

EXTRACTOS DE REVISTAS

TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO DE LA SALPINGITIS TUBERCULOSA

Antimicrobial treatment of tuberculous salpingitis

Artículo extractado de el "American Journal of Obstetrics and Gynecology".
Volumen 77, número 5. Mayo 1959.

Por George Schaefer, M. D.,

From the Department of Obs. Gyof the Cornell Medical College and the
New York Lying-In Hospital.

Los autores comienzan por hacer una evaluación del tratamiento antimicrobiano en la tuberculosis pulmonar considerando que el tiempo óptimo de tratamiento es de una duración de seis meses después de los cuales solo las defensas del paciente serán capaces de erradicar los focos que el tratamiento médico no haya podido controlar.

La duración óptima del tratamiento antimicrobiano para tuberculosis renal y de el cuello uterino es de tres meses a base de estreptomycin y ácido paramino salicílico.

En la TBC endometrial, en cursos de tratamiento de cuatro meses, se presentaron recurrencias entre un 20 y un 40% de los casos tratados en esa forma por el autor. El hecho de que la curación de la TBC endometrial no equivale a curación del foco primario en la trompa, se evidenció por la persistencia de lesiones demostrables en la trompa en 24 de 28 pacientes tratadas y curadas de lesiones tuberculosas endometriales. Desde el punto de vista diagnóstico, el resultado de falsos negativos es mucho menor cuando se practican cultivos de sangre menstrual que cuando el diagnóstico se basa en biopsias endometriales.

El autor presenta en este trabajo un grupo de 10 pacientes con diagnóstico de TBC tubaria, las cuales fueron sometidas a tratamiento antimicrobial por períodos de tres meses a tres años, al final del cual fueron laparotomizadas. Cuando el tratamiento médico tuvo una duración de tres meses o menos, el índice de persistencia de la enfermedad al momento de la laparotomía fue entre el 90 y el 100%.

Después de un estudio de los hallazgos anatomopatológicos en TBC tubaria el autor concluye que la duración óptima de tratamiento médico debe ser de 2 años, al fin de los cuales la paciente debe continuar siendo frecuentemente controlada con exámenes pélvicos. Afirma el autor que estas trompas nunca regresarán al estado pre-tuberculoso y que de presentarse una gestación ésta terminará invariablemente en embarazo ectópico o en aborto. Las posibilidades de que una de estas dos eventualidades ocurra son de 4 a 1.

El tratamiento aconsejado por el autor es: 1) 1 gramo de estreptomina por vía intramuscular diariamente por dos semanas, luego un gramo dos veces a la semana. 2) 12 gramos de PAS diariamente dividido en tres dosis, y 3) 300 miligramos diarios de INH dividido en tres dosis.

Cuando la paciente es intervenida quirúrgicamente, el tratamiento médico debe continuarse por un año después de la operación.

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE LA PLACENTA

Estudio sobre período de 10 años.

(Abruptio Placentae. Ten Year Survey)

Artículo extractado de "The American Journal of Obstetrics and Gynecology".
Volumen 77, número 6. Junio, 1959.

Isadore Dyer, M. D., and Everett V. McCaughey, M. D.

Del Departamento de Obstetricia y Ginecología. Universidad de Tulane,
New Orleans.

Los autores comienzan haciendo énfasis en la frecuente ocurrencia de Abruptio en los servicios obstétricos de caridad y su frecuente cortejo de muertes fetales y maternas. Dentro de la etiopatogenia de la enfermedad mencionan: 1) Estado marcado de

shock; 2) Embolismo diseminado de fibrina; 3) Defibrinización sanguínea e incoagulabilidad; 4) Isquemia renal, y 5) Activación del sistema fibrinolítico en el plasma. Todos estos fenómenos parecen ser debidos a una gran liberación de tromboplastina a partir del sitio de inserción placentaria.

El cuadro clínico es progresivo y es iniciado en el momento de la separación inicial de la placenta con un ligero grado de tetania uterina. A esto siguen signos leves de sufrimiento fetal, dolor uterino, tetania marcada y evidencia definida de sufrimiento fetal. En un grado más avanzado y si la terapia apropiada no se instituye, aparecerán el shock materno, y una gran tendencia hemorrágica. Para este tiempo el feto generalmente ya ha muerto y si el cuadro sigue incontrolado, la muerte de la madre sobrevendrá en corto tiempo.

El material del estudio publicado lo formaron 214 pacientes en un período de 10 años, 1946 a 1955. La frecuencia del aborto en estas series es de 0.54% o lo que es lo mismo 1 caso de aborto en 180 partos.

Como factores asociados se encontraron la multiparidad y las condiciones bajas económico-sociales de la paciente. No se encontró ningún caso asociado de trauma abdominal y desprendimiento prematuro de la placenta.

La sintomatología más frecuente la constituyeron la hemorragia vaginal en 168 de los 214 casos, y el dolor abdominal en 103 pacientes.

El parto se efectuó por vía vaginal en 133 casos y por medio de operación cesárea en 81. La frecuencia del útero de Couvelaire en el grupo de cesáreas fue del 20%. La morbilidad fue del 22.4%. Los grupos mayores los constituyeron la endometritis y la pielitis. Ocurrieron 6 muertes maternas.

Las posibilidades de sobrevivencia fetal disminuyen en proporción inversa al intervalo entre la iniciación del desprendimiento y el parto.

La conducta seguida por los autores de este trabajo en los casos de desprendimiento prematuro de la placenta es como sigue:

Cuando la paciente es admitida al servicio con la impresión diagnóstica de aborto, inmediatamente se le toma sangre para cuadro hemático, hemoglobina y hematocrito de urgencia, así como para practicarle una prueba de coagulación. Sangre debidamente preparada (grupo y prueba cruzada) en cantidad de 1.500 c.c. por lo menos debe estar lista en pocos minutos. A este punto

se practica un examen vaginal estéril en el cual se eliminarán otras causas de hemorragia y sobre todo se comprobará el estado del cuello, de importancia definitiva en la selección de la conducta para el parto. Se considera la conveniencia de amniotomía y administración de ocitócicos. Si el parto por las vías naturales no se considera probable por no estar el cuello casi o completamente dilatado, se practicará operación cesárea en el menor tiempo posible.

Extractado por J. V. M.

HEMORRAGIA EN LA POST-MENOPAUSICA

(Postmenopausal bleeding)

Artículo extractado de "The American Journal of Obstetrics and Gynecology".
Volumen 77, número 6. Junio, 1959.

Franklin L. Payne, M. D., Palph C. Wright, M. D., and Henry H. Fetterman, M. D.

Del Hospital de la Universidad de Pensilvania. Filadelfia. U. S. A.

La frecuencia de lesiones malignas concomitantes con hemorragia genital post-menopáusica, se ha considerado hasta ahora entre el 58% y el 67% con base en estadísticas de hace aproximadamente 25 años. Una reevaluación de este concepto se impone hoy día, debido a la mayor educación de el pueblo que consulta más temprano al médico, las mejores y más accesibles facilidades de diagnóstico y quizá lo más importante, el auge que durante la última década ha tenido la frecuente administración de estrógenos en forma indiscriminada a la mujer post-menopáusica.

El material del estudio presentado lo forman 698 pacientes admitidas al servicio de ginecología del Hospital de la Universidad de Pensilvania con diagnóstico de hemorragia post-menopáusica entre 1941 y 1951.

Las hemorragias agrupadas según se causa fueron:

30%	Malignas.
12%	Dudosas.
58%	Benignas.

Las hemorragias originadas en vulva y vagina, en su gran mayoría (58%) fueron de causa inflamatoria por vaginitis seniles. Si

originadas en el cuello: 51% fueron malignas. Cuando la hemorragia provenía del cuerpo uterino: 56% fueron malignas y 37% de origen exógeno por administración de estrógenos.

Los autores hacen gran énfasis en que existe un alto índice de malignidad en las pacientes que sangran en los dos primeros años después de la menopausia.

Agrupadas según su sitio de origen, las hemorragias malignas que ocurrieron en este grupo de pacientes post-menopáusicas, provinieron de

Vulva y vagina en	15%	de los casos.
Cuello uterino en	26%	de los casos.
Cuerpo de útero en	47%	de los casos.

Extractado por J. V. M.