Resúmenes de Literatura Mundial

Dr. Juan Manuel Acuña A.

PRUEBA RAPIDA — POSIBLE APLICACION EN EL DIAGNOSTICO DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS (RPM)

Rochelson BL, Richardson DA, Macri JN. *Obstet Gynecol.* 62: 414, 1983.

La ruptura prematura de membranas (RPM) ocurre en aproximadamente el 4.5 al 10% de los partos y causa un 10% de las muertes perinatales.

En 30 al 50% de los casos ocurre en embarazos pretérmino y es allí donde el diagnóstico es crítico; a pesar de la abundancia de métodos diagnósticos descritos, no existe uno ideal por la gran cantidad de falsos positivos y negativos, necesidad de equipo especial, técnicas invasivas y riesgos para la madre y el niño. La presencia de la alfa fetoproteína (AFP) en el líquido amniótico es claramente conocida y su detección por una prueba fácil y rápida de aglutinación con látex, puede ser útil para el diagnóstico de la RPM.

El estudio se hizo en dos grupos de muestras: Controles negativos (100 muestras), consistentes en fluidos que interfieren comúnmente con el diagnóstico de RPM, como orina, suero materno, secreción vaginal y semen; controles

positivos consistentes en líquido amniótico (99 muestras).

Las muestras se tomaron en embarazadas entre 12 y 42 semanas de gestación, encontrándose en los controles positivos, tendencia de curva de AFP descendente a medida que aumenta la gestación, particularmente aguda a partir de la semana 40. La sensibilidad del test para gestaciones menores de 39 semanas fue del 93% y la especificidad del 94%. El test es más acertado por debajo de la semana 35 (no hubo reacciones negativas o equívocas). No se encontraron resultados falsos positivos en el grupo negativo y los test equívocos fueron reacciones atípicas de aglutinación. Los niveles de AFP en orina no fueron lo suficientemente altos para detectarse por la prueba de aglutinación. La cantidad de pruebas equívocas se redujo centrifugando las muestras.

El estudio demostró que la prueba rápida con látex puede ser una ayuda valiosa en el diagnóstico de la RPM, especialmente antes de la semana 35 de gestación.

PREVENCION DE INFECCION DESPUES DE LA HISTERECTOMIA ABDOMINAL ELECTIVA: ES REQUERIDA DETERMINACION INDIVIDUAL

Dr. Hemsell DL, et. al. Am. J. Obstet. Gynecol. 147: 520-527, 1983.

La clasificación estandar de las heridas quirúrgicas, propuesta en 1964, colocó a la histerectomía abdominal en la categoría de cirugía limpia, si el proceso era electivo y no existía inflamación aguda en el momento de la cirugía.

La rata de infección reportada para esta categoría de incisión fue del 3 al 7% y la infección de herida para las mujeres analizadas post-histerectomía abdominal electiva fue del 6.1% Gray reportó (Obstet Gynecol 46: 40, 1975) morbilidad febril en el 18% de 1.622 mujeres analizadas, pero infección de herida en sólo 0.7%.

Factores personales y estudios previos han hecho que sea elevado el uso de antibióticoterapia profiláctica en este tipo de intervenciones y que su uso sea aún muy discutido.

Por esto, se diseñó un estudio prospectivo, randomizado, doble ciego y controlado con placebo para determinar la incidencia de infecciones mayores y menores después de histerectomías abdominales electivas y para evaluar el uso de antibióticoterapia profiláctica.

Se trabajó con 3 dosis en 12 horas, de 2 gms c/u, I.M., de Cefoxitina y se excluyeron pacientes no alérgicas a la droga o familias similares, que no re-

cibieron antibióticos en las 48 horas antes a la cirugía, afebriles 24 horas antes de la cirugía, sin infección urinaria previa, sin embarazo, sin patología maligna que requiriera histerectomía abdominal radical o con enfermedad sistémica seria.

Las infecciones post-operatorias se dividieron en mayores (celulitis pélvica, hematoma infectado o absceso, infección de herida abdominal) y menores (bacteriuria asintomática). La morbilidad febril se definió como temperatura = 38°C, en 2 o más ocasiones con intervalo de 4 horas o más y después de 24 horas de post-operatorio.

Los resultados obtenidos fueron disminución de la incidencia de infecciones mayores del 32% al 12% (Relación grupo placebo-grupo tratado), disminución de la estancia de 6.4 a 5.6 días y no se observó disminución en la morbilidad febril.

Como conclusión, la terapia corta con Cefoxitina es aconsejable para pacientes llevadas a histerectomía abdominal electiva en aquellos sitios donde la infección post-operatoria excede el 10%. No se evidenció infección enumerada por la terapéutica y se espera disminución significativa de la estadía hospitalaria. La morbilidad febril por sí sola no aumentó estancia, requirió terapia ni predijo infección mayor futura.

MANEJO DE PACIENTES CON HIPERPROLACTINEMIA Y TOMOGRAMA NORMAL O ANORMAL

Am. J. Obstet Gynecol. 147: 528, 1983. Kletzky OA, et. al.

El advenimiento de drogas con efecto agonista dopaminérgico, ha ofrecido

otra dimensión al tratamiento de pacientes hiperprolactinémicas. El tratamiento con bromocriptina se recomienda en pacientes en quienes un adenoma pituitario secretante ha sido descartado (niveles de prolactina = 200 mg/ml, tomografía hipocidoidal o escanigrama computarizado con cortes de 2 mm).

En contraste, el tratamiento de elección para pacientes con adenoma no ha sido establecido definitivamente, especialmente si la paciente desea embarazo. En este estudio, 40 mujeres hiperprolactinémicas con y sin evidencia radiológica de adenoma pituitario se trataron en forma prospectiva con bromocriptina. Se dividieron en grupos con base en cortes tomográficos: 19 con microadenoma y 21 sin adenoma. La historia obstétrica, anormalidades menstruales y niveles basales de LH, FSH y TSH eran similares en ambos grupos.

Los niveles de prolactina fueron significativamente mayores en el grupo con adenoma.

La bromocriptina demostró un efecto drástico disminuyendo los valores de prolactina en ambos grupos, pero los niveles a la 2a. y 3a. semanas fueron mayores en el grupo con adenoma. A la 4a. semana los niveles fueron similares.

El grupo con adenoma requirió una terapéutica significativamente más larga con bromocriptina presumiblemente por los niveles más altos de prolactina al inicio de tratamiento. La aparición de embarazos, ovulación post-tratamiento y disminución de galactorrea se realizó en mayor tiempo en pacientes con adenoma. La rata de embarazo fue similar.

La bromocriptina se suspendió a los 18 días de elevación de la curva de temperatura basal en caso de embarazo.

Se concluye que ambos tipos de pacientes fueron adecuada y seguramente tratadas con la bromocriptina y que el retorno de ciclos ovulatorios es más importante que la evaluación absoluta de niveles de prolactina.

EL USO DE ANTIBIOTICO PROFILACTICO EN PACIENTES LLEVADAS A PRIMERA OPERACION CESAREA DE EMERGENCIA

Wallace RL., et. al. Am. J. Obstet. Gynecol. 147: 533, 1983.

La operación cesárea ha aumentado en incidencia desde aproximadamente un 5.5% en 1970 hasta 15 a 25%, en algunos centros, en la actualidad.

Desde el inicio se observó una alta tendencia a la infección post-operatoria en cesáreas especialmente en grupos llamados de "alto riesgo" tales como pacientes trabajo de parto prolongado, ruptura prematura de membranas, monitorización interna, número alto de exámenes vaginales, anemia, peso materno y antecedentes de infección genital. Sin embargo, el simple hecho de algunas

cesáreas al ser practicadas de emergencia hace que el procedimiento general de asepsia y antisepsia y técnica de cirugía no se lleven a cabalidad, existiendo mayor riesgo de infección.

El estudio se llevó a cabo en 84 pacientes afebriles llevadas a cesárea de emergencia por primera vez, las cuales se dividieron en 2 grupos. Uno tratado con antibiótico por 24h (45 pacientes) y otro control, sin antibióticos (34 pacientes). La incidencia de infección mayor post-operatoria fue significativamente menor en el primer grupo (26.7% contra 51.3%) así como el tiempo de hospitalización (4.3 contra 5.1 días).

El tratamiento de endometritis fue menor en los presentados en el primer grupo.

Las conclusiones sugieren que el sólo hecho de la emergencia de la cirugía es

un factor de riesgo que amerita el uso antibiótico profiláctico para reducir la morbilidad post-operatoria. Deben ser hechos otros estudios sobre el tipo de droga a usar, la vía de administración y el esquema de tratamiento.

RESULTADOS DE EMBARAZO EN PACIENTES TRATADAS Y NO TRATADAS CON TUMORES PITUITARIOS SECRETANTES DE PROLACTINA

Hammond Ch. B. et. and. Am. J. Obstet Gynecol, 147: 148-1983.

Existen pocos datos que documenten los riesgos del embarazo en pacientes con tumores secretantes de prolactina, pero este embarazo es actualmente una opción realista en ellas. Los riesgos especialmente relacionados a aumento de tamaño de la hipófisis o del tumor, han causado gran debate. Algunos autores reportan síntomas de aumento de tamaño en 3 al 5% de embarazos con tumor tratado. Otros sugieren que estos riesgos en pacientes con macro-adenoma (tumores mayores de tamaño de diámetro) oscilan entre 25 y 35%. Las técnicas de manejo actual han hecho que la ablación hipofisaria se reserve para individuos con extensión extraselar del tumor. La excisión transesfenoidal y la bromocriptina permiten en la actualidad embarazos con hipófisis y/o tumor dejados intactos.

El estudio realizado presenta los resultados del embarazo en 3 grupos de mujeres con prolactinoma. 1). Mujeres que concibieron después de solo microcirugía transesfenoidal. 2). Pacientes en quienes la prolactina continuó elevada después de cirugía y requirieron bromocriptina. 3). Pacientes que concibieron después de sólo bromocriptina.

Resultados: Grupo I. Reanudación espontánea de menstruación cíclica en todas las pacientes (47). 22 eran infértiles y de ellas 20 concibieron 25 embarazos. De las 2 restantes, una tiene enfermedad significativa.

Grupo II. 17 pacientes. 3 con evidencia tomográfica de tumor residual. Ninguna de las 17 inició espontáneamente ciclos hasta después de la terapia con bromocriptina. Una requirió gonadotropina humana para iniciar ovulaciones. De las 17, 7 deseaban embarazos y 6 lo consiguieron. A la paciente restante no se le ha podido documentar causa de infertilidad.

Grupo III. 22 pacientes todas reasumieron ciclos regulares ovulatorios y todas eran infértiles. 18 han concebido en 24 ocasiones. Dos embarazos se complicaron con síntomas de crecimiento tumoral. Los dos reiniciaron tratamiento con bromocriptina durante el embarazo el cual se realizó sin más complicación. Los niños fueron normales. De las 4 restantes en 2 se identificaron otros factores de infertilidad.

Se exponen métodos de diagnóstico, seguimiento durante la gestación y manejo quirúrgico y médico.

HALLAZGOS DE VOLUMEN PLASMATICO EN PACIENTES CON HIPERTENSION LEVE Y REDUCIDA POR EL EMBARAZO

Sibai B.M. y cols. Am. J. Obstet Gynecol, 147: 16, 1983.

Es hallazgo conocido la reducción del volumen plasmático en pacientes con

hipertensión leve inducida por embarazo comparado contra pacientes normales. Así mismo, volumen plasmático reducido en pacientes destinadas a desarrollar hipertensión inducida por embarazo. Otros autores encontraron que la reducción del volumen se correlaciona mejor con el bajo peso al nacer que con la aparición de hipertensión leve inducida por embarazo.

Hallazgos previos hechos por nosotros, sugieren que los volúmenes plasmáticos son útiles en el manejo de embarazos hipertensos. Los propósitos del presente trabajo son: 1). Comparar los volúmenes plasmáticos en pacientes con hipertensión leve inducida por el embarazo y un grupo bien escogido de pacientes que permanecieron normotensas (grupo control) durante el embarazo. 2). Evaluar el uso potencial del volumen plasmático en pacientes con hipertensión leve inducida por embarazo.

Se midieron volúmenes plasmáticos en 74 embarazadas con hipertensión leve inducida por embarazo, por técnica de dilución del azul de Evans, entre las semanas 29 a 33 y 34 a 40 y en 25 primigrávidas bien seleccionadas quienes

permanecieron normotensas a través del embarazo. La relación del volumen plasmático con el curso clínico, resultado perinatal y otros datos de laboratorio fue analizado.

Las pacientes hipertensas fueron clasificadas en dos grupos según el resultado neonatal: en pequeños para la edad gestacional y apropiados para la edad gestacional. La edad promedio, altura y hematocrito del grupo estudio y controles fueron similares. El grupo de pacientes hipertensas tuvieron una presión arterial media y niveles de ácido úrico significativamente mayores. No hubo diferencias significativas de volumen plasmático en pacientes normotensas e hipertensas que tuvieron neonatos adecuados para la edad gestacional. Los volúmenes plasmáticos se redujeron sólo en las pacientes con hipertensión que dieron como resultado neonatos pequeños para la edad gestacional. Se concluye que los volúmenes plasmáticos no están reducidos en todas las pacientes con hipertensión leve inducida con embarazo. Sin embargo, esta medición puede ser útil para determinar pacientes con riesgo de dar a luz neonatos pequeños para la edad gestacional.

MANEJO DE LA INFECCION GENITAL POR VIRUS DEL HERPES SIMPLEX DE OCURRENCIA DURANTE EL EMBARAZO

Boehm F.H. y cols. Am. J. Obstet Gynecol, 141: 735, 1981.

La infección genital por herpes virus durante el embarazo, ha causado gran preocupación entre laicos y personal médico en los últimos años. No hay número exacto que indique la incidencia de neonatos con infección herpética congénita, sin embargo, se reportan datos de 1 caso por cada 7.500 partos con rango de 1= 3.500 a 1= 30.000.

La relativa baja incidencia de recién nacidos afectados puede deberse a niveles de anticuerpos en la madre, cantidad de inoculado presente a una combinación de estos factores y otros desconocidos. La oportunidad de una infección neonatal se acerca al 40% si la madre tiene infección genital herpética reconocida en el momento del parto y la incidencia baja dramáticamente si se practica cesárea antes de 4 horas de la ruptura de membranas. Sin embargo,

existen diferencias de opinión en el manejo de pacientes con antecedente de haber sufrido infección herpética durante el embarazo, con respecto al modo del parto, sin presentar evidencia clínica de infección activa. El propósito de este trabajo es determinar la actitud obstétrica al momento del parto debido al índice alto de cesáreas practicadas en pacientes con antecedentes de infección herpética y analizar si esta indicación de cesárea es completamente aceptable.

En pacientes con antecedente de infección herpética, se practicaron con coloración de Papanicolaou al mismo tiempo que cultivo de virus en 54 oportunidades (46 pacientes) comprobándose que los cambios histológicos no fueron sensibles, pues, de 17 cultivos positivos sólo 10 (59%) fueron detectados también, por el extendido de Papanicolaou.

Se propone protocolo de manejo en pacientes con posible infección por herpes virus: Con cultivo negativo, permitir parto vaginal.

Con cultivo positivo, repetirlo a las 38 semanas; si es positivo, parto por cesárea; si es negativo, permitir parto vaginal.

El cultivo es relativamente sencillo y usualmente se puede repetir en las 48 horas siguientes a la toma de la muestra.

Durante el tiempo del estudio ocurrieron 16.381 nacimientos y 120 mujeres fueron estudiadas con cultivos. Se presentan los resultados neonatales. Se concluye que con este esquema, el índice de cesárea y de infección neonatal se pueden conservar al mínimo.

CAUSA DE MORTINATO. ESTUDIO CLINICO-PATOLOGICO DE 243 PACIENTES

Hovatta O., y cols. Br. J. Obstet Gynecol. 90: 691-696, 1983.

Se considera que el manejo actual de pacientes durante el embarazo y parto ha disminuido la incidencia de mortinatos en la práctica obstétrica; es debido a ello que el mortinato en la actualidad adquiere una relativa mayor importancia y no existen revisiones actualizadas sobre el tema.

Se determinaron hallazgos clínicos y anatómo-patológicos por autopsia en todos los embarazos con muerte intrauterina del feto después de la semana 26 de embarazo, entre los años 1974-1979 en el Hospital Militar Central de la Universidad de Helsinki. Se determinaron cuadro hemático completo, test de tolerancia a la glucosa oral, aminotransferasas séricas, Triyodotironina y cultivo de orina inmediatamente después del diagnóstico de muerte fetal.

Además, títulos de anticuerpos para rubéola, citomegalovirus, virus Coksakie B y herpes simplex y toxoplasma y listeria, fueron determinados dos veces con intervalo de 3 semanas. Se realizó autopsia completa en cada mortinato, incluyendo estudio de placenta, cordón y membranas. Se analizaron muestras histológicas de todos los órganos internos fetales.

En fetos macerados, la histología se limitó a tejidos extrafetales y pulmón. Se tomaron cultivos para bacterias de cada placenta. Desde 1976, muestra de sangre para análisis cromosómico de cultivos de leucocitos.

De los 243 mortinatos, 200 murieron antes del trabajo de parto.

El trabajo de parto fue monitorizado totalmente en todos los restantes. De acuerdo a los resultados, asfixia fue la

causa del 38% de las muertes intrauterinas y malformaciones mayores en el 17%. Por maceración, no se hizo diagnóstico en el 43%. La causa sugerida por hallazgos clínicos fue insuficiencia placentaria en el 57%, compresión del cordón en el 12% y malformaciones

mayores en el 17%. La causa de muerte no se determinó en el 9%. Se enfatiza la importancia del ultrasonido y determinación de alfafetoproteinemia en la detección de casos no reconocidos como de alto riesgo.