

## Resúmenes de la Literatura Actual

### EL PAPEL DE LOS COMPONENTES INMUNOLOGICOS EN LA INDUCCION DEL TRABAJO

L. G. SOTNIKOVA et all. Ivanovo, U.S.S.R. Excerpta Médica Nº 279 VII Congreso Mundial de Obstetricia y Ginecología.

Con el objeto de obtener datos relacionados con el papel de los componentes inmunológicos durante el parto, se efectuaron estudios durante el embarazo normal y durante el embarazo complicado con toxemia, hipertensión, hipotensión, procesos reumáticos. En los partos a término, en la prematurez, se utilizó la inmunoelectroforesis, la precipitación en Boyden-agar, los tests serológicos de Shalleys directos e indirectos y el recuento total de basófilos. Se emplearon tejidos placentarios de mujeres sanas y con toxemia. Del feto se emplearon muestras de tejidos renales, hepáticos y cardíacos. Se estudiaron los contenidos de acetilcolina y serotonina, histaminasa y colinesterasa del suero sanguíneo y de los eritrocitos. También se estudiaron las excreciones de adrenalina y noradrenalina.

Las mujeres sanas no mostraron mayores alteraciones inmunológicas y exhibieron aumento de los títulos de los anticuerpos antiplacentarios y an-

tiorgánicos en el momento del trabajo.

En los casos de prematurez y trabajo prematuro, los anticuerpos aumentaron. En la postmadurez y en el trabajo prolongado los anticuerpos antiplacentarios y antiorgánicos mostraron títulos bajos.

En los casos de toxemia, enfermedad, hipertensión o procesos reumáticos se presentó un aumento agudo del título de anticuerpos, del recuento total de basófilos y del número de basófilos sin granulaciones.

Durante el embarazo hubo reducción de la colinesterasa del suero y aumento de la verdadera colinesterasa, de la acetilcolina de la sangre, de la serotonina y de la excreción de adrenalina y descenso de la noradrenalina. Estos cambios se hicieron más manifiestos en el trabajo. Estos estudios sugiere nque los componentes inmunológicos juegan un papel evidente en la inducción del trabajo.

**TUMORES MALIGNOS DE OVARIO EN LAS NIÑAS Y EN LAS ADOLESCENTES**

H. KREIBICK, Zwickau, República Democrática Alemana. Excerpta Médica Nz 279. VII Congreso Mundial de Obstetricia y Ginecología. Moscú.

Los tumores malignos del ovario son raros en las niñas y en las adolescentes. De 1930 a 1971 se presentaron 30 casos de tumores ováricos los cuales fueron intervenidos. Hubo 8 tumores malignos y 3 de estas pacientes murieron dentro de los primeros 5 años, 2 de las 5 supervivientes se casaron y tuvieron niños sin anomalías.

Recomendaciones terapéuticas: todos los tumores ováricos en las niñas y en las adolescentes deben ser intervenidos por el peligro de dege-

neración maligna o de complicaciones del tipo de la torsión.

La operación debe ser lo más conservativa posible a excepción de los teratomas embrionarios.

En los casos de extensión local o de metástasis se debe aconsejar la irradiación posterior, porque todos los tumores ováricos malignos en las niñas y en las adolescentes son sensibles a los Rayos X.

En estados avanzados se debe hacer una terapéutica intensiva con citostáticos.

**EL METODO HISTEROSCOPICO DE MARLESCHKI**

V. MARLESCHKI, Berlin, Rep. Democrática Alemana.

La historia del histeroscopio principió con el trabajo de Aubineris en 1854. Casi todos los histeroscopistas basan sus técnicas en los métodos utilizados para el examen endoscópico de la vejiga y por lo tanto el instrumental fue construido con esta base. La dilatación del canal cervical precede al examen del útero y son impedimentos de la técnica la presencia de hemorragias.

Con la técnica de Marleschki el procedimiento es ambulatorio y se hace sin dilatación cervical sin llenar el útero y sin anestesia, y se puede llevar a cabo con la presencia de sangre en cavidad uterina.

Este moderno histeroscopio es superior en eficiencia diagnóstica a otros similares.

Las condiciones normales anatómicas y fisiológicas del endometrio así como las condiciones patológicas pueden ser diagnosticadas histeroscópicamente.

Es posible efectuar simultáneamente algunos procedimientos quirúrgicos como electrocoagulación, extirpación de pólipos y cauterizaciones tubáricas.

El método histeroscópico se puede utilizar como de rutina diagnóstica y con propósitos de investigación.

## ACTIVIDAD FIBRINOLITICA EN LA SANGRE DE LAS EMBARAZADAS Y DE LAS PARTURIENTAS CON PREECLAMPSIA

K. PORADOVSKY, Kosice, Czechoslovakia. Excerpta Médica Nj 279. VII Congreso Mundial de Obstetricia y Ginecología. Moscú.

Hemos examinado continuamente la actividad fibrinolítica en la sangre de 25 pacientes embarazadas con preeclampsia, aplicando el test de Millard. Dentro de estas pacientes 10 presentaron severa preeclampsia y 3 presentaron eclampsia. Hemos confirmado la elevada coagulabilidad de su sangre y también hemos encontrado niveles elevados de fibrinógeno, factor V y factor VII.

En las formas de mediana gravedad de la preeclampsia hemos encontrado fibrinólisis elevada, euglobulina y plasminógeno elevados así como también cifras altas de antiplasmina y de inhibidores de la activación del plasminógeno.

En muchos casos de preeclampsia severa hemos encontrado reducción de la fibrinólisis y disminución de

los niveles de plasminógeno, después del tratamiento adecuado de esta entidad. Estos hallazgos reflejan la eficacia de la terapéutica prolongada en las formas de mediana gravedad de la preeclampsia y la supresión de la actividad fibrinolítica en los casos muy severos.

En los recién nacidos hijos de estas pacientes se ha encontrado un incremento significativo de la actividad fibrinolítica en su sangre, también se han encontrado niveles altos de plasminógenos y reducción de los niveles de antiplasmina.

Encontramos la explicación de estos hallazgos en una reacción protectora contra el estado de hipercoagulabilidad en la sangre de las madres, y la cual es una reacción provocada por una situación de prolongado stress.

## TERAPIA CON DEXTRAN EN EL EMBARAZO ASOCIADO CON TROMBOFLEBITIS PROFUNDA

R. C. WALLACH, New York, N.Y., USA. Excerpta Médica Nº 279. VII Congreso Mundial de Obstetricia y Ginecología. Moscú.

La tromboflebitis cuando complica el embarazo debe ser tratada considerando simultáneamente al feto y a la madre. Los tratamientos inefectivos pueden ayudar a aumentar la morbilidad materna, y la embolización puede significar un aumento de la mortalidad materna. Los tratamientos convencionales con anticoagulantes del tipo de la heparina o los cumarínicos pueden producir hemorragias y otras complicaciones en la madre

o en el niño. Pacientes no seleccionadas que presentan embarazos asociados con tromboflebitis pueden ser tratadas con un régimen standard de Dextran-70. Con este tratamiento se produce una rápida mejoría de los síntomas y una pronta y uniforme remisión de los signos y síntomas.

Dos casos en los cuales se sospechó pero no se confirmó embolismo pul-

monar fueron tratados con Dextran y Heparina. No se observó ninguna complicación con Dextran en las madres y en los niños.

La terapéutica con Dextran-70 merece ulteriores estudios como una alternativa de la anticoagulación en la tromboflebitis del embarazo.

## MODERNOS METODOS DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ENDOMETRIOSIS GENITAL

A. N. STRIZHANOV, et al. Moscú. Excerpta Médica Nº 279. VII Congreso Mundial de Obstetricia y Ginecología. Moscú.

El propósito del presente estudio fue elaborar los métodos de diagnóstico y tratamiento de la endometriosis genital y la determinación de las indicaciones del tratamiento en las varias formas de esta patología. Se examinaron 208 pacientes utilizando métodos clínicos, radiológicos, endoscópicos, hormonales, morfológicos y por radio-isótopos. La endometriosis interna se diagnosticó con la ayuda de la histerosalpingografía y la histeroscopia. La pelvigrafía gaseosa facilitó la determinación de la extensión del proceso.

La endometriosis ovárica se diagnosticó por laparoscopia y roentgen-

pelvigrafía. La sigmoidoscopia mostró gran utilidad cuando el intestino estaba involucrado en el proceso. La extensión del proceso a los órganos vecinos se determinó con la parietografía.

El tratamiento se llevó a cabo con progestágenos sintéticos, que provocan atrofia y cicatrización de los focos endometriósicos, desaparición del síndrome doloroso, reducción radical de la hemorragia y de los procesos adherenciales de la pequeña pelvis. La terapia hormonal se lleva a cabo por un tiempo no menor de 1 año.

## EL ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA EN EL TRATAMIENTO DE LAS LESIONES PREMALIGNAS Y DE LAS LESIONES MALIGNAS TEMPRANAS DE ENDOMETRIO

A. C. COMNINOS. Atenas, Grecia. Excerpta Médica Nº 279. VII Congreso Mundial de Obstetricia y Ginecología. Moscú.

Se trataron 20 casos de hiperplasia atípica y 10 casos de carcinoma in situ de endometrio, con dosis elevadas de acetato de medroxiprogesterona. (Depo-provera).

En 2 casos de hiperplasia atípica de endometrio y en 4 casos de carcinoma in situ de endometrio se aplica-

ron 250 a 500 mg. diarios por vía intramuscular. En los restantes casos 18 de hiperplasia atípica y 6 de carcinoma in situ, se aplicaron dosis de 750 a 1.000 mg. dos veces por semana. La duración del tratamiento varió entre 45 y 180 días. El total promedio de acetato de medroxiprogesterona administrado fue de 15 a 48 gms.

La evaluación de los efectos de la droga se hizo basada en repetidas biopsias endometriales. El seguimiento de las pacientes varió entre 30 y 72 meses.

Las biopsias practicadas en varios intervalos entre el tratamiento y su terminación mostraron progresiva disminución glandular, atrofia de en-

dometrio, marcada reacción pseudo-decidual y edema del estroma.

En los casos de reaparición de endometrio atípico después de la terminación del tratamiento se administraron dosis de 750 a 1.000 mgs. de medroxiprogesterona con intervalos semanales.

### **HIPERPLASIA Y NEOPLASIA ENDOMETRIAL Y SU RELACION CON EL OVARIO**

A. D. TSAPOULIS, S. E. LEKOU et al. Atenas. Grecia. Excerpta Médica Nº 279. VII Congreso Mundial de Obstetricia y Ginecología. Moscú.

Se estudió la patología del ovario en 44 casos de hiperplasia adenoquistica endometrial y 148 casos de adenocarcinoma endometrial. El material se obtuvo en el curso de 148 histerectomías practicadas por las siguientes razones:

Hiperplasia endometrial con metrorragia, 26 casos; Hiperplasia endometrial con masas anexiales palpables, 22 casos; adenocarcinoma endometrial, 148 casos.

En los 44 casos con hiperplasia endometrial el examen histopatológico del ovario mostró: tecomatosis uni o bilateral en 42 casos, tecoma en 14 casos, tumores de la granulosa en 9 casos, tecocorioblastoma en 2 casos, ginandroblastoma en 1 caso y gonadoblastoma en 1 caso. En 5 casos no se encontró patología ovárica.

En los 148 casos de adenocarcinoma endometrial la histopatología ovárica fue la siguiente: tecomatosis uni o bilateral 24 casos; tecoma 5 casos; tumores de la granulosa 1 caso; tumores varios de ovario 13 casos; ovarios poliquísticos 3 casos; endometriosis 6 casos. En 52 casos los ovarios fueron escleroquisticos pero no se podía excluir la posibilidad de actividad del estroma. En los 44 casos restantes los ovarios contenían quistes foliculares y o cuerpo lúteo.

De un total de 50 casos de tecomatosis o tecoma del ovario, 29 desarrollaron hiperplasia endometrial o carcinoma. De 13 casos de tumores de la granulosa solamente 2 casos no presentaron hiperplasia o carcinoma de endometrio.

## CURABILIDAD DE LOS TUMORES DE LA TECA GRANULOSA

MAHMOUD F. EL-MINZWI. ELLIS F. Ischel State Cancer Hospital. Columbia. International Journal of Gynaecology and Obstetrics. Enero de 1974.

Se analizan los hallazgos clínicos y patológicos de 23 casos de tumores de células de la teca granulosa en el período comprendido de 1940 a 1970 con un seguimiento del 100%. Estos tumores constituyen el 6% de todos los tumores malignos de ovario. La paciente más joven tenía 13 años y la más vieja 82 años. 87% de nuestros casos se presentaron en la menopausia. Para el diagnóstico temprano de este tipo de tumores hay algunos signos de gran importancia como la presencia de abundantes células cornificadas en el frotis vaginal de las pacientes post-menopáusicas. Hemorragia post-menopáusica asociadas con tumor anejal sólido. Hiperplasia endometrial. La literatura refiere la coexistencia de estos tumores

con fibromiomas uterinos, carcinoma endometrial o hiperplasia endometrial.

La invasión capsular, así como el crecimiento bilateral constituyen signos de pésimo pronóstico. En nuestro estudio se encontró tumor unilateral y cápsula intacta en un 70% de los casos. Desde el punto de vista terapéutico la conducta radical (Histerectomía total con Anexectomía) es la más recomendable, salvo en los casos de mujeres jóvenes con deseos de maternidad. Si se efectúa una operación conservativa es imprescindible controlar estas pacientes por toda la vida ya que se han reportado recurrencias del tumor 28 años más tarde de su extirpación.

## CONTRACTILIDAD UTERINA EN EL TRABAJO DE PARTO CON ANALGESIA PERIDURAL CONTINUA

A. ARMATYS, J. KESLAK and L. PAWELEC-KESIAK, Lodz, Polonia. Excerpta Médica N° 279. VII Congreso Mundial de Obstetricia y Ginecología. Moscú.

En vista del incremento del uso de la anestesia peridural durante el trabajo de parto, estudiamos sus efectos sobre la contractilidad uterina. Se atendieron 112 partos con analgesia peridural utilizando la técnica de Bromage con dosis fraccionadas de lidocaína hasta obtener niveles apropiados para la analgesia.

La contractilidad uterina se estudió con el tocógrafo de Lorand. La relajación de los músculos abdominales elimina cualquier tipo de alteración en el registro. Se apreciaron beneficios sustanciales con esta analge-

sia en los casos de incoordinación uterina especialmente en aquellos con hipertonía. El análisis estadístico de las gráficas demuestran la aceleración de la dilatación cervical en todos los casos.

Los autores sugieren que esta respuesta es debida al bloqueo del sistema adrenérgico. La eliminación del estímulo doloroso es responsable de la disminución de las catecolaminas las cuales se presentan aumentadas en los casos de stress. La analgesia peridural ha reducido el número de partos intervenidos por la llamada indicación médica.