Resúmenes de la Literatura Actual

CESAREA HISTERECTOMIA EN EL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA IN-SITU DEL CUELLO UTERINO, DIAGNOSTICADO DURANTE EL EMBARAZO

ABITBOL, M. M. BENJAMIN F., and CASTILLO N.: Am. J. Obstet. Gynecol. 117: 909, 1973.

El diagnóstico y el tratamiento del carcinoma in situ durante el embarazo, presenta muchos problemas y controversias. En este estudio se presenta una serie de 42 casos de carcinoma in situ de los cuales se practicó cesárea histerectomía en 7.

Este método de tratamiento no se utiliza frecuentemente, ya que en general se espera el parto por vía vaginal y más tarde se hace la histerectomía. Sin embargo nuestra experiencia indica que utilizando una técnica especial, el cuello puede ser extirpado totalmente y los riesgos de hemorragia, y de lesión vesical o ureteral se reducen.

El primer paso consiste en practicar cesárea segmentaria; luego se hace una histerectomía subtotal, la vejiga se rechaza y se aleja del cuello y de la parte superior de la vagina; el cuello se incide verticalmente por su cara anterior hasta la unión cérvico-vaginal, en esta forma se visualiza directamente el tercio superior de vagina y se puede extirpar fácilmente el cuello y la porción de vagina que se desee. No se presentaron complicaciones de ninguna clase y la hemorragia fue escasa, las pacientes fueron dadas de alta el 5º día.

TRATAMIENTO COMBINADO DEL CARCINOMA DE CUELLO ESTADO IB

RAMPONE J. F. KEM V. and KOLSTAD P. Dept. Gynecol., Norwegian Radium Hosp. Oslo. Obstet.-Gynec. N.Y. 1973 41/2 (163-167).

De 1960 a 1966 se trataron con Radium preoperatorio e histerectomía con linfadenectomía tipo Wertheim, 537 pacientes con diagnóstico de carcinoma de cuello estado IB.

La supervivencia a los 5 años fue de 88,3% y se presentaron 2,8% de complicaciones urológicas significativas. El estudio concluye que el Radium preoperatorio permite una disección ureteral menos extensa y una reducción en el tamaño del manguito vaginal.

El hallazgo de ganglios pélvicos positivos fue el factor pronóstico más significativo; en estas pacientes la supervivencia a los 5 años fue de 62,9%, comparado con 92,9% de las pacientes en las cuales no se encontró extensión a los linfáticos.

TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD TROFOBLASTICA METASTASICA

HAMMOND C. B., BORCHRT L. G. TYREY L. et al. Southeast. Reg. Cent. Trophoblastic Dis., Dept. Obstet. Gynecol., Duke Univ. Med. Cent., Durham, N.C. 27710. Amer J. Obstet. Gynec. 1973 115/4 (451-547).

Este estudio informa sobre los resultados terapéuticos en 91 pacientes con enfermedad trofoblástica metastásica las cuales se agruparon en las de buen pronóstico (79) y en las de mal pronóstico (19%).

Las de mal pronóstico se identificaron por la presencia antes del tratamiento de títulos elevados de gonadotrofina coriónica (100.000 U.I. en 24 horas); duración de la enfermedad mayor de 4 meses o presencia de metástasis cerebrales o hepáticas.

Las pacientes de buen pronóstico fueron todas tratadas con agentes quimioterápicos sistémicos: Metotrexate o actinomicina D. 70 de estas pacientes se curaron. Las de mal pronóstico (7), se trataron con una combinación de Metotrexate y actinomicina. Solo 1 paciente sobrevivió. Otro grupo de 10 pacientes tratadas con la combinación de actinomicina y metotrexate, 7 sobrevivieron.

Se discute el papel del tratamiento con quimioterápicos, histerectomía e irradiación del pulmón y del hígado y la infusión arterial de quimioterápicos.