

## Resúmenes de la Literatura Actual

### ABORTO CON BLOQUEO PARACERVICAL

PENFIELD, A. J. (Upstate Medical Center, Syracuse, N.Y.) New York J. Med. 71: 1185-1189, 1971.

La experiencia con más de 600 pacientes que abortaron entre noviembre de 1969 y abril de 1971 ofrece pruebas de que los embarazos por debajo de 12 semanas pueden ser evacuados practicando dilatación y curetaje bajo anestesia paracervical, con mucha seguridad y sin dolor. La hospitalización no fué necesaria. Todas las pacientes hicieron dieta o sólomente tomaron líquidos durante 8 horas antes del procedimiento. Las pacientes recibieron soporte moral y emocional y la premedicación no fue necesaria. La región vulvovaginal fue preparada adecuadamente y se inyectaron de 10 a 15 ctm. de xilocaína al 1% con 1:100.000 de epinefrina en las áreas paracervicales y muy lentamente.

Las ventajas de la anestesia local sobre cualquier otra forma de anestesia general son: 1) gran seguridad, 2) mejor relajación del orificio cervical, 3) firmeza del cuerpo uterino, 4) menores posibilidades de hemorragia, 5) menor riesgo de perforación, 6) recuperación más rápida, 7) ahorro de tiempo y de dinero para la paciente.

Después de la dilatación del cuello con bujías de Hegar calibres 8,

10, o 12, se practica succión seguida de curetaje instrumental. El promedio de sangre perdida fué de cuarenta centímetros. El equipo de emergencia incluía oxígeno, líquidos intravenosos, vasopresores y anticonvulsivantes.

A todas las pacientes con RH negativo se les suministró inmunoglobulina (Rhogam) cuando estaba indicada. Después de la intervención se colocó a la paciente en reposo por una hora y después regresaba a casa. Cuando se consideró necesario se prescribieron píldoras anticonceptivas unos pocos días después del procedimiento. Más del 90% de las pacientes regresaron a control en un mes y se les aplicó DIU cuando estaba indicado. No se utilizaron antibióticos ni oxicóticos de rutina. Como complicación significativa en la primera mitad de esta serie se presentaron 3 pacientes con retención de restos y las cuales requirieron nueva dilatación y curetaje y 2 pacientes con endometritis post-aborto que respondieron rápidamente a los antibióticos. No se presentaron hemorragias o perforaciones.

## ERRORES EN EL DIAGNOSTICO DE LA INFECCION POR TRICOMONAS VAGINALES

PERL, G. (Mount Sinai School of Medicine), New York, N.Y. 10021 *Obstet. Gynec.* 39: 7-9, 1971.

Se estudiaron 1.199 mujeres con diagnóstico de vaginitis por tricomonas vaginalis, a las cuales se les había practicado frotis, cultivos y concomitantemente frotis con Papanicolaou. En vista de que persiste la creencia de que la citología vaginal puede ser usada para diagnosticar la T. vaginal, se compararon los hallazgos de los frotis y cultivos con los frotis con Papanicolaou para determinar la utilidad de este método en el diagnóstico del protozooario. Después de muchos años de investigar drogas efectivas para erradicar la tricomoniasis vaginal, se acepta actualmente que el Metronidazol es la mejor terapéutica.

El Metronidazol no cura ninguna otra forma específica o inespecífica de vaginitis. Se obtienen curaciones

del 95 al 98% y en los casos de aparente falla esta es ocasionada por un diagnóstico incorrecto. El uso indiscriminado del Metronidazol puede causar efectos contralaterales indeseables y serios.

Antes de iniciar el tratamiento se debe hacer un diagnóstico definido de vaginitis por tricomonas utilizando los frotis y los cultivos. La coloración con Papanicolaou no es confiable para hacer este diagnóstico ya que en el presente estudio el porcentaje total de errores diagnosticados por este método fue de 48,4%. Este alto porcentaje de error nos lleva a concluir que nunca se debe aceptar el diagnóstico de tricomoniasis vaginal basado solamente en el frotis citológico.

## VIGILANCIA DEL FETO DURANTE EL PARTO

MUELLER - HEUBACH, E., y ADAMSONS, K. (Columbia Univ. College of Physicians and surgeons, New York, N.Y. 100 32). *J. Mount Sinai Hosp.* N.Y. 38: 427-439, 1971.

La disponibilidad del oxígeno para el feto durante el trabajo, depende de una adecuada relajación del músculo uterino en el intervalo de las contracciones, lo cual conduce a la restauración de la perfusión a través de los espacios intervulvosos. Por lo tanto, los factores que reducen el flujo a través del espacio intervulvoso (disminución de las catecolaminas maternas, hipovolemia, hipotensión supina) ponen en peligro al feto. Los cambios en la oxigenación fe-

tal se reflejan en la composición bioquímica de la sangre fetal. La sangre fetal obtenida de la presentación fetal durante el trabajo es una fuente apreciable de información sobre la adecuada oxigenación. Dentro de los varios indicadores el PH es el de mayor aplicabilidad. Si repetidas muestras evidencian una disminución del PH por debajo de 7.20, el parto debe ser terminado rápidamente. La desaceleración de la frecuencia cardíaca fetal que sigue a la contracción

uterina (desaceleración tardía) es el resultado de la reducción de las reservas energéticas y se acompañan con frecuencia de hipotensión. Generalmente antes de que suceda este fenómeno la saturación de oxígeno de la hemoglobina desciende por debajo de 25%.

El valor potencial del ECG. fetal como método de diagnosticar la condición fetal es limitado, por la necesidad de obtener un trazado base cuando el feto está en buenas condiciones. Por otra parte la asfixia crónica produce cambios mínimos en la actividad

eléctrica del corazón fetal en contraste con los cambios producidos por la asfixia aguda.

Los cambios definidos en la actividad eléctrica cerebral del feto durante la anoxia son difíciles de reconocer y este método no parece ser de valor en la vigilancia del feto durante el trabajo.

Sin embargo la investigación de los potenciales eléctricos cerebrales parece promisoría y se requieren posteriores investigaciones en esta técnica.

## ANALISIS CROMOSOMICO ANTES DEL NACIMIENTO Y SU VALOR EN EL CONSEJO GENETICO

FERGUSON - SMITH, M. E., FERGUSON - SMITH, M. A., Brit. Med. J. 4: 69-74, 1971.

Se practicó análisis cromosómico por cultivo de células amnióticas en 29 de 30 pacientes consecutivas referidas para consejo genético durante el embarazo. La amniocentesis se practicó sin ninguna complicación materna o fetal. Las indicaciones para la amniocentesis incluían hijos previos con síndrome de Down (14 pacientes); edad avanzada materna (4); translocación cromosómica paterna (4); historia de familiares con síndrome de Down (3); mosaico materno (1); hijos previos con aberraciones cromosómicas diferentes al síndrome del cromosoma X de Down (1); enfermedad ligada al cromosoma X (2); y exposición a mutágenos (1). El intervalo entre la amniocentesis y el cariotipo definitivo varió entre 7 y 31 días (promedio 18.4). En 28 pacientes el feto tenía un cariotipo normal; el embarazo en la paciente que tenía una enfermedad granulomatosa liga-

da a cromosoma X, ésta se diagnosticó a las 16 semanas cuando el análisis del sexo cromosómico hecho en las células del líquido amniótico reveló un feto masculino; el análisis del cariotipo reveló que el feto tenía también un síndrome de Down (47, X Y, G). Los análisis practicados en esta serie permitieron salvar embarazos que de otra manera se hubieran interrumpido.

Agregando a estos casos reportados los referidos para diagnóstico prenatal cerca de 4% de mujeres embarazadas por encima de los 40 años cerca de 4% de mujeres que habían tenido un niño con trisomía 21 y cerca de 30% de embarazos con translocaciones, tenían anormalidades cromosómicas. El diagnóstico prenatal de los desórdenes genéticos por amniocentesis permite ahora un consejo genético más práctico.

## ESTUDIO DE 695 PARTOS EN PELVIS

DIDDLE, A. W. (Univ. of Tennessee Memorial Research Center & Hospital, Knoxville, Tenn. 37916)  
Med. Times 100: 76-81, 1972.

Se hizo un estudio de los partos de pelvis en el hospital universitario, durante 14 años. Este estudio incluyó 695 niños nacidos en pelvis (670 embarazos) a medida que el tiempo transcurría ciertas conductas fueron abandonadas y la atención del parto en pelvis también cambió. Por ejemplo, en la primera mitad del estudio una complicación como el prolapso del cordón a menudo pasaba desapercibida. Las maniobras usualmente utilizadas para extraer la cabeza última (Mauriceau - Viet) no son actualmente recomendadas.

En cambio, se aplica el fórceps de Piper para controlar el parto de la

cabeza última y facilitar al niño una vía de oxigenación. Actualmente se practica intervención cesárea en aquellas pacientes cuyos niños se estima que pesen más de 3.800 gramos. Se piensa que el método de puntaje con parámetros como la paridad, tiempo de gestación, estimación del peso fetal, peso de niños anteriores a término, dilatación del cuello, y estación puede ser utilizado para seleccionar el mejor método de parto. Por otra parte la atención del parto en pelvis sea por vía abdominal o por vía vaginal requiere un asistente, preferiblemente uno de los de mayor experiencia en la comunidad, por los peligros y por las decisiones acertadas que debe tomar el obstetra.

## TRATAMIENTO CON PROGESTERONA DE LAS RECURRENCIAS LOCALES Y DE LAS METÁSTASIS EN EL CARCINOMA DEL CUERPO UTERINO

KARLSTEDT, K. Acta Radiol. 10: 187-192, 1971.

El tratamiento del carcinoma del cuerpo uterino es usualmente quirúrgico y los resultados son relativamente buenos, especialmente en pacientes jóvenes. Los resultados en gran parte dependen de la extensión de la lesión, de su histología, y de la edad del paciente. Los fracasos son ocasionados usualmente por el desarrollo de metástasis o de recurrencias locales. Las recurrencias inoperables y las metástasis son usualmente fatales. La progesterona dada a pacientes con metástasis pulmonares de carcinoma de cuerpo causan diferentes

cambios de regresión. Desde 1954 las pacientes del Radiumhemmet con metástasis o recurrencia local se han tratado con progesterona como única forma de terapéutica.

Las preparaciones usadas han sido la 17 - hidroxiprogesterona - capronato (Prolutón Depot) o medroxiprogesterona acetato (Depoprovera). La primera droga se dio en dosis de 500 a 1.000 mg. por día la 1ª semana y luego en dosis más bajas; la 2ª droga se dio en dosis de 500 mg. 2 ve-

ces a la semana, por 6 semanas, seguida de dosis más bajas.

Las remisiones fueron registradas cuando las metástasis no se observaron radiológicamente, las tumoraciones no fueron palpables en un examen posterior, o cuando las metástasis pulmonares permanecieron estacionarias por más de un año. Se obtuvieron remisiones en 8 de 19 pacientes con metástasis pulmonares. En pacientes con metástasis fuera del pulmón, la remisión se obtuvo en 5 de 19.

En tres pacientes con metástasis pulmonares comprobadas histológica-

mente por biopsia con aspiración que desaparecieron después de la terapéutica hormonal, el tiempo de supervivencia fue de 9,8, 7.5 y 3.5 años respectivamente.

La progesterona tiene un efecto diferente en las metástasis pulmonares siendo más efectiva en aquellas de grado 2 histológico. En lo referente a la edad, el tratamiento fue más efectivo en pacientes por encima de los 60 años con metástasis pulmonares. No se presentaron complicaciones serias. La progesterona debe ser usada en todos los casos de metástasis pulmonares y debe ser ensayada en pacientes en las cuales el tumor ha dado metástasis a otros sitios.