

RESUMEN DE REVISTAS

SANGRE Y VASOS SANGUÍNEOS EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA.—CONRAD G. COLLINS, B. S., M. S., M. D., ROBERT C. SMITH, B. A., M. D., RICHARD G. BURMAN, M. D., and JOSEPH P. GRIFFON, M. D., Nueva Orleans, Luisiana. (Departamento de Obst. y Ginec., Universidad Tulane, Luisiana). A. J. Obst. and Gynec. Vol. 64, No. 3, 488.

Todavía hoy las principales causas de muerte materna son: hemorragia, infección y toxemia, siguiendo: la embolia pulmonar, los accidentes anestésicos y las cardiopatías; así pues a pesar de los antibióticos y la transfusión sanguínea, la peritonitis y las hemorragias continúan siendo complicaciones graves para la madre.

HEMORRAGIA: Durante el parto con toda paciente se corre la grave eventualidad de una hemorragia, la cual la mayoría de las veces es ligera, pero en no pocos casos llega a hacerse grave por su abundancia, llevando a la enferma a un grave estado de anemia, producir una necrosis pituitaria, de la corteza suprarrenal o del riñón con la muerte de la enferma, o en el mejor de los casos por el mismo mecanismo de anoxia, manifestarse por la aparición de un Síndrome de Simmonds. Los datos de grupo sanguíneo y factor Rh son por este motivo de especial importancia durante el control prenatal, pues éstos suministrados a un buen banco de sangre, con suficiente número de dadores, puede en el momento oportuno conjurar tan grave peligro.

El tratamiento de las pacientes con cifras bajas de hematíes y hematocrito durante el embarazo por medio de compuestos de hierro y aun transfusiones, se hace necesario; hasta se ha llegado a demostrar que las pacientes que sufren de anemia son más susceptibles a las infecciones, habiéndose observado igualmente, que los antibióticos poseen una acción más efectiva en pacientes no anémicas. En cuanto al pronóstico materno se citan las estadísticas del Charity Hospital de Nueva Orleans para hacer resaltar la disminución de la mortalidad materna en el embarazo ectópico, por la administración de sangre durante las laparotomías, haciendo dicha transfusión no sólo en las venas de los miembros, sino en caso de urgencia en los grandes vasos (vena cava, aorta, vasos ilíacos).

Al recomendar una transfusión no se debe desconocer el peligro de aparición de una nefrosis de riñón bajo, desencadenada por ésta o por el mismo

estado de shock hemorrágico, siendo recomendable no suministrarle sangre a una enferma mientras ésta no haya salido del estado de shock.

VASOS SANGUÍNEOS: Durante el período de 1949 a 52 hubo en el Tulane Unit del Charity Hospital sobre 12.095 partos, 16 muertes maternas, de las cuales una tercera parte fueron causadas por embolia, pudiéndose notar con este dato la gran frecuencia de aparición de esta grave complicación en la embarazada en relación con la no embarazada y con el hombre (tres casos de embolia amniótica, un caso de embolia gaseosa, dos casos de embolia por flebotrombosis).

FLEBOTROMBOSIS: Su complicación más frecuente, es la embolia pulmonar que produce muerte súbita por mecanismo desconocido; desafortunadamente sus signos y síntomas son velados y solamente un examen diario de los miembros inferiores de la paciente confinada en la cama, puede poner sobre aviso; este examen consiste en la palpación del tobillo y de las áreas poplítea y femoral, y búsqueda del signo de Homan, que consiste en la flexión del pie sobre la pierna con el fin de despertar el dolor; la fiebre es rara, si se presenta, apenas alcanza de medio a un grado de lo normal, en cambio se aprecia comúnmente un inexplicable aumento del pulso; muchas veces un infarto pulmonar pequeño precede unas pocas horas a la gran embolia fatal.

Cuando se sospechó una flebotrombosis de las venas de la pierna, se practicó una ligadura bilateral de las venas femorales superficiales, pero si el proceso embólico tendía a hacerse más alto que el territorio de la femoral, se practicaba la ligadura de la vena cava inf.; en dos de las pacientes, después de extraer los coágulos de la femoral y haber hecho su ligadura, se produjo la muerte días después por fatal embolia pulmonar, debida a formación de un coágulo por encima de la ligadura. En la actualidad se tiende a emplear el tratamiento con anticoagulantes, planteándose la cuestión de cual de los dos tratamientos es el más efectivo, el quirúrgico o el médico? En todo caso es deber del médico aplicar el uno o el otro precozmente una vez hecho el diagnóstico, darle valor a los antecedentes en relación con anteriores tromboflebitis, e indicar levantada precoz y movimiento activo de las piernas en la cama. El tratamiento utilizado en los casos presentados fue esencialmente quirúrgico, habiendo disminuído la incidencia de embolia pulmonar fatal.

TROMBOFLEBITIS (*flegmancia alba dolens*): En esta entidad el coágulo se ha infectado y se halla firmemente adherido a la pared venosa; el médico es llamado por la enferma por presentar ésta edema doloroso de la pierna; la temperatura y el pulso se hallan elevados. El tratamiento por medio del bloqueo lumbar del simpático produce una mejoría dramática con disminución del edema, motivo por el cual se deduce que este tratamiento es superior a cualquiera otro conocido.

TROMBOFLEBITIS PÉLVICA SUPURATIVA: Como la anterior es una trombosis séptica, pero localizada en la pelvis, e independiente de ella no complicándose como la flebotrombosis con embolia pulmonar, sino con la aparición de septicemia.

durante el puerperio, o en pacientes no embarazadas a las que se les practica una insuflación de trompas, de la vejiga o de la celda perirrenal, o aun casos de curetaje uterino, peritoneoscopia, neumoperitoneo o simple venoclisis.

La muerte se produce por interferencia mecánica en la función cardíaca por la presencia tanto en la aurícula como en el ventrículo derecho de gran cantidad de aire que al ser comprimido en la sístole produce el bombeo de aire a la circulación pulmonar, con embolia y estasis circulatoria. En el tipo venoso los síntomas son súbitos y dramáticos: paciente disneica, con cianosis aparente, pulso rápido, irregular y luego imperceptible, la tensión no se aprecia, y si no se anestesia la paciente, aparece dolor retroesternal, hambre de aire, inquietud y sensación de muerte; a la auscultación cardíaca se aprecia gorgoteo producido por la llegada de aire al corazón. En el tipo arterial se presenta lo descrito por los patólogos como oclusión coronaria. El tratamiento debe ser ante todo profiláctico para evitar colocar la paciente en tan grave peligro; durante el accidente tratar de aspirar el aire del ventrículo por punción en el quinto espacio intercostal; el empleo de papaverina, de oxígeno a presión, de antiespasmódicos como la atropina, transfusión sanguínea, etc., son completamente ineficaces. El único caso presentado se debió a una extracción manual de la placenta.

EMBOLIA POR MEDULA ÓSEA: Descrito como un hallazgo en casos de muerte post-convulsiva o altamente traumática, solamente se encontró un caso entre 35 toxemias convulsivas; no se describe ningún caso en la presente estadística.

EMBOLIA POR ACEITE: De rara ocurrencia en Ginecología exceptuando algunos casos de aborto criminal, o al practicar una útero-salpingografía con fin diagnóstico, no revisten mayor gravedad, traduciéndose por alteraciones pulmonares desde disnea hasta casos de neumonitis. En la útero-salpingografía la cantidad de aceite que se inyecta y la presión con que se efectúe dicha inyección son factores de importancia. No debe ser empleado este medio diagnóstico durante la menstruación, inmediatamente pasada ésta o muy precozmente en el puerperio. No hay observaciones al respecto.

EMBOLIA GRASOSA: De frecuente aparición en las fracturas cerradas o en la enucleación de ojo, Dunphy y Ilfeld dan tres condiciones para que se presente: líquido graso libre en los tejidos, venas rotas aparentes en el sitio afectado, y aumento de la presión local por encima de la presión venosa. Sus manifestaciones son especialmente pulmonares y cerebrales y son: polipnea, fiebre, edema pulmonar severo, disnea cianosis; dando en otros casos síndrome confusional y psicosis con convulsiones y coma. El diagnóstico se hace por los rayos X, observándose una imagen difusa en ambos campos pulmonares 24 a 48 horas después del episodio. El tratamiento es oxígeno a presión, antibióticos (en casos de complicación infecciosa), y transfusión sanguínea. El pronóstico depende de la cantidad de grasa que entró a la circulación.

mias y abscesos a distancia en diferentes órganos. El tratamiento con sulfas y antibióticos la mayoría de las veces es ineficaz y se recomienda el tratamiento quirúrgico que consiste en la ligadura de la circulación uterina de retorno, las ováricas derecha e izquierda y la cava inferior. Esta complicación puede seguir a cualquier parto a término, así como también después de toda clase de cirugía pélvica, siendo muy frecuente en los abortos provocados. Se caracteriza por pulso elevado desproporcionado con el dato de temperatura y asociado con calofríos y curva térmica en cima. Los infartos pulmonares se descubren por el examen físico o por medio de rayos X. Desde 1941 se ha utilizado la cirugía como tratamiento en 86 casos, con éxito en 76 o sea un 88% de mejoría; hoy a pesar de los anticoagulantes, sulfas y antibióticos nuestra indicación quirúrgica es igual que en 1941.

FLEGMACIA CERULEA DOLENS (*oclusión venosa aguda masiva de los miembros inferiores*). De-Bakey y Ochner en 1949 recopilaron solamente 56 casos y Veal en 1951 publicó once casos propios; se trata pues de una enfermedad rara. En el presente trabajo solamente se cita un caso. La afección se caracteriza por una marcada congestión venosa, rápida hinchazón del miembro afectado además de cianosis y dolor desgarrador; el uso del bloqueo simpático o de drogas antiespasmódicas es de poco valor, siendo utilizado con éxito por Veal la elevación del miembro afectado a 60 o 75 grados con flexión y extensión rápida del pie, haciendo dicho ejercicio por bastante tiempo con intervalos de descanso. De-Bakey empleó la cirugía y extrajo un trombus femoral con éxito.

EMBOLIA AMNIÓTICA: Los primeros en describirla en 1941, Steiner y Lushbaugh afirmaron que era una de las causas más comunes de muerte materna durante el parto o el puerperio inmediato. En el servicio Tulane del Charity Hospital entre 1950 a 51 hubo tres casos y entre 1940 a 50 no hay ningún caso citado como tal entre las causas de muerte materna, lo cual demuestra no que no se hubiera presentado sino que no fue diagnosticada, por falta de autopsias detenidas y cortes microscópicos pulmonares que comprobaran la existencia de pelo, lanugo o mucus en las arteriolas de este u otro órgano afectado. En los casos difíciles de hacerles la autopsia (por oposición familiar o religiosa) se debe hacer la aspiración de sangre de los ventrículos para hacer el estudio según el método de Gross y Benz y poder apreciar la existencia de un embolus amniótico; de los casos citados, uno se comprobó con autopsia, y dos con el método ya citado. Su sintomatología se confunde con la del shock acaecido durante o inmediatamente después del parto.

EMBOLIA POR AIRE: Se le clasifica según como ésta ocurra, en embolia durante el embarazo y el puerperio, durante una intervención o causada por un traumatismo; las dos primeras se explican por la entrada de aire a los senos venosos placentarios en una placenta medio desprendida, o en el caso de introducir medicamentos a presión durante el embarazo, por contracción uterina en el *abruptio placentæ*, o en el acto quirúrgico como en una cesárea o histerectomía, o bien al ejercitar la enferma la posición genupectoral muy precozmente