

Resúmenes de la Literatura Actual

FLUIDO DE LA TROMPA HUMANA. COMPOSICION EN PROTEINAS

Moghissi, K. S. (Wayne State University School of Medicine, Detroit, Mich.). *Fertil, Steril* 21: 821-829, 1970.

Los experimentos en animales han demostrado que la trompa no solamente es un conducto en el cual el óvulo y el espermatozoide se unen sino que también tiene una participación activa en el transporte del gameto, y en la fertilización, nutrición y desarrollo del embrión. Estas funciones se efectúan probablemente por intermedio del fluido que contiene la trompa. Este fluido se recolectó en seis mujeres en las cuales se descartó cualquier enfermedad anexial y que habían sido elegidas para practicarles histerectomía abdominal o ligadura de trompas. Las proteínas de este fluido se estudiaron en cuatro de estas mujeres.

El total de proteínas del líquido de la trompa fué de 3.26 gramos%, las fracciones de proteínas que se encon-

traron en mayor cantidad fueron: albúmina, L1, L2, B1, B2, y globulinas y con la misma distribución que en el suero. Los estudios inmunoeléctroforéticos revelaron la presencia de algunos de los 15 tipos de proteínas del suero. Ellos incluían albúmina L1, lipoproteínas L1, orasomucoides L1, antitripsina L2, lipoproteínas L2, macroglobulinas B1, globulinas B1, lipoproteínas etc. Se determinó asimismo una B-glicoproteína, aparentemente producida por la trompa y que no se encuentra en la sangre.

Esta proteína es inmunológicamente idéntica a los antígenos específicos del tejido ovárico. Estas proteínas de la trompa pueden tener origen en trasudados y en secreción activa.

METHOTREXATE EN EL TRATAMIENTO DEL CORIOCARCINOMA

Isaac, V., Paranjothi, D. (Christian Medical College Hospital, Vellore, South India). *Irish J. Med. Sci.* 3: 23-27, 1970.

La moderna quimioterapia ha cambiado el pronóstico del coriocarcinoma, entidad maligna de crecimiento rápido que conduce a un curso fatal, a no ser que sea tratada en un estado inicial.

En el momento presente, el methotrexate es el agente terapéutico más efectivo para esta enfermedad. Es un antagonista del ácido fólico en las síntesis del ácido nucleico alterando completamente el metabolismo en las

células enfermas y en las células normales. Como las células normales son afectadas se deben tener consideraciones especiales en su uso. De 1965 a 1967, se trataron en este hospital 12 pacientes con coriocarcinoma. A todas se les había practicado histerectomía total abdominal con salpingooforectomía sin tener en cuenta edad o paridad. Se inició la terapéutica dos semanas después de la cirugía y se suministraron por vía oral tres o cuatro tabletas diarias de cinco miligramos teniendo en cuenta el peso de la paciente. A cada paciente se le suministró la droga por cinco días excepto una a la cual se le dio por 6 días y dos que murieron después del cuarto día.

El methotrexate es una droga tóxi-

ca que ocasiona depresión medular y alteraciones en el tracto gastrointestinal. La quimioterapia debe ser administrada solamente en instituciones que tengan facilidades de hacer investigaciones y donde el tratamiento de las reacciones tóxicas sea posible.

La mayoría de las pacientes fueron controladas por un tiempo mínimo de dos años. En nueve se obtuvo una completa remisión, dos murieron en el curso del tratamiento y una no pudo ser controlada presumiéndose que murió. La rata de curación fue de 75%. La quimioterapia ha mejorado el pronóstico de las pacientes con coriocarcinoma y actualmente se debate si el tratamiento óptimo debe ser con quimioterapia sola o con quimioterapia combinada con cirugía.

EMBARAZOS DESPUES DE QUIMIOTERAPIA PARA NEOPLASMAS TROFOBLASTICOS

Van Thiel, D. H., Ross, G. T., & Lipsett, M. B., (National Institutes of health, Bethesda, Md.). Science 169: 1326-13-27, 1970.

Se estudian en el presente trabajo todas las pacientes tratadas con éxito y para neoplasmas trofoblásticos entre Enero de 1965 y Enero de 1969 ya que se considera que la mayoría de agentes citotóxicos son teratogénicos en los animales y en el hombre cuando se administran durante el embarazo.

Se estudian 91 mujeres con ovarios y útero intactos. De éstas, 38 tenían metástasis neoplásicas y 53 tenían tejido trofoblástico aparentemente confinado a la pelvis. 41 no tuvieron embarazos posteriormente: 14 por razones de infertilidad y 27 en las cuales no se hicieron estudio para determinar la causa de su infertilidad.

50 mujeres tuvieron 88 embarazos posteriores al tratamiento, terminando con 71 partos, 17 abortos espontáneos y 2 nacidos muertos. No se halló relación entre la quimioterapia utilizada (methotrexate) y/o actinomicina y la fertilidad subsecuente. A la paciente que recibió mayor quimioterapia se le suministraron 800 miligramos de MTX y 300 miligramos de Act. D/kg., 3 tratamientos de MTX, Act. D, y clorambusil; 33 días de 6-diazonorleucina; y 2.200 r terapia de irradiación cerebral.

Esta paciente tuvo dos embarazos normales consecutivos y el parto de dos niños normales.

No se encontró relación entre la frecuencia de nacidos muertos y la quimioterapia acumulada. Las com-

plicaciones que experimentaron las 50 mujeres que tuvieron estos 88 embarazos incluyeron retención de líquidos en dos, posible desprendimiento de placenta normoinsera en dos, hipermesis gravídica en 1 y hemorragia del postparto en 5. Los produc-

tos de estos embarazos fueron normales excepto un niño con síndrome de Pendred, uno con tetralogía de Fallot, y uno con múltiples hemangiomas y estrabismo. Un niño nacido muerto tenía numerosos defectos congénitos.

CONDUCCION DEL PARTO EN LOS CASOS CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Ciortoloman, H., Onulescu, N., Mellisaratos, E., Russu, O., & Roman, L. (Clínica de Ginecologie si Obstetricia "Polizu" Bucuresti, Rumania). *Obstet. Ginec. (Rumania)*. 18:431-436. 1170.

El manejo del parto en las pacientes que presentan rotura prematura de membranas es uno de los problemas más controvertidos en Obstetricia.

Datos tomados de la literatura y datos tomados del estudio de las historias de las pacientes hospitalizadas entre 1965 y 1967 hacen concluir que una actitud de expectativa con protección de antibióticos, es una conducta inadecuada, y que el parto debe iniciarse dentro de las 24 horas después de la rotura de las membra-

nas. El tratamiento médico y el tratamiento quirúrgico no se oponen. En 4.400 nacimientos se presentaron 54 muertes totales cuando se hizo el manejo médico en contraste con 10 muertes fetales e igual número de nacimientos cuando se utilizó la cirugía dentro de las 24 horas siguientes a la ruptura de las membranas.

Estas 10 muertes fetales ocurrieron en niños cuyas madres venían de regiones distantes y tenían más de 48 horas de ruptura de membranas.

ABERRACIONES CROMOSOMICAS EN EL ABORTO ESPONTANEO

Boue, J. G., & Boue, A. (Laboratoire de la S.E.S.E.P. Paris, France). *Presse Med.* 78:635-641, 1970.

Se efectuó un estudio de tres años en más de 1.000 abortos recolectados en los hospitales de maternidad de París.

743 especímenes fueron cultivados; en 520 se hizo estudio de cariotipo y en 267 (51,3%), se encontraron aberraciones cromosómicas. Estas aberraciones fueron monosomía X (41, 15.3%); trisomía (146,

54.7%); triploidía (51, 19.1%); y tetraploidía (11, 41%).

Fué posible precisar exactamente el tiempo en el cual el cigote cesó su evolución y la relación con las diversas anomalías cromosómicas. En los abortos en los cuales el desarrollo del cigote no había pasado de la sexta semana, 70% tenían aberraciones cromosómicas. En algunas ocasiones

una anomalía cromosómica podría existir desde la iniciación del embarazo. Los factores predisponentes influyen ciclos menstruales irregulares

y una demora larga entre la ovulación y la fertilización. La edad materna fue un factor significativo solamente en la trisomía D y G.