PCO_2, a pesar de la ventilación controlada. El presente estudio fue realizado para de-

terminar la magnitud del cambio en el PCO_2 cuando los pacientes sometidos a laparoscopia reciben respiración ayudada, en vez de respiración controlada.

Se estudiaron dieciocho pacientes sometidos a ligadura de trompas por laparoscopia. Se indujo la anestesia con tiopental sódico (Pentotal sódico) intravenoso; se administraron también intravenosamente 760 mg. de succinil-colina para facilitar la intubación. Se controló la respiración hasta que se restableció la ventilación espontánea (aproximadamente 5 minutos). Se mantuvo la anestesia con 0,7 a 1,5% de halotane y 50% de oxígeno-óxido nitroso a un flujo total de 5 litros por minuto. Se permitió a los pacientes respirar espontáneamente hasta que se terminó la producción de neumoperitoneo (aproximadamente 30 minutos después de la inducción). Después sus respiraciones fueron ayudadas manualmente hasta que se terminó el procedimiento. Después de la inducción arterial se tomaron muestras de sangre a intervalos de 15 minutos. Se midieron el volumen y la tasa por minuto, con un respirómetro Wright. A pesar de los bajosvolúmenes por minuto en algunos pacientes respirando espontáneamente, no se registraron elevaciones en el $PaCO_2$ superiores a 50 torr, ni de PaO_2 por debajo de 180 torr durante la anestesia. Con asistencia ventilatoria el $PaCO_2$ promedio era de 35,6 $\pm$ 10,0 torr, indicando que la ventilación controlada no es indispensable para pacientes sometidos a laparoscopia. En el estudio no se demostró ningún aumento significativo en el $PaCO_2$. Esto fue atribuído a una combinación de premedicación liviana y un plano liviano de anestesia, resultando en hiperventilación espontánea consistente cuando se comenzó la manipulación quirúrgica.