

Resúmenes de la Literatura Actual

CARCINOMA CERVICAL EN LA PACIENTE EMBARAZADA

Creasman, W. T. (Duke University Medical Center, Durham, N. C.) *Cancer Bull.* 22: 25-26. 1970.

Desde 1948 hasta 1967 se trataron 113 pacientes con carcinoma cervical y embarazo.

El síntoma más común fue la hemorragia vaginal. 30% de las pacientes no presentaron ningún síntoma y el diagnóstico se hizo en la consulta prenatal por medio de la citología vaginal. La biopsia constituye un elemento diagnóstico seguro en pacientes prenatales y en pacientes en postparto en el carcinoma estado I. En embarazos avanzados y en pacientes

con varios hijos hay mayor posibilidad de observar lesiones avanzadas. La edad, la paridad y el trimestre en el cual se hizo el diagnóstico no tuvieron relación con la supervivencia, la cual depende del estado clínico. La manera como terminó el parto no tuvo relación con la supervivencia materna o fetal. El porcentaje de supervivencia no presenta diferencia apreciable entre las pacientes embarazadas y las no embarazadas en ningún estado.

DOSIS OPTIMAS DE OXITOCINA PARA INDUCCION DEL TRABAJO DE PARTO

Chalmers, J. A., & Prakash, A. (Worcester Royal Infirmary, Worcester, England). *Amer. J. Obstet. Gynec.* 111:227-232, 1971.

Se estudian los resultados obtenidos en 1.003 casos de inducción de trabajo de parto; esta inducción se practicó en pacientes con eclampsia o con embarazos prolongados y se hizo administrando oxitocina oral. En la mayoría de pacientes se había practicado amniotomía como método primario de inducción y la oxitocina se utilizó cuando el trabajo no se inició dentro de las 18 a 24 horas después de la amniotomía. La droga se administró en tabletas sublinguales de 200 unidades, y se dieron una o más tabletas con intervalos de $\frac{1}{2}$ a 1 hora para dar la dosis total en un período

de $4\frac{1}{2}$ a 5 horas. La administración se suspendió tan pronto como se establecieron contracciones regulares.

Cuando no hubo respuesta con este primer tratamiento, se dio un segundo tratamiento 24 horas más tarde. En los casos en los cuales no se inició un trabajo normal después de 48 a 52 horas de la amniotomía, se practicó cesárea. Esto se hizo en 2 a 3% de todas las pacientes inducidas.

Se obtuvieron resultados satisfactorios usando esta dosis en 206 pacientes. Se han reportado casos de ruptura uterina después de adminis-

tración oral de oxitocina, ocasionada por falla en la elección de los casos ya que existían contraindicaciones para el uso de la oxitocina por cualquier vía. Se estudiaron las dosificaciones más bajas con las cuales se obtuvieron resultados favorables. Se encontró que las dosis que dan mejores resultados se encuentran entre 500 a 1.000 unidades no presentándose con estas dosis hipertensión uterina. En los casos en los cuales las contracciones fueron muy intensas se retiraron las tabletas y se hizo un lavado bucal con agua helada.

Se hace énfasis en que la oxitocina por cualquier vía es una droga po-

tencialmente peligrosa para la madre y el niño. La respuesta varía enormemente en cada caso y de hora en hora en la misma mujer de acuerdo con el estado fisiológico del útero.

Por esta razón la dosificación debe ser evaluada de acuerdo a la respuesta del útero y cualquier tipo de inducción con oxitocina debe ser practicada solamente en una unidad obstétrica en la cual la paciente pueda ser vigilada constantemente. Por otra parte es importante tener en cuenta que el uso de las más bajas dosis efectivas constituirán un factor de seguridad.

TRATAMIENTO DEL DESPRENDIMIENTO DE PLACENTA

Goldith, I. M. & Boyce, N. E. Jr. (Kaiser Foundation Hospital, San Francisco, Calif.) J.A.M.A. 212: 288-293, 1970.

El análisis de 130 historias de desprendimiento de placenta presentadas dentro de 26.743 partos (incidencia 1:206) nos hace llegar a la conclusión de que el manejo efectivo de la entidad depende primordialmente de un reconocimiento temprano de la paciente de alto riesgo, de una inmediata hospitalización de todas las mujeres con hemorragia en el tercer trimestre, de un adecuado suministro de sangre y de un diagnóstico temprano. En las pacientes de alto riesgo se incluyen las de elevada paridad y edad avanzada, aquellas con hipertensión crónica, preeclampsia, estado nutricional pobre, o historia previa de desprendimiento de placenta. Todas las pacientes con hemorragia en el tercer trimestre de la gestación fueron hospitalizadas inmediatamente; se hizo un tratamiento agresivo, con rápida y liberal aplicación

de sangre y con corrección de los defectos de coagulación.

El diagnóstico de abrupcio se hizo rápidamente, por un grupo doble de examinadores. La pérdida sanguínea y su reemplazo, el cual se hace a menudo por la apreciación clínica, debe ser confirmada por exámenes de laboratorio y por la presión venosa central. El parto por vía vaginal de un feto muerto debe ser acelerado en las condiciones de mediana gravedad después de amniotomía y estimulación con oxitocina intravenosa.

Si los ruidos fetales cardíacos son audibles, se debe practicar operación cesárea tan pronto se inicie la aplicación de sangre y sea corregida la coagulopatía, si existe. Se hace excepción de los casos en los cuales el parto por vía vaginal sea inminente.

La operación cesárea no se indica usualmente en los fetos que han muerto in útero, se exceptúan las pacientes que continúan con hemorragia después de un adecuado reemplazo de sangre y de corrección de los defectos de coagulación o en aquellas pacientes en las cuales no progresa el trabajo después de amniotomía y

aplicación intravenosa de oxitocina.

Solamente con la aplicación temprana y adecuada de sangre, con la práctica de la operación cesárea en los estados iniciales del abrupcio se pueden disminuir las irreversibles complicaciones maternas y se puede aumentar la supervivencia fetal.

CITOLOGIA CERVICAL E HISTOLOGIA EN PACIENTES TRATADAS CON COMBINACION DE CONTRACEPTIVOS ORALES EN BAJAS DOSIS

Laurie, R. E., & Korba, V. D. (Wyeth Laboratories, Philadelphia, Pa.) *Contraception*. 3: 415-424. 1971.

Se analizaron los datos de citología cervical y de histología de 6.208 pacientes seleccionadas para contracepción oral con 0.5 miligramos de norgestrel y 0.05 miligramos de etinil estradiol (Ovral) administrados durante 21 días cada ciclo y durante 65 ciclos para cada paciente. El grupo de pacientes se estudió en 7 áreas de diferentes ciudades, en regiones suburbanas o semirurales y de condiciones raciales, étnicas y socioeconómicas diferentes. Los frotis citológicos se repitieron cada 6 meses, las biopsias cervicales se practicaron en pacientes que tenían frotis anormales.

En los frotis iniciales previos al tratamiento y en los de los 6 primeros ciclos la citología cervical fue anormal (clase III, IV, o V) en 58 pacientes (promedio 9.3 por 1.000); y las biopsias cervicales mostraron carcinomas in situ en 21 (promedio 3.4 por 1.000) estos hallazgos están de acuerdo con los promedios de prevalencia en una gran cantidad de programas de citología referidos en

la literatura (frotis anormales 5.1 a 62.8 por 1.000; biopsias cervicales positivas para carcinoma in situ 1.2 a 23.6 por 1.000).

En el primer año de tratamiento (ciclo 7 a 17), los frotis anormales fueron de 7 en 3.753 pacientes (incidencia de 1.9 por 1.000/año); y 4 biopsias mostraron carcinoma in situ (promedio de 1.1 por 1.000/año).

Durante el control citológico del segundo año (ciclo 18 a 30) se encontraron 6 frotis anormales obtenidos en 2.067 pacientes (incidencia 2.9 por 1.000/año) y cuatro biopsias cervicales fueron positivas para carcinoma in situ (promedio 1.9 por 1.000/año). Estos hallazgos no son diferentes significativamente de los grupos controles. No se obtuvieron hallazgos anormales adicionales en el tercero, cuarto o quinto año de tratamiento y no se descubrió ningún carcinoma invasivo. Cerca de 800 pacientes están actualmente en tratamiento y se les toma cada seis meses o cada año frotis citológico.

HALLAZGOS DE VIRUS HERPES GENITAL EN RELACION CON NEOPLASIA CERVICAL

Royston, I., Aurelian, L. & Davis, H. J. (Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, Md.) J. Reproduct. Med. 4: 9-13, 1970.

Actualmente existe evidencia epidemiológica de que en el carcinoma escamocelular de cuello uterino está implicado un factor venéreo. Esta cepa genital, referida como herpes virus tipo 2 (HSV-2) es antigénica y biológicamente distinta de la cepa facial o tipo 'Herpes virus' (HSV-1) responsable del resfriado común, y ha sido propuesta como posible agente etiológico de la neoplasia cervical. Se hizo un estudio sero epidemiológico en pacientes con carcinoma pre-invasivo y carcinoma invasivo de cuello para determinar si estas pacientes fabricaban anticuerpos a HSV-2 en una frecuencia más alta que en una población control. Los grupos en estudio consistieron en 68 pacientes con carcinoma cervical pre-invasivo (Atipias y carcinoma in situ) diagnosticado citológicamente, por colposcopia y por histología; 42 pacientes con diagnóstico confirmado de carcinoma invasivo; 110 pacientes controles comparables por edad, raza

y condición socioeconómica; y 10 mujeres con tumores malignos en otros sitios diferentes al cérvix.

Los anticuerpos HSV-2 fueron detectados en el 98% de pacientes con neoplasia cervical en cualquier estado de la enfermedad, en 55% de los grupos controles y en el 50% de las mujeres con tumores malignos de otra localización ($p < 0.0005$) y no se demuestran para los anticuerpos HSV 1 o para las otras dos enfermedades venéreas: Tricomoniasis y sífilis.

La asociación entre carcinoma pre-invasivo y herpes genital ayuda a reforzar la hipótesis de que este virus puede ser el agente etiológico directo o indirecto de la neoplasia cervical.

Recientemente se demostró que una cepa de virus de Herpes simple, aislada del tracto genital masculino y femenino puede ser transmitida por vía venérea.