REVISTA DE REVISTAS

HEMORRAGIA SUPRARRENAL DURANTE EL EMBARAZO.—MAJOR WILLIAM F. PATERSON, M. D., U. S. A., Air Force Germany. JOSEPH GOLDZIEHER, M. D., New York. Am. J. Obst. and Gyn. 66: 648. September, 1953.

La hemorragia o apoplegia suprarrenal en el adulto se ha considerado como un hallazgo raro y solamente han sido comunicados 34 casos como acaecidos durante el embarazo; en el presente artículo se publica uno de ellos.

El cuadro clínico puede tener dos modalidades: La primera, entre la cual encajan los autores el caso publicado, se caracteriza por un cuadro de insuficiencia suprarrenal aguda con dolor y vómito, dolor localizado en el abdomen algunas veces, sobre el borde costal otras, o sobre las regiones epigástrica o lumbar, y que se presenta generalmente sin defensa muscular. Al examen físico signos vagos y marcado estado de shock, sin tensión, con pulso rápido, débil y filiforme y respiraciones rápidas y superficiales; con hipertermia que generalmente alcanza a 40°, 40,5°; leucocitosis muy elevada con marcada polinucleosis y piel fría, pegajosa y de tinte terroso. El colapso viene acompañado de coma y muerte en un tiempo variable. En algunas ocasiones se encuentra además, delirio, desasosiego y convulsiones. La segunda modalidad se caracteriza inicialmente por dolor constante que se hace progresivamente más y más agudo; temperatura, pulso, tensión y respiraciones generalmente normales, además de astenia muy marcada y enorme leucocitosis con polinucleosis. Este cuadro cambia luego por uno de colapso, con todos los hallazgos de insuficiencia suprarrenal. El diagnóstico puede comprobarse cuando se sospeche, por medio de la prueba de los eosinofilos, que consiste en la falta de disminución de los eosinofilos después de la inyección de ACTH, o también por la prueba terapéutica que consiste en la inyección intravenosa de 50 a 100 c. c. de extracto acuoso de corteza suprarrenal, que en los casos de insuficiencia logra una dramática mejoría.

Durante el embarazo normal, se ha comprobado una eosinopenia con caídas hasta de un 20% sobre la cifra normal, Venning dice haber encontrado una curva difásica de excreción de corticoides urinarios con caídas a los 90 y 200-240 días de embarazo. Otros afirman que la excreción es del doble en la embarazada con relación a la que no lo está, y que en los embarazos gemelares es mayor que en los simples (igualmente se han encontrado cifras bastante altas en las toxemias). Este aumento es atribuíble a una mayor cantidad de estrógenos circulantes durante el embarazo o al aumento de la actividad hipofisaria (ACTH).

Las reacciones generales observadas en este síndrome, y en especial al hecho de que aun la hemorragia suprarrenal unilateral puede producir la muerte lo mismo que la bilateral, se explican: por la patogenia del Síndrome General de Adaptación, ya que el "stress" crónico producido por el mismo embarazo, llega a dar una "reacción exhaustiva" a un nuevo estímulo eficiente, que alcanza a producir el fenómeno agudo hemorrágico. Se invocan como desencadenantes de la "reacción exhaustiva" culpable de la hemorragia, a las siguientes causas: aborto, hemorragia, cirugía, traumas, diátesis hemorrágica y comprensión, y trombus de las venas suprarrenales.

M. A. F. B.

SINFISIOTOMIA EN LUGAR DE FORCEPS DIFICIL. — Doctor JULIO ORTIZ-PÉREZ. Universidad de La Habana, Cuba. (Trabajo presentado por el autor en la 5ª Reunión Anual de la Asociación Americana de Obstetras y Ginecólogos del Altántico Sur. La Habana, Cuba, enero, 1953). American Journal of Obstetrics and Ginecology, 66: 781. October, 1953.

Considera el autor tres clases de aplicación de forceps: el forceps alto, el forceps medio y el forceps bajo o profiláctico; el primero considera que debe ser reemplazado por la cesárea moderna bien planeada; el segundo debe ser reemplazado por la sinfisiotomía; y el tercero y último asociado a la episiotomía, debe ser considerado como parte del parto normal. Los prejuicios que han existido por esta intervención sólo son justificados cuando no ha existido una buena técnica, una indicación precisa, o un apropiado cuidado post-operatorio. La ambulación precoz después de la intervención es imposible, y la quietud completa temporal alternada con ligeros movimientos de los miembros durante dos o tres semanas, compensa con creces las lesiones permanentes que sobre el cerebro fetal pueda dejar la laboriosa aplicación de un forceps en el estrecho medio.

Luego de aplicar anestesia en silla con nupercaína, la técnica seguida por el autor es la siguiente: colocación de un catéter de caucho dentro de la vejiga; desplazamiento lateral de la uretra fácilmente perceptible por el catéter, con los dedos índice y medio de la mano izquierda introducidos en la vagina; reparo del borde superior de la sínfisis con los dedos vaginales; incisión superficial de los tegumentos y el tejido celular subcutáneo con un bisturí que debe llegar hasta la articulación; cambio del instrumento por un tenótomo recto fuerte, que incide la cápsula articular, y luego guiado por los dedos vaginales, el ligamento superior, el posterior, el anterior en parte y el arquátum en totalidad. Apreciándose al terminar, la no muy exagerada separación de la sínfisis, sostenida por dos puentes blados, el superior formado por la inserción de los rectos del abdomen y el piramidal, y el inferior por el ligamento preuretral y parte de la facia perineal media.

Da como indicaciones de la intervención, los casos de distocia del estrecho medio reconocidos solamente después de varias horas de trabajo (que con buen estudio pelvimétrico han debido ser intervenidos por cesárea) y que presenten

dilatación completa y membranas rotas y en los que la presentación encajada a nivel de las espinas, se beneficien en su descenso con un aumento ligero de los diámetros pélvicos; requiriendo además para su ejecución, aunque no de manera absoluta, que exista trabajo normal de parto y cooperación por parte de la enferma. Como se ve las indicaciones son restringidas y el porcentaje de ejecución dado, es de 0,75%, o sea un caso en 133 partos.

Como ventajas: la prevención de una ruptura uterina en enfermas con trabajo prolongado por distocia del estrecho medio. El aumento de tamaño pélvico permanente que significa la sinfisiotomía en los embarazos sucesivos. Conjurar el peligro de traumatismo grave fetal al aplicar un forceps demasiado laborioso. La relativa falta de complicaciones post-operatorias, siguiendo las indicaciones ya señaladas de levantamiento con deambulación tardía y aplicación de vendaje pélvico apretado.

M. A. F. B.

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
BIBLIOTECA GENERAL
Cra. 7a. No. 41-00 Bogotá