

TRATAMIENTO CON TIOCONAZOL EN MICOSIS VAGINAL. EVALUACION DE CUARENTA PACIENTES.

E.C. Curán P. y R. Figueroa A.

Hospital Roosevelt y Hospital Militar, ciudad de Guatemala, Guatemala.

Se realizó un estudio para evaluar la eficacia del Tioconazol en el tratamiento de pacientes portadoras de afección genital por *Cándida Albicans*.

La muestra, constituida por cuarenta pacientes en las cuales se comprobó la afección por *Cándida*, mediante cultivo vaginal en medio de Saboraud. El tratamiento para la afección vaginal y vulvar incluyó preparados de tioconazol en tabletas y en crema, dependiendo de la afección se indicó abstinencia sexual por una semana.

El seguimiento consistió en evaluar la respuesta según síntomas (prurito, rash, descarga, dolor y dispareunia) y signos (eritema, edema, escoriación, erosión vaginal y descarga), valorándose mediante pruebas estadísticas el efecto del tratamiento sobre la presencia del síntoma o signo.

LA PRUEBA DE "SWELLING" EN EL ESPERMOGRAMA.

J.F. Cascante E., G. Monge A., X. Ramírez A.

Instituto Materno Infantil Carit. C.C.S.S., San José, Costa Rica

La prueba de "swelling" valora la capacidad funcional de la membrana del espermatozoide a los intercambios de agua, al incubarlo en una solución hipotónica.

Objetivo del trabajo es determinar el grado de correlación de la prueba de swelling con otras de las variables clásicas del estudio del semen. No se evidenció correlación entre el porcentaje de espermatozoides swelling positivo y las variables cuantitativas de abstinencia, volumen, pH, viscosidad y sangre oculta.

Hubo correlación de los valores de swelling con aquellos de densidad en millones de espermatozoides por ml, vitalidad por tinción supravital de eosina-nigrosina y porcentaje de espermatozoides con motilidad progresiva lineal.

En conclusión la prueba de "swelling" complementa tanto a la prueba de vitalidad, al definir los espermatozoides viables con membrana alterada, como a la valoración de motilidad, diferenciando cuales astenozoospermias tienen su origen en incapacidad de adquirir el substrato energético para la motilidad, de aquellas debidas a alteraciones ultraestructurales del flagelo.

VARIABLES PRONOSTICAS EN ESTERILIDAD CONYUGAL

J.F. Cascante E., F. Madrigal C.

Instituto Materno Infantil Carit. San José, Costa Rica.

A partir del registro de esterilidad conyugal de enero 1987 a junio 1989, el objetivo es comparar variables de edad del varón y la mujer, duración de la esterilidad, tipo de esterilidad y causas, en tres grupos de parejas: embarazadas (n. 115), dadas de alta sin embarazo (n.94) y abandono de la asistencia (n. 80).

En parejas con embarazo la edad del varón (28.3 ± 5.5), de la mujer (25.3 ± 4.4) y duración de la esterilidad fue significativamente menor que en la de alta y sin diferencias con las de abandono. Si bien fue mayor el porcentaje de esterilidad primaria en embarazo (64 vrs 50) no alcanza nivel significativo.

Alteración en función ovárica fue más frecuente en embarazo (73%) que en alta (59% no significativo) y en abandono (53% significativo).

El peritoneo alterado en embarazo (16%) significativamente menor que en alta (33%) y sin diferencia con abandono (19%). Para defectos tubáricos, 25% en embarazos fue significativamente menor que en alta (55%) y en abandono (49%).

En el semen, los anormales fueron significativamente más frecuentes en alta (37%) y abandono (34%) que en las parejas de embarazo (23%). La prueba postcoito alterada fue significativamente menos frecuente en embarazos (38%) que en alta (60%) y en abandono (53%).

Conclusión en nuestra unidad el pronóstico de embarazo se incrementa a menor edad de las parejas, menor duración de la esterilidad y en tratamiento por disfunción ovárica. El alta sin solución o abandono registran la mayor frecuencia enfermedad tubárica y prueba postcoito alterada.

RESULTADOS DE CICLO OVARICO CONTROLADO

J.F. Cascante E., F. Madrigal C.

Instituto Materno Infantil Carit. C.C.S.S. San José, Costa Rica.

Propósito es determinar los resultados en ciclos ováricos controlados con drogas, ultrasonografía, curva de temperatura basal, perfil de moco cervical, en la consulta de esterilidad conyugal. Se registran 645 ciclos de febrero 1987 a abril de 1989, indicados en 39% por anovulación, en 46% por hipofunción ovárica y 15% para mejorar el transporte del espermatozoide.

Los regímenes terapéuticos incluyen clomifeno CC y/o gonadotropina menopáusica humana HMG y/o gonadotropina coriónica HCG. Las diferencias para cada uno de estos, al definir los resultados en embarazo, ciclo normal sin embarazo, defectos del ciclo y sin respuesta, en toda la serie no son significativas.

En los casos de anovulación, el embarazo fue 2.5 veces más frecuente con el uso de HMG que con el de CC, y ciclos sin respuesta 50% en CC contra 30% en HMG. Para anovulación las diferencias en resultados si fueron significativas, no así en casos de hipofunción ovárica y transporte de espermatozoide.

El embarazo se alcanzó en el 9% de los ciclos, un promedio de 2.4 ciclos por paciente y una tasa de embarazo del 20% de las pacientes.

Conclusión: los resultados alcanzados en ciclo ovárico controlado permiten aceptar los procedimientos de tratamiento y diagnóstico como válidos en el manejo de la esterilidad conyugal.

CAUSAS DE ESTERILIDAD CONYUGAL

F. Madrigal C., J.F. Cascante E.

Instituto Materno Infantil Carit C.C.S.S., San José, Costa Rica.

De enero de 1987 a junio de 1989 se registraron 374 parejas estudiadas por esterilidad conyugal, se pretende mostrar las causas por diagnósticos de: defecto de función ovárica, defecto tubárico y peritoneal, defectos en el semen o en la prueba postcoital.

Alteración de la función ovárica se documentó en 239 parejas, 25% anovulación, 21% hipofunción y 17% principalmente fase folicular prolongada, fase lútea inadecuada o luteinización sin ruptura. En 22% fue la única alteración, la asociación más frecuente fue con semen alterado en 16%.

Peritoneo alterado en 88 parejas, 15% por adherencias y 5% endometriosis. Obstrucción tubárica bilateral 12%, unilateral 10% y estenosis uní o bilateral 5%, un total de 102 parejas. La asociación más frecuente fue con defecto de función ovárica 10%, como alteración única se presentó en 6% de las parejas.

El espermograma registró anormalidad en 114 parejas, 6% azoospermia y 25% otras alteraciones. La prueba postcoital alterada en 48% de la serie. El defecto en transporte del espermatozoide se asoció más frecuentemente con disfunción ovárica 25%, como alteración única se presentó en 12%. En 3% de las parejas todos los factores fueron normales y en 4% los cinco factores estaban alterados.

Solamente dos casos factor uterino alterado. En conclusión la causa principal de disfunción reproductiva fue ovárica (2/3), le sigue transporte alterado del SPZ (1/2) y en 1/3 defecto tubárico peritoneal. En 60% de los casos están alterados dos o más de los factores estudiados.

VARIABLES ULTRASONOGRAFICAS EN EL CICLO OVARICO CONTROLADO

F. Madrigal C., J.F. Cascante E., T. Amador M.

Instituto Materno Infantil Carit, C.C.S.S., San José, Costa Rica.

Propósito fue determinar diámetro folicular, espesor y maduración del endometrio por ultrasonografía, según drogas de inducción de ovulación y resultado del ciclo ovárico controlado.

De marzo de 1988 a abril de 1989 en 329 ciclos estimulados con citrato de clomifeno (CC), y/o gonadotropina menopáusica humana (HMG) y/o gonadotropina coriónica (HCG), se registró el diámetro folicular, el espesor y maduración del endometrio con un equipo Sonoline 1300 de Simmens.

Los diámetros foliculares registraron un rango, \pm una desviación estandar, de 16.8 a 25.4 mm, ligeramente mayores en ciclos de CC y menores en aquellos de HMG. El espesor del endometrio y el grado de maduración, tanto en fase ovulatoria como lútea, no mostraron diferencias para cada uno de los regímenes de tratamiento.

No hubo diferencias en el diámetro folicular en ciclos normales, de embarazo o de defecto lúteo, en tanto en los de defecto folicular y sin respuesta fueron significativamente menores. Excepto en los ciclos sin respuesta con un espesor y maduración menor del endometrio, para los demás resultados el comportamiento de estas variables no mostró diferencias.

En conclusión se corrobora que el diámetro máximo del foliculo dominante estimulado con CC es mayor y el estimulado con HMG es menor, sin embargo el tamaño no predice el resultado del ciclo. Con respecto a la ultrasonografía del endometrio, únicamente fue útil en los ciclos definidos como sin respuesta.

TRATAMIENTO DEL DOLOR POST-OPERATORIO CON PIROXICAM* EN CIRUGIA GINECOLOGICA

J. Escobedo A., Hospital Roosevelt,

Guatemala

Se reportan los resultados obtenidos en 30 pacientes operadas por diversos procesos ginecológicos, en las cuales se valoró el uso de piroxicam IM en dosis única de 40 mg durante los dos primeros días, seguido de una cápsula de 20 mg diaria durante los siguientes tres días, como única droga para el dolor. Las pacientes fueron evaluadas con diferentes escalas para medir el dolor, tanto por el investigador como por el paciente, al inicio y a las 1, 2, 4 y 6 horas del tratamiento durante los cinco días del mismo.

El primer día de la observación 76.7% presentaban dolor severo y 23.3% moderado. Una hora después el 76.7% no presentaba dolor y los restantes, excepto una paciente tenía dolor leve. La duración de la analgesia duró las 24 horas hasta la administración del día siguiente. El alivio fue evidente durante los restantes días.

Solamente dos pacientes manifestaron efectos secundarios del aparato digestivo durante el tratamiento oral, pero en ambos cedió fácil y rápidamente.

En el criterio de pacientes e investigadores, el piroxicam obtuvo una eficacia excelente o buena en el 96.7% en el alivio del dolor.

Los investigadores concluyen que el piroxicam es un recurso útil en el tratamiento del dolor post-operatorio en cirugía ginecológica.

QUIMIOTERAPIA DE COMBINACION DE SEGUNDA LINEA CON MITOXANTRONA Y CISPLATINO EN CANCER AVANZADO DEL SENO: REPORTE PRELIMINAR DE RESPUESTA Y TOXICIDAD

J. C. Raymundo, C. F. Moisa, L. López.

Instituto Salvadoreño del Seguro Social, San Salvador, El Salvador

Este trabajo es un estudio piloto basado en un protocolo de investigación que persigue determinar la efectividad de la combinación de mitoxantrona y cisplatino en el manejo de pacientes con cáncer avanzado del seno previamente tratadas con Quimioterapia de primera línea con Doxorubicina y Ciclofosfamida. Diez pacientes con cáncer avanzado del seno fueron tratadas con mitoxantrona 12 mg/m² EV y Cisplatino 50mg/m² EV cada 3 a 4 semanas, hasta un máximo de 6 ci-

culos. La indicación de segunda línea fue persistencia 7 casos (70%) y recurrencia 3 casos (30%). Los tipos de lesión evaluadas fueron seno y axila homolateral, seno y axila contralateral, cutánea extensa, pulmonar, hepática, abdominal, supraclavicular y óseas múltiples. Se obtuvo el 43% de respuestas completas. El mayor índice de respuesta fue pulmonar, abdominal y ganglionar. No puede evaluarse aún la duración de la respuesta. La toxicidad fue predominantemente hematológica, anemia, leucopenia y granulocitopenia fueron factores limitantes del tratamiento (40%). No hubo toxicidad cardiaca. En 2 casos (20%) la toxicidad gastrointestinal fue severa.

LESIONES PREMALIGNAS DE CERVIX METODOS DE TAMIZAJE

A. Calderón Z.

Consulta Privada, San José, Costa Rica.

El Propósito del presente estudio es el de comparar la sensibilidad del Papanicolau y la Colposcopia como métodos de tamizaje en el diagnóstico de lesiones premalignas del cervix. Fue realizado en la consulta privada y consta de un total de 3076 Colposcopias consecutivas realizadas entre 1980 y 1989. De estas, fueron tomadas 161 biopsias de las cuales se cuenta con los reportes para su análisis. Se estudiaron las siguientes variables: edad, paridad, estado civil, diagnóstico del Pap, Colposcopia y Biopsia.

Resultados: el Pap mostró un 21% (28 casos) de falsos negativos, encontrándose además en 38 casos (29%) un diagnóstico importantemente menor (dos grados o menos) con respecto a la biopsia; dando la prueba una sensibilidad del 71%, en contraste con un 96.8% de la Colposcopia. De 5 casos de carcinoma invasor, 4 fueron diagnosticados correctamente por la Colposcopia y el quinto reportado como mosaico, siendo la biopsia de Ca invasor. De estos 5 casos, sólo en 1 el Pap hizo el diagnóstico correcto.

Se concluye que la Colposcopia es notablemente más sensible que el Pap.

VARIABLES EN LA PREDICCIÓN DE LA OVULACION.

J.E. Suárez M., J.F. Cascante E., F. Madrigal C.

Instituto Materno Infantil Carit, C.C.S.S., San José, Costa Rica

El objetivo fue determinar el comportamiento de la curva de temperatura basal (CTB), el crecimiento folicular y maduración del endometrio determinado por ultrasonografía y el perfil de moco cervical en ciclos ováricos espontáneos.

De la consulta de esterilidad conyugal, de marzo de 1988 a junio de 1989, en 45 ciclos se registraron todas las variables y además fueron definidos como normales o de embarazo, sin inducción de la ovulación.

La CTB registró una fase folicular de 14 ± 1.6 días y una lútea de 13.8 ± 0.8 días; en 12.6 ± 1.5 días en la fase lútea la temperatura aumentó sobre el promedio de todo el ciclo, y una diferencia 0.3 grados con respecto al promedio folicular.

El foliculo dominante de 19.5 ± 2.3 mm el día 13.7 ± 1.4 . El endometrio con un espesor de 11.2 ± 1.5 mm el día 13.8 ± 1.2 se distribuyó en 78% tipo B y 5% tipo A; en tanto el día 23.3 ± 1.3 el espesor fue de 12.8 ± 1.8 mm, con 45% tipo B y 55% tipo A.

La curva de moco cervical mostró al día 13.5 ± 1.2 un score de 10.7 ± 3.2 puntos, con un incremento sostenido del día 10° al 14° del ciclo.

En conclusión, la CTB con incremento mínimo en 12 días de la fase lútea a un promedio de 0.3°C , un foliculo dominante de 17 a 21 mm de diámetro, el endometrio clasificado como B o A y un score cervical mínimo de 9 puntos, nos definen normalidad de las variables predictivas de ovulación, siendo de utilidad estos rangos para la valoración de ciclos ováricos espontáneos e inducidos en la consulta de esterilidad conyugal.

ESTERILIDAD PRIMARIA Y CALCIFICACION ENDOMETRIAL: PRESENTACION DE UN CASO

R. Slon H.

Medicina Nuclear, Hospital San Juan de Dios, San José, Costa Rica

Paciente 28 años, casada, GO PO, sin antecedentes de importancia, en estudio por esterilidad primaria, a quien se le practicó histerosalpingografía el 29/5/84, reportada como normal.

Un año después, 15/5/85, se le efectúa estudio ultrasonográfico de pelvis para seguimiento folicular, encontrándose ovario izquierdo con foliculo maduro y útero de tamaño normal, pero con calcificación lineal en cavidad endometrial. Estudio realizado 7 días después mostró ovario izquierdo normal, pero persistía la calcificación endometrial. El 23/5/85 se le practica LUI, obteniéndose un material calcáreo, como "cáscara de huevo", siendo el informe histológico: "Fragmentos de endometrio caracterizados por estroma fibroso con escasas glándulas. Estas muestran un patrón atrófico con lúmenes tubulares y revestidas por células cúbicas bajas. Hay sueltos numerosos fragmentos de material basófilo calcificado granular y en algunos fragmentos de endometrio, calcificaciones del estroma. No hay inflamación crónica ni evidencia de enfermedad granulomatosa. DX: endometrio atrófico con calcificaciones".

Un tercer estudio ultrasonográfico realizado el 30/5/85 mostró la persistencia de una pequeña cantidad de la calcificación, que se terminó de extraer con una cucharilla de Novak, lo que se evidenció en un control ecográfico posterior.

El 30/1/86 se le efectúa el último ultrasonido reportándose embarazo normal de 10-11 semanas.

TRATAMIENTO DE LAS DISTROFIAS VULVARES REBELDES

A. Mora A.

Consulta Externa de Ginecología, Hospital San Juan de Dios, San José, Costa Rica

En pacientes portadoras de distrofia vulvar rebelde se utilizó inyección intradérmica de enantato de testosterona 65mg y valeriato de estradiol 4mg, más el uso tópico de crema de hidrocortisona o de 4-clorotestosterona (trofodermin) dos veces al día.

Analizados los resultados en diez casos de distrofia vulvar, se registró una respuesta adecuada con 5 a 7 aplicaciones intradérmicas en el curso de dos meses, complementado con la autoaplicación de la crema local.

ESTUDIO COMPARATIVO DE FACTORES DE RIESGO Y MARCADORES TUMORALES EN ADENOCARCINOMA DE ENDOCERVIX Y ENDOMETRIO

M.P. Navas A.,

Hospital México, San José, Costa Rica

Propósito del trabajo: determinar diferencias en los factores de riesgo y características inmunohistoquímicas e inmunocitoquímicas entre ambos tipos de tumor.

Se revisaron 20 casos de adenocarcinoma de endocervix y 20 casos de adenocarcinoma de endometrio de set. 1969 a jun. 1987, datos clínicos se tomaron de los expedientes y en las muestras de histopatología se efectuó diferenciación de mucinas neutras, de sulfomucinas, inmunohistoquímica de peroxidasa-antiperoxidasa e inmunocitoquímica por técnica ACE.

La hipertensión arterial y la diabetes mellitus se asoció en menos del 25% de los casos de ambos tumores, la poliquistosis ovárica y la hiperplasia endometrial no fueron relevantes.

En la inmunohistoquímica predominó el patrón mixto (mucinas y sulfomucinas), asociado a un mejor pronóstico.

No hubo diferencia significativa entre los tumores para la ACE, pero sí tendencia a negatividad a menor grado de diferenciación.

Conclusión: no se comprobó en la serie la asociación con factores de riesgo citados universalmente. La prueba de ACE sirve para determinar la progresión de la enfermedad en ambos tipos de tumor y al negativizarse el pronóstico es más adverso. Ambos tipos de tumor producen mucinas mixtas, las neutras son más frecuentes en adenocarcinoma de endometrio; hay tendencia a menor sobrevida cuando el patrón de mucinas es mixto, lo que le confiere un valor pronóstico.

MANEJO DE LA LABOR DE PARTO CON DIAGNOSTICO DE DESPROPORCION CEFALOPELVICA

J.F. Guerra O., J.F. Cascante E.

Instituto Materno Infantil Carit, C.C.S.S., San José, Costa Rica

Se plantea como propósito de documentar algunas variables en el manejo de la labor de parto en casos con diagnóstico de desproporción cefalopélvica.

La muestra de 523 casos corresponde al 9.2% de un universo de partos atendidos en 1987, 1988 y 1989, en ella se planteó el diagnóstico de DCP. Se registró tipo de parto, estado de las membranas, inicio y evolución espontánea o inducida-conducida, duración de la labor y expulsivo, trabajo de parto, cantidad y forma de manejo de occitocina, así como tipo de control de la labor.

En 51% de la muestra el parto fue por cesárea y en 77% de ellas se documentó DCP radiológica, en tanto para la vía vaginal la DCP Rx. fue en 25%. No hubo diferencias en el estado de las membranas al ingreso, ni en el inicio o evolución de la labor espontánea, inducida o conducida.

El promedio de horas de labor en cesárea fue de 1.6, en relación a 4.4 en parto vaginal. Para el período expulsivo en cesárea el promedio fue de 1 minuto, en parto vaginal lo fue de 20 minutos. El trabajo de parto alcanzó 670 U.M. en cesárea, versus 1700 U.M. en los casos de vía vaginal.

Para el empleo de occitocina no hubo diferencias en el manejo manual o con bomba de infusión, sin embargo en las cesáreas se usó 170 mUI de occitocina en relación a 370 mUI

en parto vía vaginal. Conclusión: ante el diagnóstico de DCP se interviene precozmente sin prueba de parto, en tanto la evolución de los casos con parto vaginal, demuestra variables con valores en el rango de lo fisiológico.

FACTORES DE RIESGO PARA PARTO DE PRETERMINO

J. Edo. Navarro C., A. Calderón Z.

Instituto Maternidad Carit, CCSS, San José, Costa Rica.

El objetivo del presente trabajo es, mediante un estudio retrospectivo de casos y controles establecer cuáles son en nuestro medio los factores de riesgo prevalentes en el parto de pretérmino.

Materiales y métodos: Un total de 13851 partos, en el período de febrero 1986 a febrero 1988 en el IMIC, de los cuales 490 fueron partos de pretérmino, escogiéndose una muestra de 200 al azar sistemático. Se seleccionó como grupo de control un total de 206 expedientes de casos de la consulta prenatal del IMIC.

Resultados: El grupo etario de 15 a 20 años resultó ser el factor de riesgo significativo de prematuridad ($p:0.01$) no así el resto de los grupos. El no ser casada significa en factor de riesgo ($p:0.0001$). La anemia predominó en el grupo de pretérmino ($p:0.0007$). Otras variables que se constituyeron en factores de riesgo fueron: sangrados del tercer trimestre, amenaza de parto prematuro, hipertensión arterial.

Se concluye que los factores anteriormente citados son significativos en la génesis del parto de pretérmino.

HIPERTENSION EN LA EMBARAZADA COMO CAUSA DE BAJO PESO AL NACER.

A. Calderón Z., W. Chan Ch.

Instituto Materno Infantil Carit, CCSS, San José, Costa Rica.

Los objetivos del presente estudio son: 1. Establecer la importancia de la hipertensión en la embarazada como causa de bajo peso al nacer (BPN). 2. Determinar que tipo de hipertensión (Inducida o crónica) y que grado de severidad de las mismas colabora con la mayor incidencia de bajo peso al nacer.

Materiales y métodos: Se realiza un estudio prospectivo histórico, analizando los expedientes de 148 embarazadas hipertensas en el IMIC entre los años 1986 y 1987. Se analizan como variables independientes la edad, paridad, tipo de hipertensión y como variable dependiente el peso al nacer.

Resultados: 115 pacientes resultaron ser hipertensas inducidas contra 33 crónicas. La media del peso para las primeras fue de 2884 g (DS 740 G) y para las crónicas de 3141 g (DS 652 G).

31 pacientes (20.94%) tuvieron productos con bajo peso, de las cuales 28 eran Inducidas y 3 del grupo de las Crónicas ($p=0.09$). De las 31 pacientes con productos con BPN, 22 (66.6%) correspondían a productos pequeños para edad gestación. La hipertensión inducida severa mostró diferencias estadísticas significativas con respecto a las crónicas y al resto de inducidas como causa de BPN. Se concluye que la hipertensión arterial en el embarazo es una causa importante de BPN.

FACTORES DE RIESGO PARA DIABETES GESTACIONAL B. Burgos Z., A. Calderón Z.

Instituto Materno Infantil Carit, CCSS, San José, Costa Rica.

Con el fin de detectar cuáles factores de riesgo son importantes para la detección de embarazadas que podrían desarrollar diabetes gestacional, se elaboró este trabajo retrospectivo de casos y controles.

Materiales y métodos: Se analizan los expedientes de 60 casos de diabetes gestacional, en el IMIC, entre enero de 1980 y agosto de 1987 y se compara con un número igual de casos controles elegidos al azar sistemático.

Resultados: Se comprueba que la historia clínica es un método sensible para detectar dicho padecimiento cuando ésta incluye los siguientes factores de riesgo: edad materna mayor de 25 años, obesidad, macrosomía previa e hipertensión durante el embarazo; todos los cuales mostraron una diferencia altamente significativa con el grupo control.

Significativo resultó el antecedente familiar de diabetes; la multiparidad e hipertensión en embarazos anteriores. No hubo diferencias con respecto a antecedentes de óbitos ni malformados.

Se concluye que, los factores de riesgo citados, son de utilidad en la detección de este trastorno del metabolismo en nuestras embarazadas.

CORRELACION DE VARIABLES ULTRASONOGRAFICAS REGISTRADAS EN EL FETO CON LA ANTROPOMETRIA EN EL RECIEN NACIDO Fdo. Madrigal C.

Instituto Materno Infantil Carit, C.C.S.S., San José, Costa Rica

El objetivo fue la correlación de la edad gestacional por fecha de última regla (FUR), la estimada por ultrasonografía (US) y examen físico del recién nacido (RN), además de correlación del peso fetal estimado por US con el registrado en el recién nacido.

De los estudios prenatales de US, se seleccionaron aquellos en que se registró antropometría fetal para predecir edad gestacional y peso según las tablas de Hardlock, y que el nacimiento se diera en el curso de los siguientes 7 días.

La edad gestacional promedio por FUR no varió significativamente de la determinada por US, pero entre aquella por US y la del examen neonatal si hubo diferencias significativas. No se registró correlación entre edades por FUR y US según el estadístico R de Pearson, dada la contribución de edades post-termino por FUR. Sin embargo para los casos sin patología o del sexo masculino, si hubo significativas diferencias entre FUR y US. En relación al peso estimado no hubo diferencias en la registrada en US y la documentada al examen neonatal, con una alta correlación entre el estimado y el real según la R de Pearson. La presencia o ausencia de patología, o el sexo del recién nacido, no modificó la correlación entre el peso estimado por US y el real.

En conclusión el estudio fetal por ultrasonografía brinda un excelente aporte al cuidado prenatal para la estimación del peso fetal, sin embargo la correlación no fue tan satisfactoria en relación a la edad gestacional por FUR o al examen neonatal.

DETECCION PRENATAL DE MALFORMACIONES CONGENITAS POR ULTRASONIDO

R. Slon H. Medicina Nuclear

Hospital San Juan de Dios, C.C.S.S., San José, Costa Rica

El gran desarrollo diagnóstico y técnico en los últimos años ha cambiado dramáticamente la perspectiva del cuidado fetal.

Con la introducción de la ecografía bidimensional por primera vez se pudo estudiar el fenotipo fetal y hoy día, con la excelente resolución de los equipos ultrasonográficos actuales, se puede delinear la anatomía fetal normal con gran detalle y por lo tanto identificar aquellos defectos congénitos que tengan cierta expresividad estructural o morfológica, como es la regla en el caso de las llamadas malformaciones "mayores".

Además, la ecografía no solo desempeña un papel fundamental en el diagnóstico prenatal directo de un gran número de malformaciones, sino que ha permitido el desarrollo y seguridad de determinadas técnicas diagnósticas y terapéuticas (amniocentesis, foniculocentesis, transfusión vascular, etc.)

Si bien el 2% de los hijos de padres sanos pueden portar alguna alteración congénita, la gran mayoría de las anomalías aparecen en un grupo de "alto riesgo malformativo" (se enumeran).

El ultrasonografista debe sospechar la posibilidad de una malformación, siempre que observe, en cualquier caso, los siguientes hallazgos (se enumeran).

¿Qué constituye un estudio ultrasonográfico adecuado? Necesidad de realizar un estudio sistematizado, para evitar que se "escape" alguna malformación.

A continuación se enumera las malformaciones que se pueden diagnosticar por ultrasonido y se presentan varias imágenes de casos detectados por el autor.

EVALUACION DEL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO EN UN GRUPO DE PACIENTES EMBARAZADAS: ANALISIS DE 145 CASOS

A. Gei B., A. Calderón Z, L. Gozalo D.

Instituto Materno Infantil Carit, C.C.S.S., San José, Costa Rica

El presente estudio tiene como propósito el establecer el efecto de los diferentes tratamientos antihipertensivos sobre los resultados obstétricos y perinatales, independientemente del tipo y severidad de la hipertensión arterial. Se revisaron para ello 166 expedientes de pacientes hipertensos de la Consulta Prenatal de Alto Riesgo Obstétrico del IMIC durante los años 86 y 87. Fueron excluidos 21 casos por datos incompletos. De los 145 casos, el 71.6% fueron portadoras de HTA inducida por el embarazo, 22.6% fueron HTA crónicas, 3.4% hipertensas latentes y 2.7% hipertensas crónicas transitorias.

Los tratamientos empleados con mayor frecuencia fueron el alfa-metildopa (55.1%); las medidas generales (35.1%) y la hidralazina (13.7%). Otros tratamientos empleados fueron los bloqueadores beta (atenolol en 2.7%, propranolol en 0.68%) y los diuréticos en un 2.1%.

La respuesta al tx fue interpretada como buena en un 40% de las pacientes; muy buena en un 22.8% y no hubo respuesta en un 19.3% de los casos. No hubo asociación estadísticamente significativa entre la utilización de uno u otro trata-

miento y la posibilidad de tener un RCIU, óbito fetal, DPPNI, encefalopatía hipertensiva, accidentes vasculo-cerebrales, edema pulmonar, partos con fórceps, sufrimiento fetal agudo o complicaciones puerperales.

Encontramos relaciones estadísticamente significativas entre el uso de medidas generales y/o alta metildopa y un curso del embarazo sin complicaciones.

Otras relaciones significativas con respecto al parto por cesárea, la hipoxia neonatal, la prematuridad y la incidencia del síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido, son presentadas y discutidas. Se hacen también consideraciones de costo para cada uno de los tratamientos empleados.

**COARTACION DE AORTA Y EMBARAZO.
REPORTE DE UN CASO
Y REVISION DE LA LITERATURA**

A. Gei B., J. L. Gozalo D.

Instituto Materno Infantil Carit, C.C.S.S., San José, Costa Rica

Se presenta el caso de una paciente con HTA crónica atendida en la consulta prenatal y el Servicio de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) del IMIC, durante el año 1989.

XQM; 21a, AHF(+): HTA, APNP: Tab y OH (-), APP: HTA(+) conocida desde 1985 en control médico irregular tx: a-Metildopa y furosemida. AGO G3P1A1 1º Emb. (HSJD) 1985, cesárea por HTAIE y pélvico

2º Emb. (HSJD) 1988 Aborto espontáneo +/-16 semanas.

EA: FUR: 18-09-88, 1º Ingreso: HTA crónica, Tx aMetildopa 250 mg bid,

2º Ingreso: Emb. 38.5 semanas, por FUR, ingresa por HTA con cefalea leve frontal. Al examen presenta datos posi-

tivos de PA: 160/90 buen estado general, FO: normal. RsCsRs Soplo protomesosistólico gII, de predominio en zona para esternal derechas, con irradiación a carótidas y región interescapular.

Pulsos 3-4(+) en Ms Ss y 0-1(+) en MsIs.

AU 31 cm, cefálico, CF: 132x' MF(++), TV: cuello parcial borrado anterior, apenas permeable.

Evolución: Se logró confirmar la coartación de aorta por medio de ecocardiografía. Curso asintomática y normotensa hasta el momento de la cesárea salpingectomía, mediante la que se obtuvo un producto femenino de 2900 gramos, apgar 9-9. Madre y niño egresan al 5º día sin complicaciones. Cita post parto PA: 160/90 Tx: a-Metildopa 250 mg bid.

Comentario: 1. La CoAo se asocia 1.03 por 100.000 embarazos. 2. El embarazo es posible en estas pacientes con una buena tolerancia; además los índices de prematuridad y morbimortalidad perinatales son similares al resto de la población. 3. Su PA mantiene cifras elevadas en un inicio, descendiendo en el II trimestre y ascendiendo de nuevo en el III, la cual se observa en embarazos normales o acompañados de esta patología. Además los valores de PA se mantuvieron similares antes y durante el embarazo. 4. De las complicaciones más frecuentes, ruptura de la aorta, AVC, endocarditis y/o endoaortitis infecciosa no se presentaron en nuestro caso. 5. La vía de parto es controversial; cesárea electiva vrs parto vaginal con aplicación de fórceps profiláctico; el criterio obstétrico en cada caso debe ser el que determine la conducta a seguir.

Conclusión: La CoAo es una patología infrecuente de ARO; sin embargo, generalmente no va a variar ni el curso ni el pronóstico final del embarazo.