

Tratamiento Ambulatorio de la Anquilostomiasis en la Embarazada

Estudio de 100 Casos*

Dr. Cecilio Aranda M.**

Dr. Jorge Arguedas Gamboa***

INTRODUCCION

Nos atrevemos a presentar este trabajo sin pretensión alguna, a no ser la de estimular el estudio de este binomio tan frecuente de nuestro medio: parasitosis y embarazo.

La selección de la Anquilostomiasis como parasitosis estudiada, ha sido premeditada, tomando en consideración que este parásito ocasiona los más severos cuadros de anemia y por considerarse el tetracloroetileno como uno de los vermífugos cuya indicación causa más temor en su aplicación, en comparación con los nuevos anti-parasitarios.

No valoramos la efectividad del mismo, pues actualmente consideramos ésta no sea discutible. Igualmente no nos fue posible establecer comparaciones en relación con la mejoría del cuadro hemático, por haberse realizado el estudio en medios rurales. Esto se logró en pocos casos, y debemos observar que los mejores resultados son obtenidos, cuando se estableció el tratamiento anti-parasitario precozmente y simultáneo con la terapéutica antianémica.

46 de 100 casos tratados son procedentes de la Provincia de Limón, atendidos en la Unidad Sanitaria de ese Puerto. Los restantes del Cantón de Santa Ana de la Provincia de San José.

En todos los casos salvo uno de ellos la desparasitación se hizo en forma ambulatoria, el caso hospitalizado se debió al mal

* Trabajo Presentado en el X Congreso Médico de Costa Rica.

** Director Maternidad Carit. Profesor Adjunto de Obstetricia de la Facultad de Medicina.

*** Director de la Unidad Sanitaria de Santa Ana y Hatillo. Prof. Adjunto de la Cátedra de Medicina Preventiva. Escuela de Medicina.

estado del paciente con Hg. 2.43 y eritrocitos de 2.000.000. La dosis de tetracloroetileno fue de 9 gr., aplicando 2 - 3 - 4 gr., respectivamente por día en ayunas, sin purgante posterior y con las recomendaciones habituales. Se insistió en la necesidad de terminar el tratamiento aún en presencia de algunas manifestaciones frecuentes como mareos, náuseas, etc. Estos se presentaron con más o menos la misma incidencia que se encuentran en no embarazadas, sin ser obstáculo para la aplicación de la dosis total.

En parasitosis asociada dimos prioridad al tratamiento con tetracloroetileno salvo en presencia de *Ascaridiasis* en cuyo caso procedíamos a atacar este parásito en la casi totalidad de los casos con derivados de la piperacina. También en ocasión de *amibiasis* aguda, lógico fue que resolviéramos primero esta infección.

La literatura encontrada es pobre, en relación a la desparasitación de embarazadas. Diferimos notablemente en cuanto al trabajo del capítulo sobre parasitosis en el Tratado de Obstetricia del Prof. Juan León, quien dice: "La anquilostomiasis durante el estado grávido puerperal reviste una gravedad extrema; la anemia de tipo hipodromica y microcítica es muy acentuada (menos de 1.500.000 glóbulos rojos y Hg. 10 gr.) pasando la mortalidad materna de 25%. La anquilostomiasis ejerce una influencia nefasta sobre la preñez que interrumpe en más de la mitad de los casos. La muerte letal intrauterina es también frecuente".

Concordamos con las conclusiones del trabajo de los Dres. Urcuyo G., Stein de Guzmán y Terán Valls, publicado en febrero de 1950 en la Revista Médica de Costa Rica, salvo con la novena que afirma que que "el hijo prematuro es la consecuencia de este cuadro patológico", quizá porque dichos autores enfocan su estudio en anemias graves de cualquier etiología y con valores menores de dos millones de eritrocitos.

En la Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, aparece un interesante trabajo del Dr. Luis Dao "Parasitosis intestinal y embarazo en una zona rural", en el que refleja muchos aspectos equivalentes a nuestro medio, siendo algunos de sus resultados iguales a los que obtuvimos:

"1. La administración del tratamiento antiparasitario, indudablemente señaló magníficos resultados, que se revelaron por aumento de los valores hemáticos, mejoría del estado general.

2. No observamos abortos, ni complicaciones con el uso de vermífugos, tomando en consideración las dosis recomendada y cuidados señalados.

3. El tetracloroetileno y el hexilresorsinol se mostraron como los más eficaces".

A continuación analizaremos nuestros casos:

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

Patología Anterior:

De los 100 pacientes, 9 de ellos nos indicaron haber presentado abortos anteriores. En 3 casos revelaban historia de feto muerto intra uterino anterior, uno de los cuales por placenta previa. Uno de ellos, una 13ª gesta se caracterizaba por su notable patología anterior (aborto, feto muerto en útero, hemorragia postpartum, prematuro anterior, fórceps, retención placentaria) y fue solo este caso de los seguidos hasta el parto que nos dio un niño prematuro de 2.200 grs., y retención placentaria.

Edad del Embarazo: Al inicio del tratamiento las edades de los embarazos podemos resumirlos en el siguiente cuadro:

Del 1º al 2º mes	0 casos
" 2º al 3º mes	3 "
" 3º al 4º mes	9 "
" 4º al 5º mes	21 "
" 5º al 6º mes	19 "
" 6º al 7º mes	18 "
" 7º al 8º mes	20 "
" 8º al 9º mes	10 "

Es notable el predominio a partir del 4º mes. La razón principal es que la asistencia a consulta prenatal en nuestras zonas rurales son en promedio después de esa fecha. Además antes de la misma, solamente iniciamos el tratamiento, después de convencernos de la inocuidad del mismo, y en aquellos casos que podíamos mantener una más severa vigilancia. También conocemos el elevado porcentaje de abortos durante el primer trimestre por factores otros que la anquilostomiasis, y temimos que las madres atribuyesen el aborto, en caso de que se presentase a la desparasitación. Sin embargo, estamos convencidos que esta debe iniciarse lo antes posible y no interrumpe la evolución del embarazo aún en sus inicios.

PARIDAD

Dato no buscado en los primeros casos, de ahí lo elevado de los 32 ignorados, cuya paridad desconocemos. Podemos desglosarlos en la siguiente forma:

Primíparas	16
Multíparas	34
Gran multíparas	18
Ignorados	32

Esta parasitosis, como se ve se encuentra repartida independientemente de la paridad.

Cifras promedio de Hemoglobina antes del tratamiento.

En vista de haber tomado este datos unas veces en porcentaje y otras en gramos, procedemos a dar un promedio para uno y para otros, poniendo entre paréntesis los valores extremos encontrados.

En Porcentaje: Promedio 69% (55% y 90%)

En gramos: Promerio 10.23 gr. (2.43 y 13 gr.)

Algunos casos fueron estudiados mejor en este sentido, pero por ser los menos no los reportamos. Igualmente no pudimos obtener controles posteriores, en todos los casos, pero observamos en general que dichas cifras mejoran poco a pesar del tratamiento antianémico, sino han sido desparasitadas. Igualmente en los desparasitados sin medidas para corregir la anemia la recuperación es lenta. Los mejores resultados por sus cifras y rápida evolución, son en aquellos que se inicia paralelamente la desparasitación y la aplicación de derivados ferrosos.

Efectos secundarios al tratamiento

Sobre la madre: nada que difiera de lo encontrado en los pacientes con anquilostoma, tratados con esta droga (mareos, náuseas, cefalalgias ligeras, etc.), en cambio desapareciendo muchos de los síntomas típicos de esta parasitosis, con recuperación del estado general.

Sobre el feto: En ningún caso tratado la paciente presentó aborto. En 58 casos hemos podido seguir la evolución hasta el parto habiendo encontrado 1 caso de cada uno de los siguientes padecimientos, no atribuibles al tratamiento: sufrimiento fetal, cesáreas, podálico, prematuro.

En esos casos no hemos encontrado ni feto muerto ni mal formaciones congénitas.

Peso promedio de los niños de madres tratadas:

Este fue en esos 58 casos de 3.032 gramos con valores extremos de 2.200 gr. y 3.400 gramos.

Debe observarse que sólo un prematuro hubo en el lote de los fetos estudiados, procedente de la madre con antecedentes de otros prematuros y otros antecedentes obstétricos ya citados.

Resumen

Se presentan 100 casos de embarazadas con anquilostomas, tratados con tetracloroetileno, en zona rural, en forma ambulatoria.

Se demuestra la inocuidad tanto para la madre como para el feto, de la droga usada.

Conclusiones:

1. La anquilostomiasis es parasitosis muy frecuente en nuestro medio rural, no escapando de esa regla las embarazadas.
2. El embarazo no es contraindicación para el uso de tetracloroetileno en anquilostomiasis.
3. Tanto más precoz la desparasitación más rápida la mejoría del paciente.
4. La desparasitación y antianémicos usados al mismo tiempo, dan los mejores resultados.
5. El tetracloroetileno no es causa de abortos, ni de prematuridad, ni de feto muerto intrauterino, ni de malformaciones congénitas.
6. El tratamiento puede hacerse a domicilio, salvo en presencia de anemias intensamente severas, o patología asociada que ameritan medidas hospitalarias.

BIBLIOGRAFIA

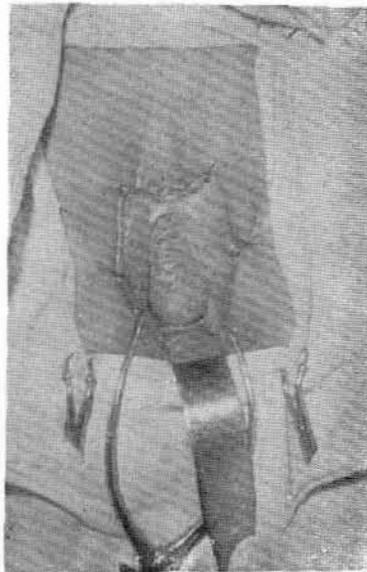
- LEON JUAN, Prof. — Tratado de Obstetricia.
- URCUYO C., STEIN M., TERAN M., — Revista Médica de Costa Rica; febrero 1950.
- DAO L. — Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, N° 4. 1952.
- VERONEZI R. — Enfermedades Infecciosas y Parasitarias.
- PESSOA, S. — Tratado de Parasitología.

Técnica Alvarez Iraeta para la Reparación del Recto-Cistocele con Incontinencia de la Orina

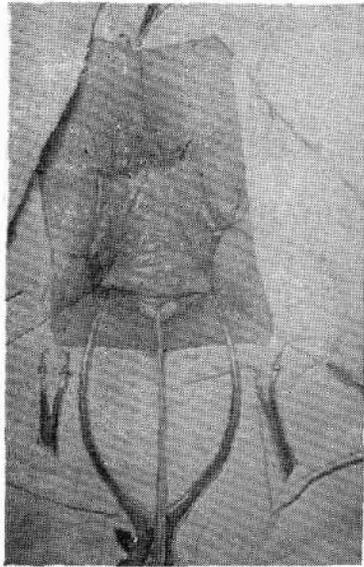
Dr. Rodrigo Ramírez Segura*

Para corregir el rectocistocele con incontinencia urinaria, después de haber probado las diferentes técnicas tanto vaginales como las combinadas abdomino-vaginales, hemos ideado la técnica que modifica la parte anterior (cistocele con incontinencia urinaria).

En total hemos operado 30 casos que hemos controlado durante seis meses sin ninguna recidiva hasta el momento.

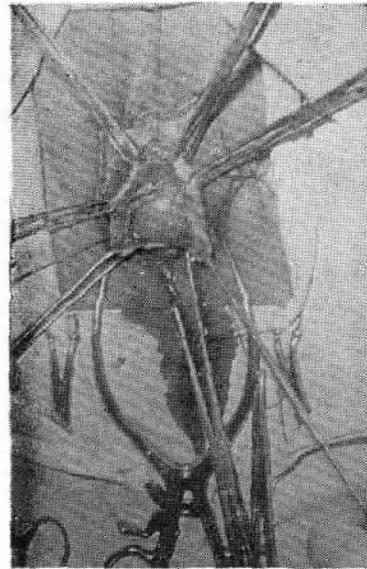


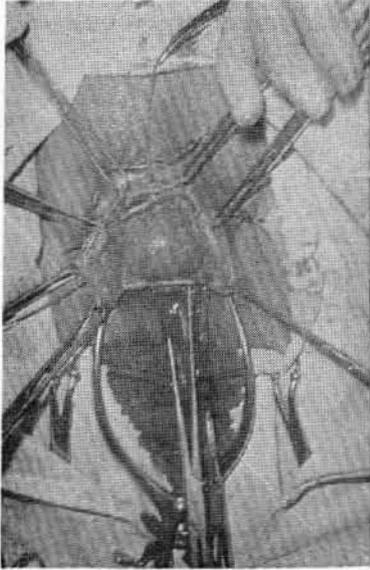
* Del Servicio de Ginecología. Hospital Central de la Caja Costarricense de Seguro Social. Jefes: Dr. Acosta Guzmán y Dr. Alejandro González Luján.



1.—Después de fijado el cuello del útero con una pinza de Museau y tirando de ella verticalmente hacia abajo se coloca un punto de referencia al centímetro por debajo del meato urinario, luego lateralmente y a 3 cm. aproximadamente de una línea oblicua hacia abajo y afuera, que parte del primer punto, se colocan dos puntos de referencia que formarían un triángulo de base inferior.

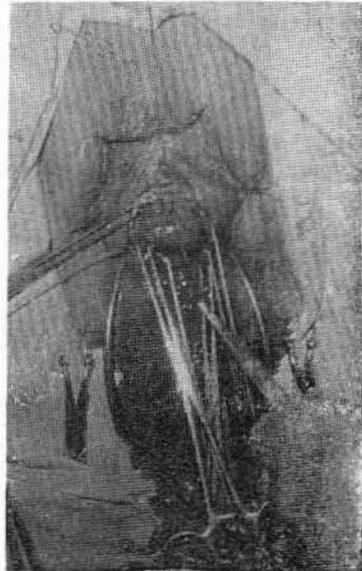
2.—La incisión en T invertida comienza en el cuello del útero por encima de la pinza de Museau a la altura de la inserción vesical y sube hasta el punto de referencia superior separando con tijera de disección la pared anterior de la vagina de la vejiga.

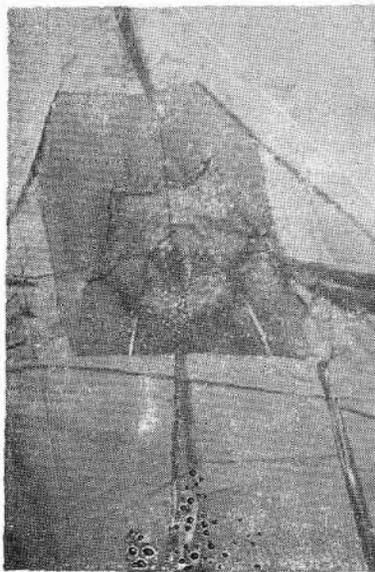
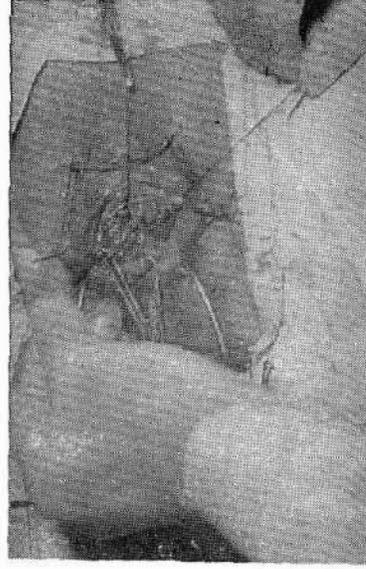
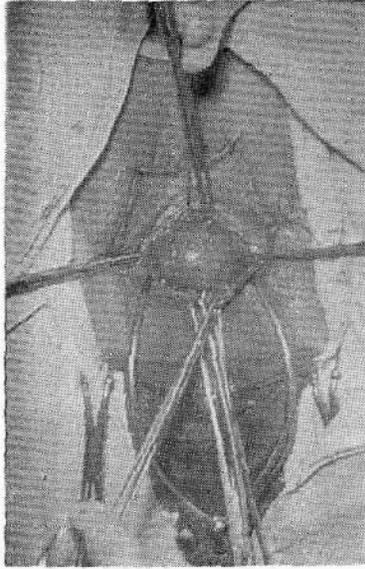




3.—Luego como en la Colporrafia clásica se libera totalmente la vejiga y se elimina el tejido sobrante con tijera pasando por dentro de los puntos laterales de referencia hasta el punto superior.

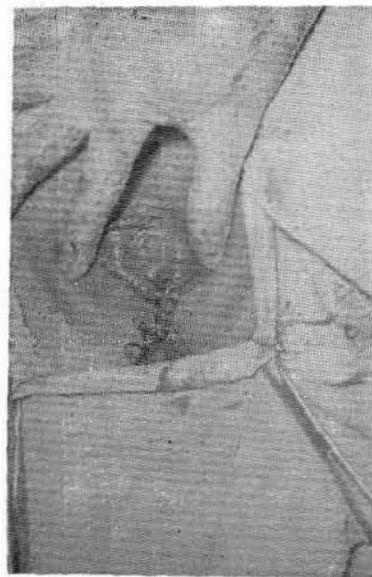
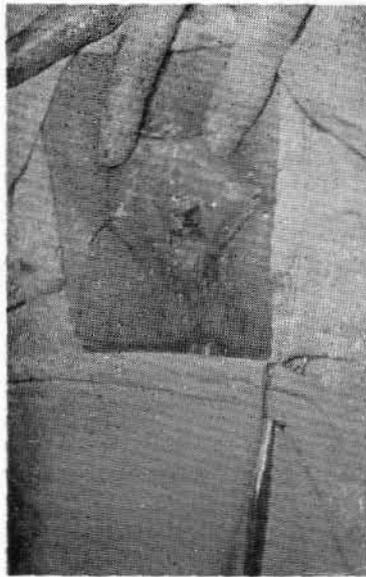
4º—Es el tiempo siguiente el más importante de esta técnica, la sutura comienza en la referencia superior con crómico cero generalmente tres puntos sueltos seguidos verticalmente uniendo ambos lados de la pared vaginal, después tirando de una de las referencias laterales se comienza a suturar horizontalmente de afuera a adentro hasta la línea media, repitiendo la maniobra en el lado opuesto.





5°—Finalmente queda por suturar la porción inferior de la incisión que se hace verticalmente quedando en esa forma terminada la operación que luego se completa si es necesario con la colporectomía posterior.

Como es de rutina en este Servicio no se dejó sonda vesical y se utilizó tetraciclina intramuscular como antibiótico post operatorio y en tabletas vaginales en los días que siguieron a la operación sin duchas. No tomamos en cuenta las edades como algunos autores donde a las post-menopáusicas, las corrigen con la técnica de Manchester modificada o histerectomía vaginal.



1.—Z. A. C. H. Cl: 204.240

Edad: 40 años. Casada. H. 8. H † : 0. A. O.

Rectocistocele con incontinencia de la orina

Examen Laboratorio: ECG normal. Rutina normal.

A. P. P. Ulcera cuello. Biopsia N° 49243. Tratada.

Operada el 31 de octubre de 1962. Anestesia General.

Noviembre 19, 1962: Control post-operatorio. Resultado muy bueno.

Enero 21 de 1963: Control post-operatorio. Resultado muy bien.

2.—F. P. C. H. Cl: 203.037.

Edad: 39 años. Casada. H. 10. H † : 0. Menarca 13 años F. M. 28/4 A. O.

Rectocistocele con incontinencia de la orina.

Examen Laboratorio: ECG normal. Parasitosis intestinal. Tratada. Rutina Normal.

A. P. C. Cervicitis crónica. Biopsia N° 49436. Tratada.

Operada 15 de noviembre de 1962. Anestesia General.

Diciembre 6, 1962: Control post-operatorio. Resultado muy bueno.

Enero 28, 1963: Control post-operatorio. Resultado muy bueno.

3.—O. M. F. H. Cl: 70.553.

Edad: 46 años. Soltera. H. 1. H † : 0. A. O. Menarca 17 años. F. M. 28/3

Rectocistocele con incontinencia de orina.
 Examen Laboratorio: ECG normal. Rutina normal.
 A. P. P. Cervicitis crónica. Biopsia N° 23245. Tratada.
 Larga historia y de incontinencia.
 Operada el 27 de noviembre de 1962. Anestesia General.
 Enero 31 de 1963: control postoperatorio.

- 4.—D. C. R. H. Cl: 200.364.
 Edad: 21 años. Casada. H. 4. H†: 0. A. O. F. M. 28/8
 Rectocistocele sin incontinencia de orina.
 Examen Laboratorio. ECG normal. Lúes 21-4-62. Tratada.
 26-5-62. VDRL negativo. Anemia discreta. Ligeras trazas de
 albúmina y 10 leucocitos por campo.
 A. P. P. Cervicitis crónica. Biopsia N° 47.222. Tratado. Lúes.
 Operada el 31 de octubre de 1962. Raquianestesia.
 No se ha controlado post-operatorio.
- 5.—M. de los A. H. Q. H. Cl: 197.867.
 Edad: 52 años. Casada. H. 9. H†: 6. A. O. Menarca 14 años.
 Menopausia 49 años.
 Rectocistocele con incontinencia de la orina.
 Examen Laboratorio: ECG normal. Rutina normal.
 A. P. P. sin importancia.
 Operada el 23 de octubre de 1962. Anestesia General.
 Noviembre 12, 1962. Control post-operatorio muy bueno.
 Diciembre 12, 1962. Control.
 Enero 23, 1963. Control.
 Febrero 23, 1963. Muy bien.
- 6.—A. G. O. H. Cl: 100.079.
 Edad: 41 años. Casada. H. 3. H†: 0. A. O.
 Rectocistocele con incontinencia de orina.
 Ex. Laboratorio: ECG normal. Tricomonas vaginal. Ru-
 tina normal.
 A. P. P. Erosión cervical. Papanicolaos negativo. Biopsia N°
 N° 48227.
 Operada el 7 de noviembre de 1962. Anestesia General.
 Noviembre 30, 1962: Control post-operatorio muy bueno.
 Diciembre 5, 1962. Control
 Diciembre 11, 1962. Control.
 Enero 3, de 1963: Control por dolor lumbar. Reporte de ra-
 diografía discerta y espina bífida oculta L-5 y S-1.
- M. N. B. H. Cl: 205.495.
 Edad: 52 años. Casada. H. 12. H†: 5. A. O. Menarca 14 años

F. M. 30/3.
 U. R. Marzo 1962.
 Rectocistocele con incontinencia de orina.
 Examen Laboratorio: E. C. G. normal. Orina: leucocitos muchos.
 A. P. P. Cervicitis crónica. Biopsia N° 47.698. Tratada.
 Operada el 27 de noviembre de 1962. Anestesia General.
 Enero 11, 1963: control.
 Febrero 5, 1963: control.

8.—M. C. C. C. H. Ml: 83.149.

Edad: 26 años. H. 3. H †: 0. A. O.
 Rectocistocele con incontinencia de orina.
 Examen Laboratorio: ECG normal. Rutina normal.
 Operada el 24 de octubre de 1962.
 Noviembre 1, 1962: único control post operatorio.
 A. P. P. Endocervicitis poliposa. Biopsia N° 26.031.

9.—A. B. P. H. Cl: 66.906.

Edad: 26 años. H. 2. H †: 0. A. O. Menarca 12 años F. M. 28/5.
 Rectocistocele con incontinencia de orina.
 Examen Laboratorio: ECG normal. Tricomoniasis vaginal.
 Rutina normal.
 A. P. P. Cervicitis Crónica. Biopsia N° 46.420 tratada. Pielonefritis.
 Operada el 26 de octubre de 1962. Anestesia General.
 Noviembre 8, 1962: control post-operatorio muy bien.

10.—M. A. V. S. H. Cl: 172.831.

Edad: 47 años. H. 11. H †: 0. A. 2. Menopáusica.
 Rectocistocele con incontinencia urinaria
 Examen Laboratorio: Leucocitos en orina. Trichomoniasis vaginal. Rutina normal. ECG. normal.
 Operada el 19 de octubre de 1962.
 No se controló por ser de Orina.

11.—M. A. F. F. H. Cl: 164.710.

Edad: 60 años. H. 4. H †: 2. A. 1. Menarca 13 años U. R. 46 años.
 Rectocistocele con incontinencia de orina.
 Examen Laboratorio: orina muchos leucocitos. ECG signos de hipertofia y sobrecarga sistólica del ventrículo izquierdo.
 A. P. P. Ptosis Renal bilateral. Glomerulonefritis crónica hipertensiva con cardiopatía hipertensiva secundaria.

Operada el 25 de enero de 1963. Anestesia Espinal simple baja.

15 de febrero 1963: control.

12.—I. H. CH. H. Cl: 188.865.

Edad: 60 años. H. 11. H † : 2. A. A. Menarca 15 años. U. R. 48 años.

Rectocistocele con incontinencia de orina.

Examen Laboratorio: Candidiasis Vaginal, ECG normal, Rutina normal.

Operada el 1º de febrero de 1963. Anestesia General.

22 febrero 1963: control.

13.—M. A. L. L. H. Cl: 195.169.

Edad: 60 años. H. 1. H † : 0. A. O. Menarca 16 años. U. R. 47 años.

Rectocistocele con incontinencia de orina.

ECG normal. V. D. R. L. reactiva débil 19-1-63 V. D. R. L. negativo 22-1-63. Radiografía del Tórax: Hipertrofia ventrículo izquierdo, congestión pulmonar pasiva.

Operada el día 1º de febrero de 1963. Anestesia General.

14.—L. CH. C. C. Cl: 40.941.

Edad: 52 años. H. 0. H † : 1. A. O. F. M. 28/3.

Rectocistocele con incontinencia de orina.

Examen Laboratorio: E. C. G. normal. Rutina normal.

A. P. P. Osteomilitis crónica. Anemia Secundaria.

Operada el 11 de febrero de 1963.

Control post-operatorio sin molestias.

El resto han sido operadas más recientemente con buenos resultados inmediatos.

COMENTARIO: No obstante el número de casos que se han llevado a cabo con la técnica reparadora del Dr. Alvarez Iraeta en el cistocele principalmente con incontinencia de orina, el resultado es muy halagador desde ambos puntos de vista, siendo la idea original de esta técnica el que las suturas dispuestas en esa forma produzca una mejora en la situación del ángulo vésico-uretral y del esfínter interno interno, no habiendo tenido hasta ahora ninguna recidiva.