

# EXTRACTOS DE REVISTAS

## DOLOR DE CABEZA CONSECUTIVO A ANESTESIA RAQUIDEA

**T. R. Sweeney, M. D., E. S. Casey, M. D., E. B. Raheb, M. D.,  
y J. A. Welna, M. D.**

"The American Journal of Obstetrics and Gynecology"  
Agosto de 1959. Volumen número 2

Estadísticamente el dolor de cabeza post-anestesia espinal es más frecuente en pacientes obstétricas que en grupos de enfermas ginecológicas o de cirugía general. Vandam y Drips en un trabajo publicado en el *Jama* en 1956, reportaron un 11% de pacientes con esta complicación en el grupo general de 988 enfermas, en contraste con 22% en el grupo de embarazadas.

Los autores enuncian claramente el criterio de definición y las gradaciones de la clasificación usada en las series presentadas aquí. La fisiopatología de esta complicación anestésica es como sigue: el drenaje de líquido céfalo-raquídeo a través del orificio de entrada de la aguja en la duramadre, produce una caída inmediata de la presión intracraneana, a menos que la secreción de líquido por los plejos coroides iguale o exceda la cantidad perdida. Al caer la presión intracraneana, se produce vasodilatación venosa regional y también un aumento de la tracción que usualmente y en grado mínimo siempre indoloro, ejerce el cerebro sobre sus estructuras de fijación. Parte importante de estas estructuras de fijación cerebral, la constituyen las venas intracraneanas ahora dilatadas y transformadas así en órganos altamente sensitivos que constituyen entonces el sitio primario del síntoma dolor en esta entidad.

La disminución de la presión del líquido céfalo-raquídeo puede ser aumentada, además, por una formación insuficiente de este líquido, cuya causa más frecuente es la deshidratación corporal. La paciente embarazada durante el trabajo y el parto, está generalmente sometida a una ingestión inadecuada de líquidos por vía oral, tiene una respiración y sudoración aumentadas y en oca-

siones sufre pérdidas sanguíneas considerables, todo lo cual nos va a producir un grado en ocasiones severo de deshidratación que puede ser subclínica pero en todo caso suficiente para impedir una formación adecuada de líquido cerebro espinal por los plexos coroides. Esto nos explicaría fácilmente el por qué de la mayor frecuencia de esta complicación en las pacientes obstétricas.

El material de este estudio lo constituyen 568 pacientes que tuvieron partos espontáneos y recibieron anestesia raquídea baja. Un sub-grupo de 94 pacientes recibió infusiones intravenosas de dextrosa al 5% en agua. El grupo de control, 474 enfermas, no recibió líquido intravenoso alguno. La frecuencia de dolor de cabeza en el grupo que recibió infusiones profilácticas fue del 9.5%, en contraste con el grupo de control en el cual el dolor de cabeza se presentó en el 22% de los casos.

### **ESTUDIOS CINEFLUOROGRAFICOS DE LA VEJIGA Y LA URETRA EN LA MUJER**

#### **Cinefluorographic studies of the Bladder and Urithra in Women.**

Artículo extractado de "The American Journal of Obstetrics and Gynecology".  
Volumen 78, Octubre 1959.

**Curtis J. Lund, M. D., Richard E. Fullerton, M. D., and Theodore A. Tristan, M. D.,**

Del Departamento de Obstetricia y Ginecología y Radiología de la Universidad de Rochester.

La fluorografía fue usada en este trabajo con el objeto de comparar los mecanismos vesicales durante la micción normal y la incontinencia urinaria de esfuerzo. También se compararon los hallazgos antes y después de operaciones consideradas como éxitos, así como de los fracasos.

Los autores observaron que el mecanismo de la micción normal es como sigue: inicialmente el aumento de la presión intra-abdominal y la relajación de los elevadores produce un descenso de la base de la vejiga. Cuando la presión aumenta, una pequeña porción de orina entra en el segmento uretrovesical. La contracción del músculo detrusor y el aumento de la relajación de la musculatura voluntaria, permiten el comienzo de la micción normal. Mientras la vejiga se evacúa, su base se eleva y la uretra sufre moderada elongación; posteriormente y cuando la vejiga se

desocupa por completo el segmento uretrovesical lentamente se contrae a su posición normal de descanso.

Cuando existe incontinencia de esfuerzo, siempre se observará una deformidad en "embudo" en la base de la vejiga y en su unión con la uretra proximal. Este embudo es mucho más evidente cuando la paciente puja, tiene tos o inicia la micción. El punto de unión entre vejiga y uretra será difícil de delimitar en estos casos.

Cuando el reparo quirúrgico tiene éxito, la base de la vejiga se observará aplanada, con desaparición de el embudo antes mencionado y la unión entre vejiga y uretra proximal será mucho más clara. Terminada la micción el pequeño cono formado por la porción uretrovesical desaparecerá rápidamente.

Estudios cinefluorográficos de una paciente con incontinencia de urgencia, revelaron ausencia absoluta de cambios anatómicos en vejiga o uretra. Se observó que luego de tratamiento con antibióticos la sintomatología desapareció por completo.

Los autores concluyen que la presencia de una deformidad en la base de la vejiga, en forma de embudo, es esencial para la existencia del síntoma incontinencia de esfuerzo y que mientras ésta deformidad no sea corregida el síntoma persistirá. La existencia de cistocele, dilataciones uretrales y descensos de la base de la vejiga concomitantes con la incontinencia en cierto número de casos, solo tienen importancia como factores agravantes del síntoma en cuestión. Aseguran también los autores que la incontinencia por urgencia es siempre debida a infecciones vesicales. Por último mencionan los ejercicios de la musculatura pélvica, principalmente de los pubococcigeos como susceptibles de producir curaciones de los grados menos avanzados de incontinencia urinaria de esfuerzo.

### **LIGADURAS ARTERIALES EN HEMORRAGIAS MASIVAS DEL CANCER CERVICAL**

**August F. Daro, M. D., Ernest G. Nora, Jr., M. D., Harvey A.  
Collin, M. D., and Richard E. Towell, M. D.**

The "American Journal of Obstetrics and Gynecology". Julio 1959. Vol. 78  
Número 1

La ligadura de la arteria iliaca interna ha sido practicada en histerectomías radicales, en el control de hemorragias masivas a partir de procesos malignos cervicales o en las grandes hemorra.

gias causadas por traumatismos vaginales de origen obstétrico o ginecológico.

El material de este estudio comprendió 18 pacientes con cáncer del cuello uterino entre los veintinueve y setenta y un años de edad. Todas presentaban estados avanzados y habían ya recibido por lo menos un curso de radioterapia. El tratamiento inicial fue rutinariamente el uso de taponamientos vaginales y administración de sangre total en promedio de 2.500 c. c. por paciente. Invariablemente los taponamientos fracasaron en su intento de controlar la hemorragia.

Brevemente los autores revisan la anatomía vascular de la región y hacen énfasis en la importancia de ligar, además de la arteria ilíaca interna, los pedículos ováricos con el objeto de controlar más efectivamente la hemorragia de esta zona.

Con la salvedad de que la vía transabdominal presenta la ventaja de la exploración directa del tumor y de sus límites de extensión, los autores pasan a describir en detalle y como más conveniente la vía extraperitoneal. Esta técnica representa un traumatismo mínimo para aquellas pacientes que generalmente se encuentran ya muy debilitadas y constituyen de por sí un riesgo quirúrgico muy pobre.

En este estudio no se presentaron muertes post-operatorias inmediatas. La hemorragia se redujo sensiblemente en el 94% de los casos, lo que permitió a las pacientes el vivir sus últimos días en forma ambulatoria, evitándose así las prolongadas y costosas hospitalizaciones, las transfusiones repetidas y la depresión física y psíquica concomitante a hemorragias frecuentes y masivas que de continuo amenazan la vida de estas enfermas.

### **LA RELACION ENTRE EL AUMENTO DE PESO DURANTE EL EMBARAZO Y TOXEMIA**

The Relationship of Pregnancy Weight Gain to Toxemia.

Artículo extractado de el "American Journal of Obstetrics and Gynecology"  
Volumen 78. Número 4. Octubre de 1959.

**John S. Fish, M. D., R. A. Hartholomew, M. D., E. D. Colvin, M. D.,  
W. H. Grines, Jr., M. D., W. M. Lester, M. D., and W. H. Galloway,**

De la Escuela de Medicina de la Universidad de Emory. Atlanta Georgia. EUA.

El control de un aumento excesivo de peso durante el embarazo, es uno de los pasos que se aceptan como más importantes en

la prevención de la toxemia gravídica, pero la lógica de este criterio no se encuentra claramente establecida en la abundante literatura sobre este tema. Las razones expuestas por los autores para esta aseveración son múltiples, entre otras la falta de acuerdo general acerca de lo que significa "aumento normal" y la poca importancia que los diferentes autores le dan a la diferenciación entre aumento de masa celular y aumento de líquido intra o extracelular.

Este trabajo presenta un análisis de la relación entre peso y aparición de toxemia en un grupo de 1.000 pacientes no seleccionadas atendidas en práctica privada, las cuales desarrollaron grados varios de toxemia. Cincuenta y ocho por ciento de las pacientes aumentaron más de 25 libras de peso durante su embarazo.

El análisis de el aumento total de peso no reveló correlación alguna entre toxemia y aumento excesivo, encontrándose que la frecuencia más alta de toxemia, 3.5% apareció en un grupo de 85 pacientes que aumentaron menos de 15 libras. Los aumentos rápidos de peso durante períodos determinados de tiempo, meses o semanas, no revelaron tampoco aumento de la frecuencia de toxemia, excepto en el grupo de 45 pacientes que aumentaron cuatro o más libras por semana, las cuales presentaron un índice de toxemia del 9%.

Los autores concluyen que el concepto de aumento excesivo de peso y la aparición de toxemia gravídica no deben seguir siendo asociados por más tiempo dentro de la patología obstétrica. Sus estudios han demostrado que un grupo de pacientes normales y no seleccionadas tuvo un 71% de individuos con pesos anormales y solamente una rata de 1.6% de toxemia gravídica.