OBSERVACIONES

sobre la inducción al trabajo del parto por la administración del Pitocin Endovenoso

Por el doctor MANUEL JOSE GOMEZ PALACINO

De las 50 historias recopiladas para este trabajo, se pueden deducir los siguientes datos:

1º La edad de las inducidas osciló entre los 19 y los 46 años.

2º Hubo 17 primíparas y 3 multigestantes mayores de 44 años, con VI, VII y IX embarazo, respectivamente.

3º La frecuencia de las presentaciones fue:

32 en O. I. A.

12 en O. D. P.

2 en O. D. T.

2 en Pelvis completa.

1 en Pelvis incompleta.

1 en O. I. T.

4º Por la edad del embarazo:

24 embarazos a término.

8 embarazos de 9½ meses.

4 embarazos sin dato preciso.

5 embarazos de 8½ meses.

4 embarazos de 7½ meses.

2 embarazos de 9 meses, 8 días.

2 embarazos de 9 meses, 10 días.

1 embarazo de 7 meses con feto muerto.

5º La frecuencia de las indicaciones de la inducción:

Por ruptura espontánea de las membranas sin trabajo 10

Por embarazo prolongado 10

Por embarazo a término sin trabajo 4

Por toxemias del embarazo 2

Por embarazo a término con 36 centímetros de altura uterina, uno de ellos con feto grande y el otro embarazo gemelar 2

Por pelvis límites y antecedentes de Cesárea 2

Por inercia secundaria 4

Por muertes fetales 2

Por feto grande y estrechez pélvica relativa 2

Por falso trabajo y embarazo a término 1

Por solicitud de los cónyuges y previa insinuación 3

Por antecedente de dos abortos y ascenso inusitado del factor anti-Rh 1

Por sospecha de bolsa rota y embarazo a término 1

Por antecedente de parto rápido sin atención médica 1

Para prueba de trabajo 2

Por solicitud del esposo por motivo de viaje y embarazo a término 1

Por antecedente de parto laborioso y a solicitud del esposo 1

Por trabajo irregular en paciente pusilámne 1

Las pacientes inducidas para prueba de trabajo, una con antecedente de miomectomía y primípara; la segunda, también primípara, con diagnóstico clínico de desproporción pelvifetal, el cual se comprobó una vez desencadenadas las contracciones.

6º La dosis útil más alta fue de 11 unidades, con la aclaración de que esta paciente había recibido 24 unidades en dosis fraccionadas, sin resultados, y usada en multigestante de 46 años de edad con VII embarazo.

7º La dosis útil más baja fue de 0.2 unidades de Pitocín, empleada en multípara con V embarazo y por inercia secundaria.

8º La terminación del trabajo, fue:

Con parto espontáneo	31
Con parto espontáneo, completando previamente la dilatación	5
Con aplicación de fórceps	12
Con operación cesárea	3

9º Las indicaciones de los fórceps, fueron:

a) 4 de desprendimiento.

b) En un caso por líquido amniótico sanguinolento y con dilatación completa, aplicado en el estrecho medio.

c) Uno en el estrecho medio por falta de descenso; la paciente tiene miomatosis de la cara anterior del útero.

d) Uno aplicado en el estrecho medio por falta de rotación y descenso, después de completar digitalmente la dilatación, en primípara inducida a los 8½ meses por estrechez pélvica relativa.

e) Uno para O. I. T. con dilatación completa y presentación por sobre el estrecho superior.

f) Uno para segundo feto en embarazo gemelar y conducida con Penthotal.

g) Uno por sobre el estrecho superior por sufrimiento fetal, en primípara, después de trabajar durante 11 horas y 40 minutos inducida, reposo de 2 horas y 30 minutos, y luego reanuda el trabajo espontáneamente; en esta forma trabajó durante 21 horas y 15 minutos. Completó pues, 33 horas y 45 minutos con contracciones y sin embargo, la dilatación no pasó de los 3 centímetros. Se rompió artificialmente la bolsa y como se encontró el líquido amniótico teñido de meconio se le aplicó el fórceps por sufrimiento fetal y presentación no encajada.

h) Uno para O. D. P., en el estrecho medio donde se detuvo la presentación por falta de fuerzas expulsivas.

i) Uno en el estrecho medio por falta de rotación y descenso.

10. De las 50 pacientes inducidas al trabajo del parto por la administración de Pitocín endovenoso, 3 terminaron en operación cesárea, 2 porque la inducción se verificó como prueba de trabajo y la tercera por fracaso de este método y quien tampoco respondió al método de Watson.

11. En 45 de las pacientes el alumbramiento fue natural y en 2, mediante extracción manual. La señora cuya historia corresponde el número 7, primípara, recibió Ergotrato endovenoso, momentos antes del alumbramiento y después de él ergotrato intramuscular. Sin embargo, se retuvo la placenta y hubo necesidad de extraerla por maniobras manuales y luego verificar taponamiento endouterino. Probablemente la placenta se retuvo por la acción del ergotrato endovenoso.

Otra paciente, la de la historia número 37, en quien el trabajo terminó con la aplicación de fórceps por sobre

el estrecho superior, retuvo la placenta, la cual se extrajo manualmente.

12. La mayoría de las pacientes verificó la expulsión de la placenta entre los 5 y los 10 minutos siguientes al parto; el alumbramiento más precoz se llevó a cabo a los 2 minutos y los más retardados a los 20.

13. En 2 casos el parto fue con fetos muertos; en ambas pacientes el trabajo se indujo por muerte fetal.

14. De los 49 niños nacidos, 3 presentaron apnea y cianosis. En el primero de ellos no se pudo definir la causa verdadera, pero se pueden considerar como probables las siguientes:

a) El parto demoró 33 minutos en el periné.

b) Con fines analgésicos y antiespasmódicos se le aplicó a la madre una ampolleta de Demerol intravenosa 83 minutos antes del parto.

c) La inducción misma por tratarse de un prematuro; de paso se anota que el trabajo en ningún momento fue de gran intensidad.

d) La prematuridad misma con bolsa rota durante 96 horas antes de inducir el trabajo. Se combatieron la cianosis y la apnea mediante respiración artificial y suministro de oxígeno.

El segundo: la cianosis cedió momentáneamente al tratamiento de urgencia, oxígeno y respiración artificial; como ésta reapareció, el niño permaneció en cámara de oxígeno durante las 24 horas siguientes. Como causas probables se enumeran:

a) La inducción: sin embargo, como en el caso anterior, el trabajo no fue intenso y además se controló cuando pareció conveniente mediante la aplicación de Demerol y Atrinal.

b) La acción del Demerol, aunque éste se inyectó 107 minutos antes del parto, por vía venosa, 1½ c. c.

c) La toma con el fórceps: el simpson se aplicó de urgencia porque al romper la bolsa el líquido amniótico apareció teñido de sangre; la toma fue oblicua en occipito-frontal, con contusión de la piel y equimosis frontal apreciable al día siguiente. Expulsada la placenta, se le practicó estudio macroscópico sin encontrar en ella signos de desprendimiento prematuro, sino la posible ruptura de un vaso varicoso placentario como explicación del aspecto del líquido.

El tercero: permaneció en cámara de oxígeno durante 18 horas al cabo de las cuales continuó en perfectas condiciones. La única causa probable de esta complicación, sin consecuencias, es la intensidad del trabajo desencadenado por la inducción; la madre, múltipara con VI embarazo, se indujo por bolsa rota 29 horas antes de iniciarse el trabajo y el parto se verificó a los 85 minutos de iniciadas las contracciones.

15. En 12 pacientes hubo hemorragia: en un caso por retención de placenta; en otro por desgarró del cuello con aplicación de fórceps para desprendimiento; en otro por desgarró del cuello en primípara con parto en presentación de pelvis. El parto en esta tercera observación se verificó de la siguiente manera: Episiotomía, expresión del fondo uterino, extracción de pelvis con dificultad de la cabeza; hemorragia por inercia, exploración endouterina y taponamiento.

En las 9 restantes hubo hemorragia ligera y todas se combatieron favorablemente, tratadas por los métodos usuales y sin complicaciones.

16. En 3 casos el líquido amniótico apareció de aspecto hemorrágico; una vez verificado el alumbramiento se hicieron estudios macroscópicos detenidos de las placentas sin encontrar en ellas signos que indicaran desprendimiento prematuro.

17. De las 8 gestantes, en quienes los otros métodos de inducción habían fracasado, 4 hicieron partos espontáneos, 3 terminaron el trabajo con aplicación de fórceps (1 de desprendimiento); la octava con operación cesárea.

18. Con resultados finales excelentes se les indujo el trabajo a 3 señoras con antecedentes de operación cesárea.

19. Hubo 2 casos con shock obstétrico; el primero ocurrió en primípara a quien fue necesario completarle digitalmente la dilatación del cuello por espasmo; y el segundo en multigestante vieja a quien también digitalmente se le completó de 7 centímetros la dilatación.

En 3 pacientes hubo espasmos del cuello.

20. Por altura uterina de 36 centímetros y por consiguiente con matrices bastante distendidas e hipertónicas, se indujeron 2 pacientes; en ambas los resultados fueron satisfactorios. En la primera de ellas el parto fue gemelar.

21. 2 pacientes con embarazos de 7½ meses se indujeron por ruptura prematura de las membranas y los niños nacieron en perfectas condiciones.

CONSIDERACIONES FINALES

I—En 50 casos en los que se empleó la administración de Pitocín endovenoso para la inducción al trabajo del parto, se obtuvo efectividad del 100%.

II—La dosis útil osciló entre 0,2 y 11 unidades.

III—El tiempo transecurrido entre la iniciación del goteo y la aparición del trabajo osciló entre segundos y 10 minutos.

IV—Acción sobre el feto en detrimento de su vitalidad atribuible al procedimiento hay solo una historia.

V—Accidentes o complicaciones maternas: ninguna.

VI—De 48 casos inducidos con fetos vivos, se obtuvieron 49 vivos (un caso de gemelos).

VII—Éxito en 8 pacientes en quienes fracasaron otros métodos de inducción.

VIII—El método únicamente debe ser empleado por especialistas y la inducción debe verificarse en clínica.

IX—El sistema, por ser controlable en todo momento, permite verificar pruebas de trabajo e inducciones con antecedente de cesárea.

X—Este método no es aconsejable en casos con presentación de pelvis, máxime si se tiene en cuenta el concepto de algunos autores que opinan que esta presentación es por sí misma distócica.

XI—Son susceptibles en cualquier momento las modificaciones de la dosis y el ritmo del trabajo.

XII—No modifica la tensión arterial; de ella hay variaciones aceptables dentro de los límites fisiológicos.

XIII—El método ha tenido muy buena acogida por parte de los especialistas de la Capital, y es muy frecuente el empleo que de él se hace en la actualidad.

XIV—La inducción al parto por la administración de Pitocín endovenoso, requiere una estadística más numerosa con el fin de poder sistematizar su empleo y encontrarle indicaciones precisas.

Embarazadas para quienes fue suficiente la dosis de 3 unidades por 500 c.c.

Embarazo No.	Inducida por	La dilatación se completó	Cuello con	En tiempo	Recibió	Pitocin diluido	Edad del embarazo
IX	Bolsa rota	.....	Dilat. com.	4 horas	100 cc.	3 U.	8 1/2 meses
I	Inercia prim.	.....	Dilat. com.	2-30 horas	200 cc.	3 U.	A término
II	Bolsa rota	.....	Dilat. com.	45 mts.	80 cc.	3 U.	7 1/2 meses
I	Bolsa rota	.....	Dilat. com.	1-30 horas	250 cc.	3 U.	A término
I	Prueba trab.	.....	Op. Cesárea	2-30 horas	150 cc.	3 U.	A término
II	Muerte fetal?	.....	7 centímetros Digitalmente	4-45 horas	500 cc.	3 U.	A término
I	Solic. cónyuges	.....	Dilat. com.	4-55 horas	500 cc.	3 U.	A término
III	Inercia prim.	.....	Dilat. com.	2-55 horas	500 cc.	3 U.	9 1/1 meses
V	Bolsa rota	.....	Casi compl.	1 hora	120 cc.	3 U.	8 1/2 meses
I	Prueba trab.	.....	5 centímetros Op. cesárea	4 horas	500 cc.	3 U.	A término
VI	Solic. cónyuges	.....	7 centímetros Al romper bol.	6-30 horas	380 cc.	3 U.	A término
III	Bolsa rota	.....	5 centímetros Digitalmente	1-45 horas	380 cc.	3 U.	Sin dato
I	Sospecha de bolsa rota	.....	7 centímetros Digitalmente	2-55 horas	280 cc.	3 U.	A término
II	A término sin T.	.....	Dilat. com.	2-50 horas	250 cc.	3 U.	.....
II	Solic. cónyuges	.....	Dilat. com.	2 horas	300 cc.	3 U.	A término
I	Emb. prolong.	.....	Dilat. com.	3-55 horas	400 cc.	3 U.	9 ms. 10 días
II	Solic. cónyuges	.....	Dilat. com.	4-55 horas	450 cc.	3 U.	A término
IV	Pelvis límite	.....	Dilat. com.	45 mts.	90 cc.	3 U.	9 ms. 6 días
VII	Falso trabajo	.....	6 centímetros Digitalmente	2-15 horas	200 cc.	3 U.	A término
II	Bolsa rota	.....	6 centímetros Espontáneam.	1-25 horas	250 cc.	3 U.	7 1/2 meses
I	Inercia sec.	.....	7 centímetros Digitalmente	2-30 horas	250 cc.	3 U.	A término
IV	Bolsa rota	.....	7 centímetros Espontáneam.	2-30 horas	400 cc.	3 U.	7 meses
IV	Bolsa rota	.....	Dilat. com.	6-20 horas	120 cc.	3 U.	A término
II	Inercia sec.	.....	Casi compl. Al romper bol.	3-55 horas	500 cc.	3 U.	A término

EXTRACCION

por la brecha uterina de tumor y feto respectivamente, en una cesárea

Caso presentado por el doctor RAFAEL PERALTA C.
a la Sociedad Colombiana de Obstetricia y Ginecología
en la sesión ordinaria del 1º. de febrero de 1951

HISTORIA CLINICA ESTADISTICA OBSTETRICA PARTICULAR

Año 1951.

Ingreso: diciembre 16/50. Nombre: A. B. de R. Edad: 36 años confesados. Estado civil: casada. Profesión: oficios domésticos. Natural de: Chiquinquirá. Procedencia: Bogotá. Domicilio: Barrio Puente Aranda.

Diagnóstico inicial: Primigestante vieja a término en trabajo prolongado, estéril 13 años. Distocia grave del cuello. O. I. móvil. Auscultación positiva.

Diagnóstico último: Primípara vieja a término. Vértice. Masculino de 2.550 gramos. Cesárea segmentaria transperitoneal previa extracción de tumor fibromiomatoso por la brecha uterina. post-operatorio y puerperio normales.

Antecedentes hereditarios: sin interés.

Antecedentes personales: a) Ginecológicos: menarquía a los 13-14 años; ciclo: 28/4, 6 día. Anormalidades: Dismenorreas, menorragias. Estéril 13 años.

b) Obstétricos: abortos, no. Partos prematuros y a término, no.

c) Patológicos: Sin interés.

Evolución del parto. Diciembre 16/50 (doctor Peralta C.). A las 19 y 55 se practica una visita a domicilio y se halla el siguiente cuadro clínico: Primigestante "añosa", con 13 años de esterilidad absoluta, está en trabajo desde hace más de 24 horas, al cuidado de una enfermera que se vió obligada a llamar médico, en vista de que después de tantas horas de haberse iniciado el trabajo, el parto aún no se había efectuado. Al examen general se halla un organismo completamente sano, y al obstétrico especial un embarazo a término, U. R.: III-12-16/50; A. U.: 33 cms., palpación normal sin que se apreciara algo anormal en la forma o consistencia uterinas, contracciones cada 4, 5 y 6 minutos con duración de 39 segundos cada una; presentación cefálica, O. I.?, móvil; auscultación positiva en el ombligo; pelvimetría externa: 19, 23, 28 y 31 cms., respectivamente para los Diámetros Baudelocque, Biespinoso anterior, Bierestiliaeo y Bitrocanterino; T. A.: 13×7 .

Al examen ginecológico vulva ligeramente edematizada por los repetidos tactos de la enfermera, parece haber escurreimiento de líquido, vagina corta con paredes normales, cuello *durísimo*

infiltrado esclerosamente por todas partes, largo, cuyo orificio externo da paso a un dedo, pero cuyo orificio interno era infranqueable a éste. No hay dato de que haya habido complicación alguna en el embarazo y al preguntar por metrorragias, la respuesta fue absolutamente negativa.

En las condiciones anteriores, se orienta la conducta a una cesárea por primigestante vieja con esterilidad de 13 años, trabajo prolongado con posible ruptura prematura de la bolsa y grave distocia del cuello uterino.

Se traslada a la Clínica Camero, en donde bajo gases y la ayudantía del doctor Daza, a las 21 y 30, se hace laparotomía media infraumbilical de unos 14 cms., y al practicar la histerotomía de toda cesárea segmentaria transperitoneal, no se llegó directamente al feto o sus anexos, como ocurre habitualmente, sino que abajo de la brecha transversal del segmento y en seguida a éste, había algo raro: una masa de tejido sólido que hacía inabordable la cavidad uterina, que hizo pensar en la presencia de un tumor ístmico-corporal tan voluminoso que se hubiera confundido con la existencia de un embarazo a término (hipótesis del doctor Daza), o bien con el tronco u otra zona anatómica del feto como adheridos a la matriz. Pero ante el caso clínico y con el segmento abierto en su cara anterior, y como ya previamente se había diagnosticado fácilmente un embarazo con feto vivo que no podía ofrecer duda, tanto más cuanto que objetivamente se estaba frente a las modificaciones uterinas de toda gestación, no cabía duda de que existía la asociación de tumor y embarazo, pero que era necesario proceder rápida y técnicamente para hacer

una intervención correcta y ordenada: obstétrica y ginecológica y viceversa, que tenía que improvisarse en el acto quirúrgico. Por ningún modo ni sitio era factible extraer primero el feto con cesárea segmentaria ni corporal, y por esto hubo que invertir los tiempos y entonces, con laboriosidad se fue buscando el anhelado plano de clivaje, después de repetidas exploraciones, y así se logró delimitar un enorme tumor en la cavidad uterina, absolutamente previo al feto, cuyo tamaño hacía imposible que éste se extrajera antes que aquél. Poco a poco, y ya con serenidad, se fue aislando con pura maniobra digital, sin pensar un momento en instrumento diferente a los dedos, y por la misma brecha uterina después de repetidas torsiones, se logró extraer una masa clásicamente fibromiomatosa, alargada, fusiforme, de tamaño semejante al de un feto prematuro de unos 6 a 6½ meses.

Como no hubiera hemorragia copiosa, se pasó en seguida a verificar la cesárea primitivamente proyectada, la que se cumplió normalmente con la extracción de un feto de Vértice, masculino de 2.550 gramos, seguida del alumbramiento de toda cesárea.

Luégo venía otro tiempo impresionante: juzgar lo que se había hecho. Entonces, se revisó la cavidad uterina y se tuvo la grata sorpresa de que la hemorragia no era mayor, la integridad anatómica del útero era clara, pero en la cara anterior del segmento y gran extensión del cuerpo uterino, la mucosa estaba despulida y parcialmente dilacerada, sin que hubiera gran lesión en el miometrio, todo lo cual mentalmente en principio, hacía localizar el tumor con especialidad en la mucosa uterina. Como

nada anormal siguiera, se continuó la operación con la técnica rutinaria, sin que hubiera el menor inconveniente en la doble sutura segmentaria, ni mucho menos en los tiempos restantes. Tan pronto como se aplicaron los apósitos-esparadrapos, como era de esperarse, se pasó a examinar el tumor que tenía los caracteres de las *tumefacciones uterinas benignas* de la línea conjuntiva, tipo *fibromioma*, cubierto de una especie de tejido conjuntivo o cápsula, fragmentos de mucosa y vasos, que desgraciadamente no podía someterse a estudio anatómo-patológico, por razones económicas, ya que se trataba de una paciente pobre, que tuvo el optimismo de creer que el parto se haría a domicilio por economía, y no se podía hacer aumentar los gastos imprevistos que habían surgido; pero era idéntico a un tumor intracavitario que se había operado con Histerectomía en la Clínica Central, en una enferma no obstétrica (señora E. de M.), apenas hacía unos 15 días, y al cual el Profesor Llinás, hizo el diagnóstico anatomopatológico de *fibromioma uterino*. Midió el tumor de nuestro caso: 28 x 15 x 12 x 9 cms., respectivamente, en longitud, diámetro transversal mayor, diámetro transversal menor y altura. Peso: 1.060 gramos.

En el post-operatorio la evolución fue normal; se hizo el tratamiento con sueros, bacteriostáticos, calmantes, etc.; y salvo cierta sub-involución uterina, sin cuadro febril, a los 6 días de operada, la enferma estaba en su casa con herida cicatrizada por primera intención.

En enero 9/51, es decir, a los 24 días de operada, se hizo nuevo control con examen clínico general y ginecológico especial, y con excepción de una altura uterina de unos 5 cms. arriba del pu-

lis, y esclerosis cervical, estaba tan normal que parecía que la paciente examinada era otra, muy diferente a la que dió tan raro cuadro de patología obstétrica.

ANALISIS Y COMENTARIOS

El caso relatado no pudo diagnosticarse previamente, y fue una sorpresa quirúrgica. Se explica esto porque durante el embarazo ninguna complicación se presentó, porque la enferma no era conocida del médico, quien la vió de urgencia, en un momento en que se imponía un diagnóstico terapéutico, o sea, la oportunidad de la conducta obstétrica. Por otro lado, la localización del tumor hacía más difícil un diagnóstico pre-operatorio.

Con una base fija en las relaciones recíprocas del estado puerperal con el fibroma uterino, este caso clínico *no es común*, y a mi memoria no llega *otro igual*; aún más, es excepcional que lo relacionen los tratados clásicos. Se trataba de un Mioma uterino que topográficamente era de tipo *sub-mucoso*, que ha podido resultar de la evolución que experimenta todo Mioma uterino, que es primitivamente intersticial o intramural, pero al crecer lo hace por el sitio de menor resistencia, y si coge hacia adentro, desvía la pared uterina y se localiza abajo del endometrio, habiendo formado previamente la cápsula que lo separa de dicha pared. Mas al crecer, va estrechando la zona glandular, aplana el epitelio, hasta hacerlo desaparecer, todo lo cual origina la *evolución centrípeta*, a diferencia de la evolución centrífuga que explica el mecanismo de los Miomas subserosos.

En nuestra enferma, en el curso de muchos años, tuvo que operarse la formación de un Mioma sub-mucoso, que pudo explicar la esterilidad de 13 años, pero lo que llama la atención es que al resultar embarazada, no se hubiesen presentado las complicaciones esperadas, ya que ha debido modificar la capacidad, forma uterina, y los fenómenos fisiológicos de la mucosa para anidar el huevo, o irritar el miometrio, con los conocidos resultados de amenaza de interrupción del embarazo o dicha interrupción; metrorragias por desprendimiento del huevo, muerte del feto, inserción viciosa de la placenta, presentaciones anormales, alteraciones en los signos funcionales del parto, etc.

Pues nada de lo anterior ocurrió, y todavía uno no se explica cómo se hizo esa preñez, cómo evolucionó hasta llegar casi a término, en coexistencia con ese tumor intracavitario, de un tamaño tan grande, cuyo desarrollo fue progresivo con la gestación, y proporcionalmente mayor a ella.

En síntesis, se ha expuesto una observación clínica de un tumor previo, raro, diferente a los que en otras ocasiones habíamos conocido, Miomas subperitoneales que eran indicación absoluta de cesárea, la cual se realizaba inicialmente para después extirpar el tumor, pero nunca habíamos observado un tumor sub-mucoso e intracavitario coexistente con embarazo, que al llegar éste a término y obligar una cesárea, hubiera que extraer primero el tumor por la brecha uterina, para poder sacar luego el feto por la misma. Tal es el caso que acabamos de presentar, en que primero fue el parto del tumor y después el del feto, tal como puede suceder en los pólipos del cuello uterino en el

curso del parto, cuando por vía baja se expulsa el pólipo y después el feto.

BIBLIOGRAFIA

S. Dexeus Font. Tratado de obstetricia. Tomo II. 1949.

Crossen-Grossen. Ginecología. Edición segunda.

SOCIEDAD COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

Comentarios al trabajo del Dr. RAFAEL PERALTA sobre «Extracción por la brecha uterina de tumor y feto respectivamente, en una cesárea», presentado a la Sociedad en la sesión del 1º. de febrero de 1951.

Doctor Héctor E. Bernal. Se refiere al estrecho punto de contacto que establece el cuadro de "miomatosis y embarazo", entre obstetras y ginecólogos: sin embargo, estos últimos no tienen oportunidad de enfrentarse a él, sino a propósito de las complicaciones. Relata el caso de una paciente con embarazo de 4 meses en quien se presentó un cuadro agudo que la hizo acudir al hospital. Al examen, a más del útero aumentado de volumen y correspondiente a la edad del embarazo, se encontró una masa lateral que por sus características hizo pensar en un quiste torcido del ovario. Laparotomizada la paciente, se encontró que dicha masa correspondía a un mioma sésil, del tamaño de una naranja, en estado de mortificación, y que a su vez, había determinado una torsión de la matriz del lado derecho. Se practicó una miomectomía con excelentes resultados (la enferma dió a luz

5 meses después en perfectas condiciones). Termina exaltando la bondad de la cirugía conservadora en estos casos, la cual se encuentra favorecida por el hecho de que generalmente la naturaleza establece como una barrera de defensa, provocando la hipertrofia e hiperplasia de las fibras musculares por debajo del tumor, y, para reforzar sus apreciaciones, cita las conclusiones presentadas por los Profesores Peralta Ramos y Bazán, al Segundo Congreso Argentino de Obstetricia y Ginecología.

Doctor Jorge Amoroch. Se refiere a las relaciones entre fibroma y esterilidad: a pesar de ello, ha tenido oportunidad de observar dos casos de coexistencia mioma-embarazo. En uno, con 14 años de esterilidad, se extirpó un mioma subseroso torcido; más tarde, al practicar una cesárea, no se encontraron vestigios de la operación anterior. El otro caso, actualmente en observación, pertenece a una gran múltipara.

Doctor Navas. Relata un caso interesante: paciente aproximadamente de 32

años, con 2 de matrimonio; antecedente de un aborto. Se presenta con embarazo a término. Al examen se encuentra el cuerpo uterino sembrado de masas, especialmente del segmento, que le hacen pensar en presentación de pelvis primiero, y luego en vértice derecho con miomatosis cérvico-segmentaria. Tras de 18 horas de trabajo hay una mala dilatación del cuello. El Profesor Ramírez aconseja demerol, con lo cual se obtiene dilatación de unos 8 cms., que se prosigue luego digitalmente hasta permitir la aplicación de un fórceps semialto en D. P. Feto con paresia facial que desapareció a los 5 días. Puerperio normal.

Profesor Arturo Aparicio. Llama la atención, por último, a la semejanza del caso presentado por el doctor Peralta, con un embarazo gemelar, ya que el mioma submucoso se desarrolló en la cavidad uterina haciendo el papel de un segundo feto.

Héctor Enrique Bernal
Secretario.