

R. 3.958

T.O.  
A/76



VACIAMIENTO DEL CONTENIDO UTERINO

MEDIANTE VACUO-ASPIRACION

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR:

José Luis Altamirano Serrano

SEVILLA, 1.975



La Tesis Doctoral "Vaciamiento del contenido uterino mediante vacuo-aspiración", presentada por el Licenciado José Luis Altamirano Serrano, ha sido realizada en el Departamento de Tocoginecología de la Ciudad Sanitaria Virgen del Rocio de Sevilla, bajo la dirección del Dr. José María Fernández Ortega, Profesor Adjunto Numerario y patrocinada por el Profesor José María Bedoya González, Catedrático de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de Sevilla.

Véase

El Jefe de Departamento  
Fdo. Dr. RECASENS MENDEZ-QUEIPO DE LLANO

El Director de la Tesis  
Fdo. Dr. FERNANDEZ ORTEGA

El Catedrático Patrocinador  
Fdo. Dr. BEDOYA GONZALEZ



INTRODUCCION

1. Preambulos
2. Introducción e Historia
3. Material y método
  - 3.1. Método
    - 3.1.1. Sistema de aspiración
    - 3.1.2. Técnica
    - 3.1.3. Anestesia
  - 3.2. Material
    - 3.2.1. Descripción del material
    - 3.2.2. Estudio Global de los casos (generalidades)
    - 3.2.3. Estudio Global de los Abortos
    - 3.2.4. Estudio Parcial de los Abortos Diferidos
    - 3.2.5. Estudio Parcial de las Degeneraciones Molares
    - 3.2.6. Estudio Global de las Evacuaciones Ginecologicas.
4. Comentarios
  - 4.1. Historia
  - 4.2. Aparatos
    - 4.2.1. Ventajas del aparato
    - 4.2.2. Ventajas propias
  - 4.3. Técnica

- 4.3.1. Ventajas
- 4.3.2. Inconvenientes
- 4.4. Anestesia
- 4.5. Aplicaciones del método
- 4.6. Estudio Global
- 4.7. Estudio Global de los Abortos
- 4.8. Estudio Parcial de los A. Diferidos
- 4.9. Estudio Parcial de las Degeneraciones Molares
- 4.10 Estudio Global de las Aspiraciones Ginecologicas
- 5. Conclusiones
- 6. Bibliografia.

1. PREAMBULOS

1.

PREAMBULOS

Agradecer al Dr. José M<sup>a</sup>. Fernández Ortega, Profesor Adjunto Numerario, Jefe de Servicio del Centro Maternal, de la Ciudad Sanitaria Virgen del Rocío de Sevilla, cuya dirección y consejos han orientado eficazmente mi labor.

Al Centro Maternal, que durante mi estancia de Residente de II y III, me han permitido llevar a cabo el empleo de la vacuoaspiración de las enfermas ingresadas.

Al Departamento de Anatomía Patológica, por el interés demostrado en el estudio de las muestras enviadas.

A todos los que de una manera directa o indirecta han contribuido a que este trabajo llegue a ser una realidad.

2.- INTRODUCCION E HISTORIA



2.-

INTRODUCCION E HISTORIA

A lo largo de la Historia, hemos tenido -  
oportunidad de observar en el hombre, un innega-  
ble afan de superación, el deseo de llegar más -  
lejos, continuando el camino marcado por sus pre-  
decesores, sin pensar por un solo momento en dete-  
nerse.

Más en el terreno de la Medicina, este -  
afan de superación se muestra perezoso en sus co-  
mienzos, siendo necesario, el paso de muchos si-  
glos, para que este despertar a la verdad se vuel-  
va una realidad.

Podemos considerar pues que la lucha con-  
tra las enfermedades, no inicia su fulgurante ca-  
rrera hasta entrado el siglo XIX, a partir del --  
cual, el hombre ya no ha hecho otra cosa que avan-  
zar a pasos agigantados, descubriendo y perfeccio-  
nando nuevos medios con los que prevenir, curar o --  
paliar cuantas enfermedades se ha encontrado.

Un capítulo que ha preocupado de siempre

a los tocólogos ha sido el del aborto, debido por un lado a la alta frecuencia que posee en cuanto a su presentación, y por otro, que a pesar de -- cuantas medidas se han venido utilizando para la disminución y prevención de sus complicaciones, -- éstas, sin embargo, producen una elevada tasa de morbi-mortalidad materna. Circunstancia que nos -- ha puesto ante la necesidad de proseguir en el -- estudio y aplicación de cuantos recursos terepeú- ticos tienden a disminuir esta grave complicación.

Modernamente, con el objeto de paliar es- tos graves contratiempos, los médicos, han ideado unos métodos con el fin de dejar limpia de restos la cavidad uterina, cuando ellos han quedados re- tenidos en el interior.

Para ello se han utilizado primeramente -- dos procedimientos:

a) Legrado digital

b) Legrado instrumental

LEGRADO DIGITAL.-

Fué ideado por BUDIN, y consiste en la extracción de parte retenidas intrauterino mediante los dedos. Realmente es un procedimiento simple, y por descontado menos peligroso que el legrado instrumental.

Una vez conseguida la dilatación, la técnica del legrado digital consiste como indicábamos anteriormente, en la introducción de 1 ó 2 dedos en la cavidad uterina, enucleando y extrayendo el contenido, teniendo en cuenta que la mano libre, es la que mantiene y fija solidamente el cuerpo uterino a través del campo abdominal.

#### LEGRADO INSTRUMENTAL.-

Esta intervención fué ideada por RECAMIER y consiste en raspar con un instrumento ad hoc la cavidad uterina a fin de vaciar su contenido y extraer su mucosas.

En sus comienzos, los principales seguidores de este método fueron: OLERIS, BOUILLY, PINARD, etc., si bien encontraron en un principio detractores por todos los lados, más poco a poco se fué

generalizando el método, hasta la actualidad, en que es mundialmente empleado.

Primeramente fué utilizado en las metrorregias puerperales, para luego emplearse en cuantos tipos de aborto existen.

Habitualmente, este método precisa anestesia dado lo doloroso que resulta en su práctica.

Como paso previo, lo único que se requiere es permeabilizar el cuello en el caso de que este no lo esté. Esta técnica de dilatación se comenzó a realizar con tallos de laminaria, los cuales fueron sustituidos posteriormente por dilatadores metálicos de HEGAR. Consistentes en unos tubos metálicos algo curvos, con su extremo distal romo y el proximal con un mango aplanado. Estos tallos enmarcados en una serie de grosor progresivos en nº de 25, con un diámetro de 1º de 4mm, y que aumentan progresivamente hasta el mayor que posee los 30 mm.

La técnica de dilatación es simple, pues unicamente consiste en ir aplicando paulatinamente

nº tras nº hasta que se consiga una permeabilidad tal que permita la entrada de uno o dos dedos.

Otro medio de dilatación rápida muy utilizado antiguamente, consiste en la dilatación por histerotomía únicamente usado para cuellos duros, esclerosados y rebeldes que no ceden a las técnicas usuales de dilatación.

De las legras la más utilizada es la de Pinard y la de Hunter, cuyos filos son más romos y en consecuencia producen menos trauma.

Una vez conseguida una permeabilidad cervical que permita la aplicación de la legra, ésta, se introduce en el útero hasta su fondo y se aplica con firmeza sobre las paredes, arrastrandola hasta el cuello, para volver a iniciar este recorrido, explorando todas las caras, fondo y cuernos uterinos. De esta manera comenzaran a extraerse restos en mayor o menor proporción., hasta que llega un momento en que apreciamos la sensación de pared lisa y sin restos. Normalmente, no debemos en nuestro celo llegar nunca a oír el denominado clásicamente "Grito uterino", signo indudable de que pract

ticamente estamos ya en el miometrio, pues de aqui a las sinequias, solo hay un paso.

Por descontado, que estos métodos se continúan usando, pero ello no quiere decir que no estén exentos de riesgo, y graves, tales son por ej. las perforaciones, las lesiones sobre el canal, e incluso las mismas sinequias uterinas que se producen en un elevado porcentaje de mujeres que han sido legradas.

Con el objeto de paliar estas graves complicaciones, se ha ideado el sistema de la evacuación del contenido uterino mediante la aspiración por vacio. Este método consiste en aplicar una presión negativa, producida por una bomba de aspiración, la cual queda unida mediante unas conexiones intermedias a una cánula, la que al ser introducida en la cavidad uterina, extraerá su contenido por acción de vacio.

La idea de aplicar vacio en obstetricia es muy antigua, ~~ya~~ que tenemos noticias que en el siglo XVI, Ambrosio PARE, corregía los undi-

mientos craneales con ventosa. Partiendo de esta idea se realizaron muchos intentos para la extracción fetal hasta que en 1.954, COUZIGOU, FINDERLE y MALMSTROM, dieron a conocer su mundialmente famoso VACUUM-EXTRACTOR.

Volviendo a nuestro tema, el descubrimiento o más bien la idea, se la debemos al ruso BIKOV, quien en 1.927, se valió por todo instrumento de una jeringa, al objeto de producir vacío y, de esta manera, aspirar el contenido uterino.

Para el inventor, el método constituyó un rotundo fracaso, abandonándolo.

Más para nosotros sus sucesores, ha constituido el punto de arranque de un sistema que se está difundiendo ampliamente como medio de elección terapéutico en el aborto.

En consecuencia la chispa ha surgido. Pero quizás en parte por la carencia de información al mundo y más aún, por no haber encontrado eco el método entre los distintos autores, han de transcurrir 7 años, para que de nuevo hallemos otra publi

cación, esta vez de LORINEZ (59), el cual en 1.934 presenta un trabajo de electro-aspiración y un -- año más tarde NOVAK (72), publica un trabajo en el que se muestra un aparato de legrado por aspiración para realizar las biopsias de endometrio.

De nuevo acaece otro periodo de silencio, ya que hasta 1.958, es decir 23 años más tarde, - no volvemos a tener noticias. Son ahora dos grupos de chinos WU Y.T. y WU H.C. (103) y TS" K.T. (95), los que presentan sendas publicaciones, basadas en el mismo principio dado por BIKOV, pero perfeccionando por ellos mismos, con el fin único y exclusivo de mejorar los métodos existentes entonces para interrumpir la gestación.

Pronto el método adquiere difusión extendiéndose rápidamente por los países del Este. Concretamente en la U.R.S.S., fué introducido en 1.961 por MELKS y ROCE (68); ZUBE-EV (105) en 1.962; y finalmente MACPANOVA (62) en 1.963.

Este mismo año es cuando ZUSEEV (105), - realiza la primera Comunicación Oficial a los --



peises Occidentales con motivo del Congreso Mundial celebrado en Moscú, en el que se presentaron una importante serie de casos de interrupción de embarazos, realizados por este procedimiento.

Un año más tarde (1.964), el alemán CHALUPA, considerado como el primer europeo que emplea el sistema, introduce un método convinando para el tratamiento de los abortos de más de 3 meses, el cual a diferencia del método clásico, consiste en extraer en primer lugar la placenta con el evacuador, para, posteriormente, hacer lo mismo con el feto mediante las pinzas de aborto.

Por otro lado, si bien en pequeña escala, se comienza a emplear el sistema en el tratamiento de los abortos inevitables e incompletos, datando estos primeros trabajos, de este mismo año de -- 1.964, y publicados independientemente por los siguientes autores:

POUKAR, TAKABAYASHI y KIKUCHI (90), VLADOV y col. (102) y LLESINK B.P. (61). Este último proponía una variante concretamente aplicar el sistema de aspiración en las craneotomías, para

extraer masa encefálica y de esta manera reducir los diámetros cefálicos.

En el año 1.965, BRUCHAC, con motivo del Congreso de Bratislava, continúa aportando importantes trabajos, orientados hacia la interrupción de embarazos por este método.

También en el 65, se inicia un importante aplicación del sistema: La evacuación de la mola hidatidiforme. Mérito que corresponde a los yugoslavos VOJTA y JIRASEK (101). Y como suele ocurrir en estos casos, con muy escasa posterioridad, en Bulgaria, VLADOV y col. (102), presentaron otra publicación, relacionada con el mismo tema del tratamiento de las molas.

También en este mismo año, se publica la primera comunicación de un español, BONILLA (15), quien presenta una serie de casos, en los que analiza las distintas formas de abortos tratados con este método.

A partir de este momento, se produce su generalización en muchos países del mundo, comen-

zando a aparecer trabajos en mayor número, dándonos a entender la importancia sustitutiva de este método, con relación al legrado convencional, y, así:

En 1.967 VLADOV (102), publica una revisión de aspiraciones realizadas sin anestesia.

VOJTA (101), describe cánulas fabricadas de cristal y los resultados obtenidos con ella.

Un español, ARBUÉS (5), publica una serie utilizando el Penthotal como analgésico.

Y, así podríamos seguir enumerando trabajos, tales como: DVORAK V. y col. (32), NILLSON C. A. (71); AGUERO O.(2), KERSLAKE D. (52), etc.

Ya podemos afirmar, la extensión del método, al cual cada autor le agrega algo nuevo, así por ej. el norteamericano MARSHALL (65), en 1.968 introduce una variante del método ya clásico, consistente en la introducción dentro de la cánula de un pequeño cateter que vierte suero fisiológico en la luz del aspirador, con el objeto de evitar obstrucciones, y como consecuencia, favorecer la aspi-

ración.

Así mismo, STOCKHAMMER (87) lo utiliza y difunde como el mejor método existente para el tratamiento de las molas. Podemos observar a lo largo de este recorrido la predominancia de trabajos realizados en países del Este, con relación a los occidentales, en una proporción tres veces mayor.

En 1.969 el indú TAN P.M. (91), se ocupa nuevamente del tratamiento de los abortos en curso, describiendo las limitaciones encontradas en ellos, según el estudio del parámetro edad de gestación.

De este mismo año también, data un trabajo muy laborioso del chileno VALENZUELA (96); estudio en el que solo aplica el método a enfermas que tenían el cervix permeable, sin aplicarles anestesia alguna.

BEDOYA J.M. (10) en 1.971, publica un trabajo, con un total de 140 casos, en los que analiza la utilización del método, con sus ventajas, inconvenientes y resultados, dando una llamada de

atención a cerca de los problemas que plantean los abortos diferidos.

En 1.972 el yugoeslavo BERISLAV M. (13), nos presenta: " la vacu aspiración, usando bloqueo paracervical, como procedimiento ambulatorio en el aborto legal."

Paradójicamente, el último trabajo que llega a nuestras manos, rememora al pionero BIKOV; pues se ocupa del tratamiento en los abortos legales muy tempranos con un tipo de jeringa como vacuómetro (HARVEY, 43).

En los trabajos publicados durante esta última década y media, se observan dos tendencias; en cuanto a su indicación: Interrupción del embarazo normal y terminación del aborto en curso.

La primera, sin duda alguna la más utilizada ha dado lugar a que el método se haya extendido poco en países como el nuestro, en los que la practica del aborto, es ilegal.

La segunda, tiende a tomar auge en los últimos años y su objetivo es el tratamiento de los abortos inevitables, incompletos, diferidos

y molares.

Recuerdo que en mi primer año de formación como especialista, presencié un caso de perforación, producida en el transcurso de un legrado uterino. Y aún, más gravada quedó en mi mente, la expresión de angustia de aquella mujer, cuando era trasladada a quirófano para practicarsele una laparatomía.

Este hecho, representa en mí, el que prestara una mayor atención, al tratamiento de los diferentes tipos de aborto, sobre todo cuando se nos presentaban fracasos de la técnica, no sólo los cuadros de perforación, sino también, los legrados incompletos, las hemorragias producidas durante la intervención de las degeneraciones molares, o, las abrasiones endometriales, con sus lógicas amenorreas secundarias.

Meses después, al poseer información precisa del nuevo método, y, sus resultados, construimos nuestras cánulas, tratando de llegar al modelo ideal que se adaptase a todo tipo de aborto, por supuesto con los menores inconvenientes, comen-

do su aplicación.

En la presente tesis pues, pretendemos, - a más de describir el aparato, ventajas y técnicas utilizadas por nosotros, hacer un analisis de los casos en que hemos empleado el método, presentando nuestros resultados.

En el capítulo de indicaciones, aportamos su utilización en circunstancias no (o poco) includas en otros estudios, como son la retención de - restos placentarios postparto y la biopsia de endometrio.

Asimismo, analizamos otros aspectos como anestesia empleada, utilización de terapia posterior necesidad de asociación de otros métodos, -- etc.....

### 3. MATERIAL Y METODO

#### 3.1. METODO



3.1.

METODO

3.1.1.

VACUOASPIRADOR O EXVACUADOR

Genericamente podemos decir que se compone de tres partes, que en orden de importancia serian:

La denominada cánula o elemento puramente quirurgico del sistema (fig.1).

Y, los elementos accesorios que son dos:

- Sistema intermedio
- Aparato de aspiración.

3.1.1.1.

CANULA

3.1.1.1.1.

MATERIAL

Se trata de un tubo hueco, construido en su totalidad de acero inoxidable, metal elegido, por las características tan precisas que reúne para la intervención a que le hemos destinado.

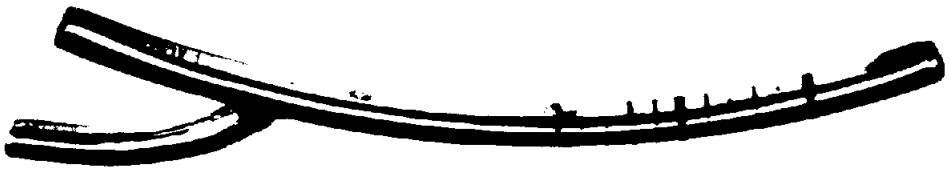


FIG. 1

CANULA

3.1.1.1.2.

PARTES EN QUE SE DIVIDE LA CANULA

Para su más facil comprensión, la hemos dividido en las siguientes partes (fig.2):

A.- Cabeza

B.- Cuello

E.- Cuerpo de la canula

C.- Cuerpo

D.- Mango

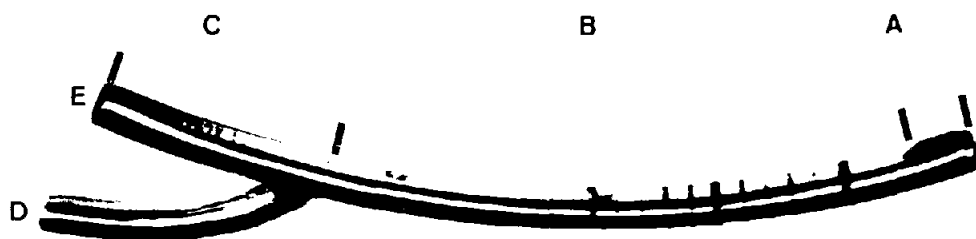


fig. 2

CABEZA:

Que consideramos como el extremo más distal del aparato, con una extensión aproximada de dos a tres centímetros, distancia que corresponde a la ventana oval.

El comienzo de esta cabeza, es romo y está cerrado, precisamente para que dicha ventana cumpla con su misión de aspiración y no divida, por la existencia de otro orificio, la fuerza de la presión de succión.



FIG. 3

CABEZA DE LA CANULA

A.- Detalle de la ventana oval

Posee hipoteticamente cuatro caras, debido a que en un tubo hueco, nunca existe una delimitación definida para las mismas, y es en la superior en donde se encuentra la ventana oval (fig.3).

CUELLO:

Es, la porción de la canula que media entre la cabeza y el cuerpo con una longitud de 23 cm.

Presentando las siguientes características (fig.4)

a) En su cara derecha, muy cerca ya del cuerpo, presenta un agujero denominado "orificio de aspiraciones intermitentes" que luego será descrito.

b) Y en su cara superior, nos presenta unas muescas distantes entre sí cm. a cm., hasta totalizar los 20 cms.



FIG. 4

CUELLO DE LA CANULA

B.- Cuello

CUERPO (FIG.5):

Que resulta pues, la porción más próxima del exvacuo, con relación al operador. Este cuerpo está compuesto a su vez de dos partes:

MANGO: Situado en la cara inferior, a -- 25 cms. del extremo distal o cabeza y que precisamente nos delimita el cuello del mencionado cuerpo.

Posee una longitud de 11 cm. una curvatura con cava en sentido supero inferior y una separación con relación al tubo principal, de unos 45º, lo cual nos permite su adaptación perfecta entre los dedos indice y pulgar (fig.5-D)

CUERPO DE LA CANULA:

De una longitud de 8 cms. resultando la porción proximal de la caula, cuya terminación - conserva su luz siendo pues el nexo de unión entre el exvacuo y el sistema intermedio (fig.5-E).



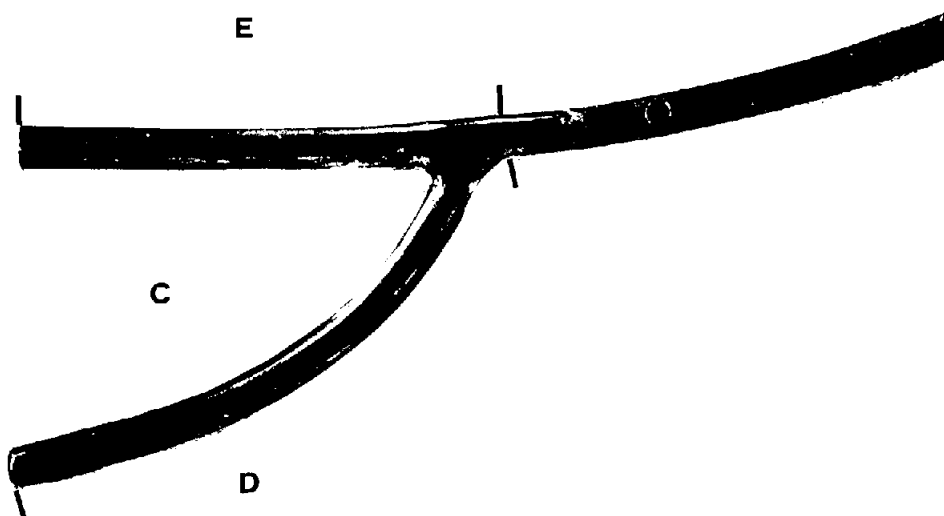


FIG.5

MANGO DE LA CANULA

E.- Cuerpo de la cánula

C.- Cuerpo

D.- Mango de la cánula

3.1.1.1.3. ORIFICIOS (de la cánula)

VENTANA OVAL:

Situada en la cara superior de la cabeza del exvacuo, aproximadamente a 5 mm. de su borde -  
romo, con una anchura que está en consonancia con  
el grosor de cada cánula y una longitud de 2 cms.  
(fig.6).

El borde más distal de este orificio, se  
encuentra unos mm. más elevado que el resto de los  
bordes; y a su vez los dos laterales son algo más  
afilado que los otros dos, que son muy romos. Es-  
tas características como en otro momento de la ex-  
posición ya veremos, nos dan la clave, relativa a  
los fallos encontrados en los abortos diferidos y  
que con nuestra cánula disminuye muy sensiblemente  
(fig.7).



FIG.6



FIG.7

#### ORIFICIOS DE ASPIRACIONES INTERMITENTES:

Situado, como ya se exponía anteriormente, en la cara derecha del cuello, unos 3 cms. por de lante del comienzo del cuerpo, de 5 mm. de diámetro y que nos facilitará con su apertura el paso de la cánula a través del cervix, sin que la cab za por medio de la ventana oval se adhiera a cualquiera de sus paredes. (fig.8).

#### ORIFICIO DEL CUERPO:

También denominado próximal, el cual conservando la luz de la cánula, nos valdrá de nexo de unión con el sistema intermedio. (fig.9).

Finalmente, observada la cánula en su conjunto y puesta en disposición de ser utilizada, pre senta en toda su extensión, una curvatura (cóncava) con el único objeto de adaptarse lo mejor posible al camino del canal genital.

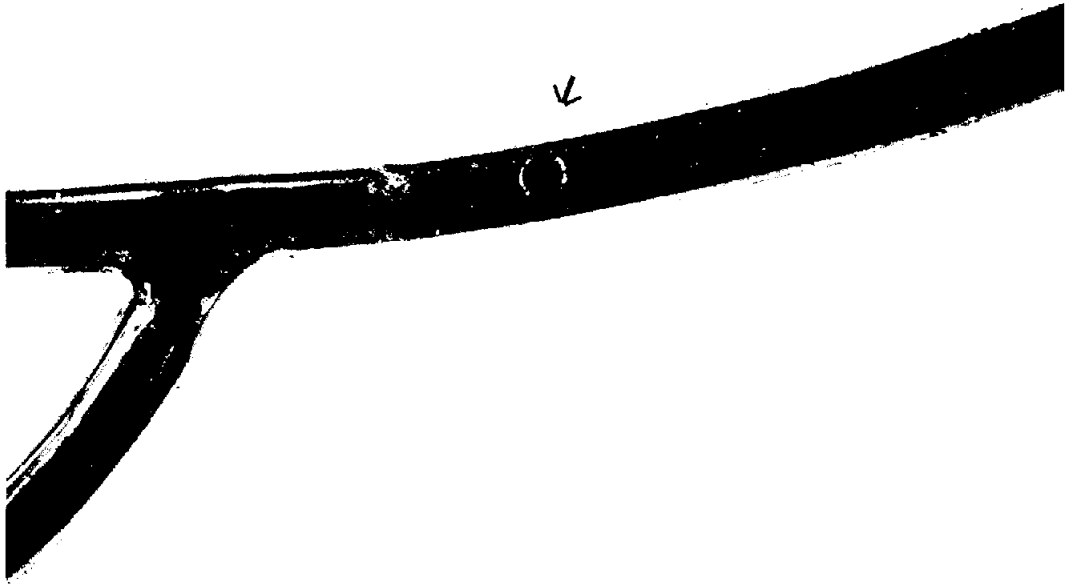


FIG. 8

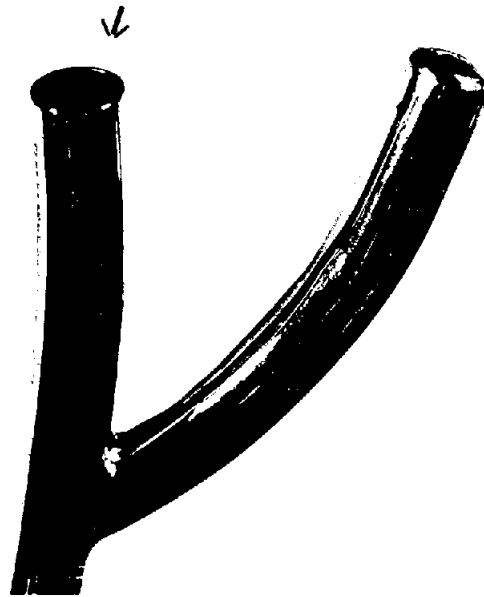


FIG. 9



3.1.1.1.4.

DIMENSIONES

LONGITUDES:

- 1.- Longitud total..... 35 cm.
- 2.- Longitud de cabeza y cuello..... 15 cm
- 3.- Longitud de cuerpo..... 8 cm.
- 4.- Longitud del mango..... 12 cm.
- 5.- Longitud de cabeza a orificio de intermitencias  
(longitud real de introducción en útero) 21 cm.

GROSORES:

- 1.- Grosor del metal: 1 mm. para todas las cánulas.

LUZ:

- 1.- El juego completo de cánulas, es de cinco, cada una de las cuales posee los siguientes diámetros de luz, (fig.10):

- = Cánula nº 1 : 6 mm.
- = " " 2 : 8 mm.
- = " " 3 : 10 mm.
- = " " 4 : 12 mm.
- = " " 5 : 14 mm.

### GROSOR TOTAL

Como facilmente se colige, es el resultado de sumar el diametro de cada cánula con el grosor del metal, que en este caso concreto es el mismo para cada tubo, y nos daría los siguientes diametros totales:

- = Cánula nº 1 : 6 mm.
- = " " 2 : 10 mm.
- = " " 3 : 12 mm.
- = " " 4 : 14 mm.
- = " " 5 : 16 mm.

No es que este dato nos resulte demasiado importante, pero sabemos las medidas reales que han de pasar a través del orificio cervical interno.

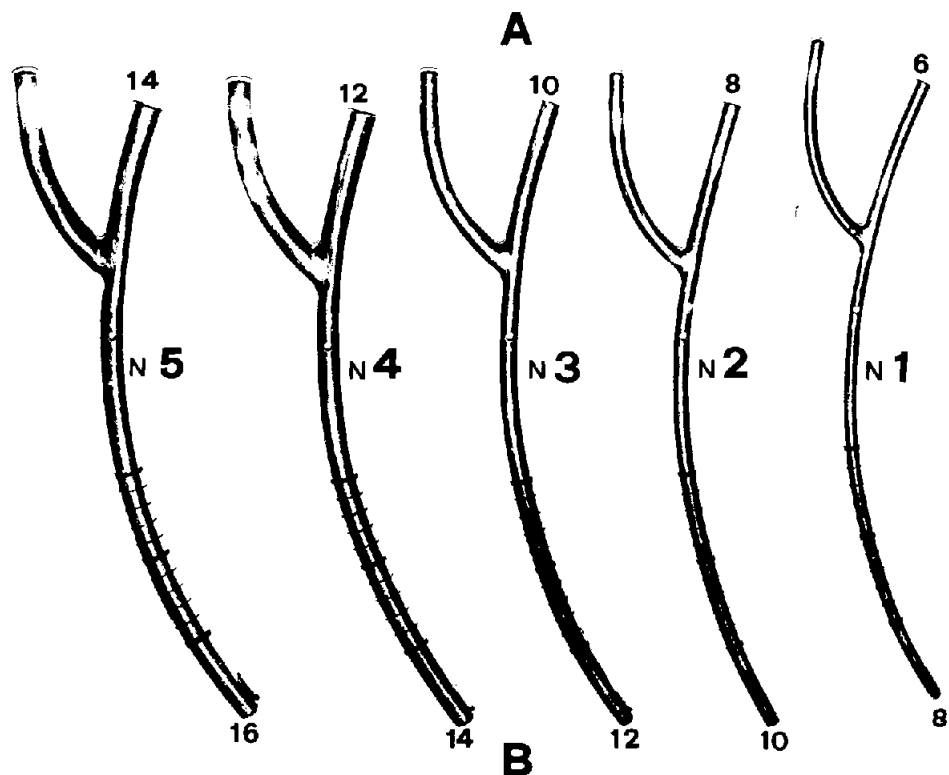


FIG. 10

JUEGO COMPLETO DE CÁNULAS CON SUS DIAMETROS

A.- Superiores: luz

B.- Inferiores: diámetros externos



3.1.1.2.

SISTEMA INTERMEDIO

Cuya misión será servir de mediador entre la cánula y el aspirador. Este sistema está compuesto de las siguientes partes. (fig.11)

TUBO DE PLASTICO

Transparente y flexible, de unos 2 m. de longitud, pero que puede estar sujeto a variaciones según los gustos del operador.

La luz del tubo, coincide con el grosor total de la cánula, de tal forma que esta última se acopla perfectamente a dicho tubo.

Consecuentemente a todo esto, tendremos un tubo para cada cánula, con el objeto de evitar el empleo innecesario de conexiones que dan complejidad a todo el aparato en sí.

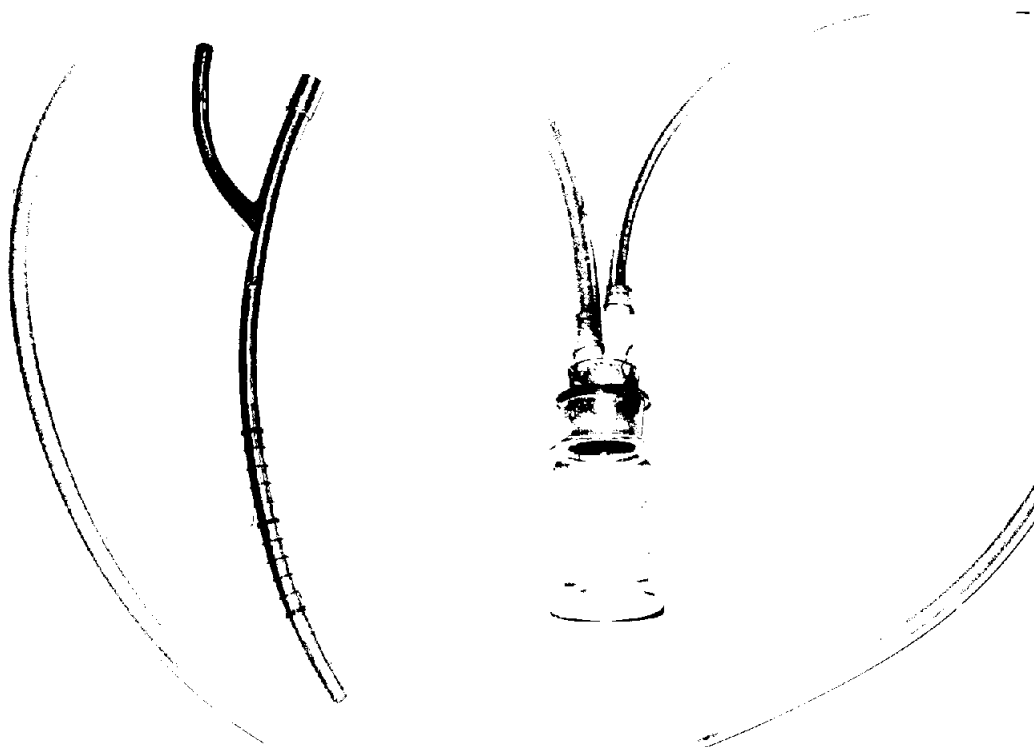


FIG. 11

SISTEMA INTERMEDIO

#### FRASCO DE RECOGIDA

Es de cristal, marcado en c.c. y con una capacidad de 200.-

Este frasco queda en disposición de ser utilizado, aplicandole un tapón de goma perforado por dos orificios: Uno es el que llega procedente de las cánulas, y otro es el que va al aspirador, por medio de un segundo tubo de goma el cual ya es común para todas las cánulas. (fig. 12)



FIG.12

FRASCO DE RECOGIDA

### APARATO DE ASPIRACION

Normalmente en nuestra clinica he venido utilizando el sistema de aspiración central, si bien en algunos casos he utilizado el modelo portátil, (fig.13). Pero lo más importante es disponer del medidor de vacío mediante el cual podremos regular las atmosferas que deseemos aplicar, según el caso que se nos presente, sin importar en modo alguno el sistema que nos produce la aspiración.



FIG. 13

APARATO DE ASPIRACION

3.1.2

TECNICA

3.1.2.1.

DESCRIPCION

Una vez sentada la indicación de ser intervenida, la sistemática que seguimos para la exvacuación es la siguiente:

Colocamos a la paciente en posición litotómica en la mesa de quirófano, (sin descartar el que se pueda realizar esta intervención en un paritorio convencional) ya que la única condición imprescindible, es el sistema de aspiración, y este si no se posee uno central, puede ser sustituido por un aparato portátil.

A continuación se explora a la paciente, con el objeto de ver las características de permeabilidad o nó del cuello, y de esta manera hacernos una idea de la cánula que hay que utilizar. Si bien en circunstancias de duda, realizamos de nuevo esta exploración, una vez la paciente premedicada o analgesiada.

El que esto sea así, se debe a que en la clínica donde realicé mis trabajos, es grande el volumentó asistencial y ello obliga a que existan

equipos de médicos distribuidos por los distintos servicios de guardia. En consecuencia pues, el -- que realiza la anamnesis, exploración y siente la indicación de actuar, no es el mismo que interviene a la paciente.

Esta circunstancia me obliga a tener que -- explorar de nuevo, para poder objetivar el grado de permeabilidad del cervix, por la sencilla razón de que existen cuellos permeables, que solo -- permiten el paso de exvacuador nº2 y otros en cam bio que dejan pasar a su través cualquier nº.

Quizás esta circunstancia carezca de interés en los legrados-biopsia, más no es así en ges taciones de más de tres meses, en las que son fun damentales la utilización de las cánulas más grue sas.

Por su parte el anestesista, (ya que a -- pesar de que en algunos casos, la paciente no re- ciba analgesia, este se encuentra allí), realiza un pequeño interrogatorio que transcribe a su ficha dado el caso de que fuera precisa su actuación.



Una vez realizados estos dos requisitos -  
previos, se le practica a la paciente una venocl*u*  
sis, con un Abbocat del nº 16, manteniendosele una  
perfusión gota a gota de suero glucosado isotóni-  
co o a lo sumo de suero fisiológico, con objeto de  
mantenerle una vía permanente de aporte de liqui-  
dos o de cualquier medicamento en prevención de -  
una contingencia. Pues no todos los estados gene-  
rales previos de la pacientes han sido aceptables,  
y así, desde el mismo vómito alimenticio que obli-  
gase a una curarización rápida para su intubación  
hasta los estados de shock, existe una amplia ga-  
ma de posibles contratiempos para los cuales hemos  
de estar preparados.

A continuación seguimos la metódica general  
en las mismas circunstancias que si se fuera a prac-  
ticar un legrado convencional, es decir:

Medidas de asepsia en el canal genital.

Preparación del campo con un conjunto stan-  
dard de paños estériles y mesa instrumental, la -  
cual se compone del siguiente material:

- a) Juego de valvas o Espéculo de Auvaré.
- b) Pinza de garfio o anillo
- c) Pinza normal
- d) Cánula elegida y su tubo de unión
- e) Juego de tallos HEGAR, que solo será

incluido en el caso de que la permeabilidad del cuello sea nula y nos obligue a dilatarlo previamente.

f) Legra pequeña, que se tiene preparada, para la circunstancia de que exista una evacuación incompleta y nos obligue a repasar.

A continuación, visualizamos el cuello, por medio de la introducción en vagina, de las valvas, aplicamos la pinza de garfio o de anillo, que será sobre el labio superior en el caso de poseer un ayudante, el cual nos mantenga fija la valva inferior que deprime el periné o bien la aplicamos directamente en el labio inferior si no le poseemos, al objeto de valernos por nosotros mismos.

Seguidamente indicamos la unión del tubo

intermedio al frasco de recogida, y la puesta en marcha del aspirador, introduciendo con suavidad la cánula elegida a través del orificio cervical interno, hasta llegar al fondo uterino.

Con la sola precaución, de mantener abierto el agujero de intermitencias, teniendo esto - por objeto el que no se adhiera al cervix al introducirlo.

Realizada esta maniobra, extraemos un poco la cánula para comprobar la medida del útero. A continuación obturamos con el dedo el agujero - intermedio y comenzamos a evacuar el contenido -- uterino, repasando sistemáticamente todas las ca-- ras, fondo y cuernos, haciendola girar sobre su eje cuando, ya limpia de restos una cara, pasamos a la siguiente.

Por regla general, alguna vez durante la intervección, es preciso extraer completamente fuera la cánula con el fin de que aspire completamente restos gruesos que están en el interior de su luz y que no son aspirados del todo, porque la

ventana oval del exvacuador se pegue a la pared uterina ya limpia.

Esta simple maniobra, solo nos obliga a tener la precaución de destapar el agujero de intermitencias al reintroducir nuevamente la cánula. ( Es importante recordar que, conforme avanza la aspiración, el útero se contrae y, consecuentemente la cavidad uterina se torna cada vez más pequeña; por lo que la cánula, conforme progresa la intervención, nunca deberá introducirse a la misma profundidad).

Llega un momento, en que observamos 4 detalles:

- 1) Por un lado, la sensación característica e inconfundible de "UTERO VACIO".
- 2) En segundo lugar, la no aspiración de más restos de tejidos por parte de la cánula.
- 3) Asimismo la disminución del tamaño uterino.
- 4) Y, finalmente, la desaparición de la hemorragia.

Circunstancias todas por las que consideramos finalizada la intervención.

El tiempo medio de duración, desde que introducimos la cánula, hasta el fin del legrado, viene a tener por término medio una duración de unos 15 a 30 segundos, en gestaciones de menos de 12 semanas y cuyas condiciones de permeabilidad cervical sean las óptimas: es decir, que no sea preciso aplicar dilatadores como paso previo.

En abortos de más de 12 semanas, normalmente se tarda algo más, pero casi nunca superando los dos minutos de intervención.

3.1.3. ANESTESIA

A continuación exponemos las bases que seguimos tomando como parámetros: las características del cuello, el tipo de aborto y el tiempo de amenorrea.

3.1.3.1. NINGUN ANESTESICO

A) Cuello permeable:

- A. Incompletos (menos de 3,5 mes.)
- A. Inevitables (menos de 3 mes. )
- A. Molares (menos de 3 mes. )

B) Cuello cerrado:

- Leg.-biopsia ..... ( Multiparas)

3.1.3.2. PREMEDICACION (Neurolépticos, tranquilizantes)

a) Cuello permeable:

- Incompletos ( más de 3,5 meses )
- Inevitables ( más de 3 meses )
- Molares ( de 3 a 4 meses )

b) Cuello cerrado:

- Leg.-biopsia (Nuliparas)

3.1.3.3.

LOCAL (Bloqueo paracervical)

a) Cuello permeable:

- Diferidos (menos de 3,5 meses)

b) Cuello cerrado:

- Diferidos (menos de 3,5 meses)

- Molares ( más de 4 meses )

3.1.3.4.

GENERAL (Barbituricos; gases por inhalac.)

b) Cuellos cerrados:

- Diferidos ( mas de 3,5 meses )

- Molares ( más de 4 meses )

Consideramos pues, que resulta más que suficiente el relegar la anestesia general para aquellos casos de abortos, tanto diferidos como molares, que, poseyendo el cervix cerrado, tienen más de 3,5 y 4 meses respectivamente de amenorrea, dejando el resto de las formas anestésicas, para los demás abortos.

La única de las técnicas que aclararemos digna de mención, es la de bloqueo paracervical, es decir: puesta la paciente en posición litotómica, aseptizada y cateterizada vejiga, colocamos en vagina un espejo de Auvar. Aplicando dos pinzas tenáculo sobre labio anterior.

A continuación inyectamos 3 ml. de Lidocaina al 1%, 3 ó 4 mm. por debajo de la mucosa vaginal a 5 mm. del cuello uterino, en los sitios correspondientes a las 9 y 3 h. de la esfera del reloj, consiguiéndose de esta forma una aceptable anestesia paracervical.



### 3.- MATERIAL Y METODO

#### 3.2. MATERIAL

3.2

MATERIAL

3.2.1.

DESCRIPCION DEL MATERIAL

3.2.1.1.

FUENTE Y RECOLECCION DE DATOS

Este trabajo ha sido realizado en el Centro Maternal, enclavado y perteneciente a la Ciudad Sanitaria Virgen del Rocío de Sevilla. Hospital que ha de atender a una población humana de un millón de habitantes.

El tiempo requerido para su consecución - ha sido de 1,5 años, (desde el 5-5-72 hasta el 30-11-73), durante el cual se han ido practicando - las evacuaciones, dentro del horario de guardias - de urgencias a que está asignado el autor de esta publicación.

Los datos fueron transcritos desde las respectivas historias clínicas a otras tantas fichas individuales y posteriormente recopiladas en formularios colectivos para su posterior tabulación y análisis.

3.2.1.2.

PROCEDIMIENTOS

Todas nuestras enfermas fueron escogidas al azar tal y como nos iban llegando, con la sola y exclusiva premisa de que estuviera indicado el legrado. Es decir que ni un sólo caso fué rechazado bajo ningún pretexto. De tal manera que se practicaron todo tipo de legrados en gestaciones (salvo el ilegal), así como las biopsias, sin tener en cuenta el estado del cuello ni el tiempo de gestación.

De esta manera podríamos obtener datos imparciales del método, que nos diera una visión clara de sus ventajas e inconvenientes.

Por otro lado, las indicaciones, tratamien-  
tos y normas de atención en las vacuo-aspiraciones, han sido las mismas que rigen en nuestro Servicio, para el legrado uterino.

Finalmente, y como se mencionó con anterioridad, el autor del trabajo sólo actuó como ejecutor de la técnica siendo las indicaciones, evolución y alta de las pacientes actuación de los to-

cologos de cada servicio.

3.2.1.3.

SISTEMATICA

Los pasos previos dados por la paciente - antes de ser intervenida, son los que se indican a continuación:

Trás su ingreso, se le realiza la anamnesis, exploración ginecologica y general: sentando o no a partir de este momento la indicación de intervención, que en caso de ser afirmativa a más - de urgente, pasará inmediatamente a quirófano. Pero si las características del cuadro nos permiten aguardar cuando menos 30 minutos, entonces se le practica analítica de rutina, en tanto que es avisado el Servicio de anestesia para que sea estudiada bajo el punto de vista de esta especialidad, y así reunir el máximo de datos de la paciente, para cuanto ésta entre en quirófano.

En cuanto a la descripción de la técnica - de la vacuoaspiración, esta fué descrita en su -- apartado correspondiente. (3.1.2.1.)

3.2.1.4.

EVOLUCION DE LA ENFERMA

Todas ellas fueron seguidas hasta el momento de su alta, mediante control rutinario. Y también una buena porción (el 50%), con posterioridad a su alta, tal es el caso de las molas, diferidos, puerperales e incompletos de más de 3,5 meses.

3.2.1.5.

CLASIFICACION

Las pacientes que se estudian en el presente trabajo, hacen un total de 200, con edades límites que oscilan entre los 15 y los 48 años.

Hemos realizado una clasificación general, basándonos en unos parámetros ya clásicos tales -- como son: edad, paridad, etc., para luego ir analizando los propios del sistemas de aspiración, y -- posteriormente ver sus resultados.

Una vez estudiada esta clasificación, hacemos una serie de grupos, basándonos en el diagnóstico anatomopatológico, obteniendo los siguientes:

3.2.2. ESTUDIO GLOBAL.- GENERALIDADES

3.2.3 ESTUDIO GLOBAL DE LOS ABORTOS

3.2.4. ESTUDIO PARCIAL : DIFERIDOS

3.2.5. ESTUDIO PARCIAL : MOLARES

3.2.6. ESTUDIO PARCIAL DE LAS EXVACUACIONES GINECOLOGICAS

3.2.2.

ESTUDIO GLOBAL DE LOS  
CASOS - GENERALIDADES

3.2.2. ESTUDIO GLOBAL DE LOS CASOS : GENERALIDADES

Nº. total de casos ..... 200

3.2.2.1. EDAD

En primer lugar analicemos el parámetro - edad (fig. 14), utilizando para su estudio grupos de pacientes tomados de 5 en 5 años.

A la vista del gráfico, observamos, que - el mayor porcentaje, incide entre los 21 y 40 años de edad, es decir que el 80,5 % de las intervenciones recaen en estas edades.

El que, no decrezcan los porcentajes, en - la década de los 30-40 años se debe razonablemente, a que al ser incluidos en nuestro estudio todo tipo de legrados, los biopsias, generalmente se - suelen realizar normalmente, en enfermas cuyas edades suelen ser superiores a los 30 años, (en las que lógicamente cuando se les presenta una metro- rragia, luego de descartar una posible gestación, nos obliga a descartar mediante la citada biopsia, cualquier proceso de otra índole, que de por sí - suele ser más frecuente en estas edades).



# E D A D

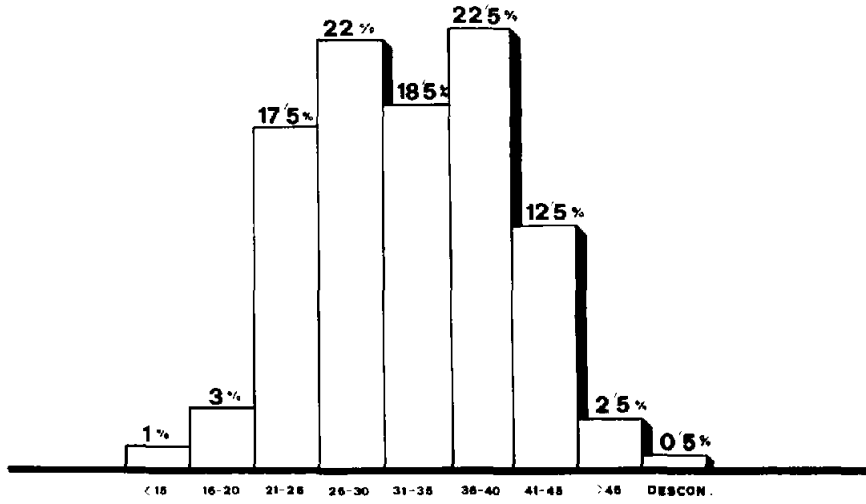


FIG Nº14

FIG. 14

# E D A D

Las restantes cifras, no presentan particularidades destacables, ya que encontramos una proporción correcta entre la edad de actividad genital y el número de abortos aparecidos.

3.2.2.2.

PARIDAD

En el gráfico de la figura 15, se puede -- observar claramente la distribución de las distintas paridades globales, llevándose lógicamente las 2/3 partes de incidencias las multíparas, cifra -- que por otro lado, está de acuerdo, con los % encontrados en el grupo control, que viene a ser, de un 64%.

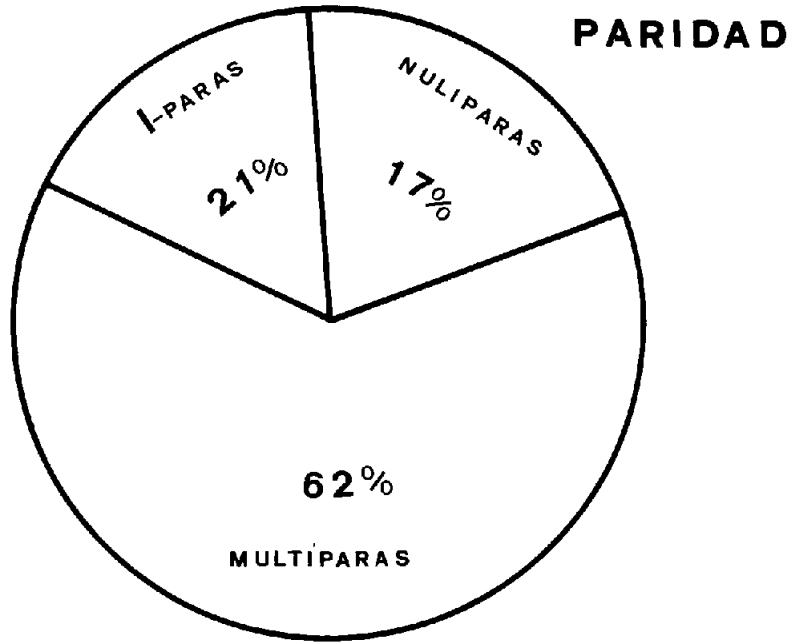


FIG. Nº15

FIG. 15  
PARIDAD

Sobre los 200 casos en los que se aplicó el vacuómetro, hemos realizado la siguiente división:

Legrado por aspiración en aborto .....	144
Legrado por aspiración en ginecología	56

Partiendo inicialmente de esta primera división analizaremos todos y cada uno de los grupos que hemos obtenido.

3.2.3. ESTUDIO GLOBAL DE LOS ABORTOS

3.2.3. ESTUDIO GLOBAL DE LOS ABORTOS ..... 144

3.2.3.1. AMENORREA (por meses)

2 ó menos	meses.....	31	(21,5 %)
de 2,5 a 3	" .....	70	(48,6 %)
de 3,5 a 4	" .....	29	(20,1 %)
más de 4	" .....	<u>14</u>	<u>( 9,7 %)</u>
		144	(100 %)

Ciñéndonos únicamente a las aspiraciones - practicadas en gestantes, observamos que casi el - 50 % corresponden a gestaciones que oscilan entre los 2,5 y 3 meses cifra que de por sí corresponde con la realidad, es decir el tiempo en que suelen incidir la mayoría de los abortos.

Lo que sí podría llamar la atención es el elevado % de abortos superiores a los 3,5 meses, - la explicación nos la dan los abortos diferidos - además de parte de las degeneraciones molares encontradas.

Todo lo expuesto se ratifica al analizar por semanas, el parámetro amenorrea, en vez de ser estudiado por meses. (fig. 16)

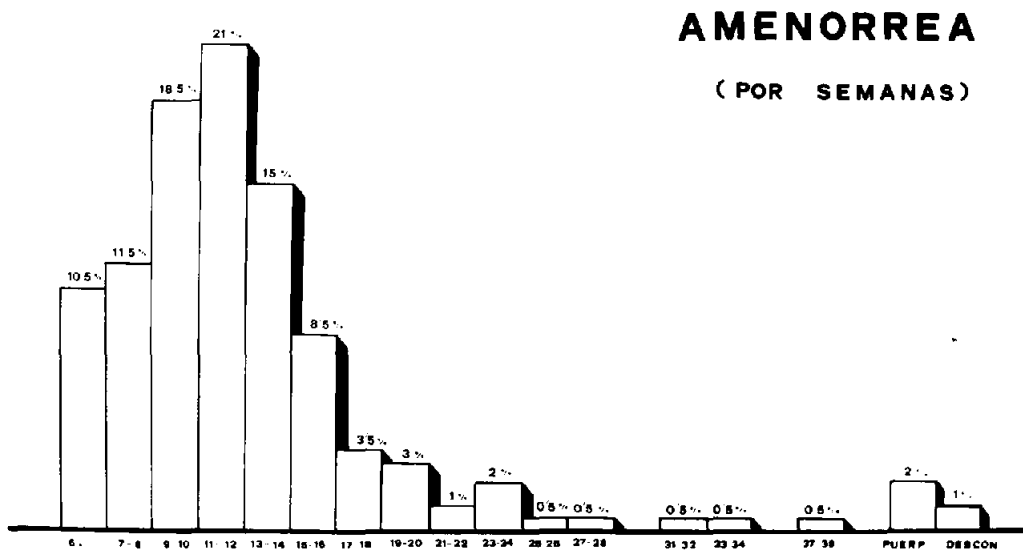


FIG. N° 16

3.2.3.2.

TIPO DE ABORTO

INMINENTE	.....	28	(19,4 %)
INCOMPLETO	.....	95	(65,9 %)
DIFERIDO	.....	9	( 6,2 %)
MOLAR	.....	12	( 8,3 %)

La gran mayoría, lógicamente corresponde a los abortos incompletos, que es como nos llegan a la clínica, es decir, pacientes con mayor o menor metrorragia, que refieren haber expulsados -- restos, y a las que, en su casi totalidad, no es preciso ni dilatar el cervix, como paso previo antes de realizar la aspiración endouterina.

En los abortos inminentes, ya disminuyen de una forma muy sensible el %. Suelen ser enfermas en las que la intensidad de la metrorragia por un lado y la negativización del test de embarazo por otro, nos obliga a realizar la evacuación.

Finalmente, también nos llama la atención, el alto % de degeneraciones molares encontradas,



si bien, no todas ellas han sido diagnosticadas - en la anamnesis o durante la intervención, sino a posteriori, como resultado del estudio anatomo-patológico practicando sin excepción en cuantas enfermas intervenimos.

3.2.3.3.

INTENSIDAD DE LA HEMORRAGIA (ANTES DE LA INTERVENCIÓN)

ESCASA	.....	49	( 34 % )
MEDIANA	.....	55	(38,1 %)
INTENSA	.....	40	(27,7 %)

En el análisis de este parámetro, solo cabe destacar, el 27,7 % de pacientes que presentaron un cuadro de hemorragia intensa, varias de las cuales llegaron a un estado de shock, y a las que, además de la intervención en sí, fué necesario -- adoptar las medidas terapéuticas oportunas según cada caso, en evitación de la irreversibilidad de su estado.

3.2.3.4.

DILATACION CERVICAL

CERRADO	.....	23	(15,9 %)
PERMEABLE	.....	121	(84,1 %)

Fueron muy pocas (15,9 %), las pacientes - que precisaron la aplicación de Hegar, y de estas 23 pacientes solo en el 18 % hubo necesidad de sobrepasar tallos del nº 10, y esto, debido a que -- durante la exploración previa nos encontramos con úteros superiores a los 4 meses de gestación. Cir- cunstancia que nos obliga a introducir la cánula - más gruesa para evitar obstrucciones y realizar -- una aspiración más rápida y reglada.

Los restantes casos en los que el cervix - estaba permeable, nos adaptamos al grado de éste, para la elección del exvacuador, con la salvedad - de realizar, la intervención con la cánula de ma- yor grosor que podemos introducir.

3.2.3.5.

ANESTESIA

GENERAL	.....	116	(80,5 %)
LOCAL	.....	1	( 0,6 %)
NINGUNA	.....	27	(18,6 %)

Resulta pues, que el máximo global corresponde con pacientes a las que se les aplicó anestesia general. Pero es de notable interés el apuntar, los óptimos resultados que fuimos observando a medida que practicábamos aspiraciones en enfermas a las cuales sólo se les aplicaba un tranquilizante, e incluso ningún tipo de fármacos (únicamente en estos casos les indicábamos relajación - explicándoles el método).

Las respuestas por parte de las pacientes, fueron las mismas para todas, es decir, una vez superada la fase del lógico temor, coincidían en la carencia de sensación dolorosa.

Todo lo expuesto pese a ser poco los casos nos llevan a pensar, que representa un avance considerable para la consecución de aspiraciones sin aplicación de fármacos anestésicos, sobre todo para aquellos casos en que por su estado general, - casi esté contraindicada la anestesia.

3.2.3.6.

CANULAS UTILIZADAS.

8 mm. ....	5	( 3,4 %)	} 97,2
10 mm. ....	20	(13,8 %)	
12 mm. ....	71	(49,3 %)	
14 mm. ....	31	(21,5 %)	
16 mm. ....	13	( 9 %)	
8 y 10 mm. ....	1		} 2,8%
10 y 12 mm. ....	1		
12 y 14 mm. ....	1		
14 y 16 mm. ....	1		

Vemos pues, que la cánula más utilizada, es la de 12 mm. (49,3 %) debido, por un lado, recordando de pasada el analizar el parámetro amnorrrea, vemos que el 48 % de los úteros tenían una edad gestacional de 2,5 a 3 meses, lo cual se traducía en un tamaño uterino muy abordable a esta cánula de 12 mm.

Los porcentajes restantes, realmente guardan una proporción con los tamaños uterinos encontrados por exploración.

Sólo queda mencionar, que en 2,8 % de las aspiraciones se utilizaron 2 cánulas. En parte debido, a obstrucciones acaecidas en abortos diferidos en los que se precisó de una mayor ventana oval para su mejor aspiración.

3.2.3.7

TÉCNICAS COMPLEMENTARIAS

Consideramos técnicas complementarias los siguientes pasos:

Dilatación del cervix

Legrado control o legrado complementario.

3.2.3.7.1.

DILATACION DEL CERVIX

Nº DE CASOS .....	144
DILATACION PREVIA .....	22 (15,2 %)
NO FUE PRECISO DILATAR .....	122 (84,8 %)

Observando la tabla, vemos que solo en el 15 % de los casos, fuè preciso la aplicación de - los tallos de Hegar, ya que el resto de las pacientes, presentaban cervix permeable, o semipermeables, que concretamente permitian el paso de las cánulas de menores grosores, sin la utilización previa de los tallos, y es de mucho interés resaltar que - estos casos concretos acaecieran en más del 80 % de las 122 pacientes.

3.2.3.7.2.

LEGRADO DE CONTROL

Analizamos los primeros 30 casos de aspiraciones por abortos, en las cuales fué practicado un legrado sistemático de control, tras la realización de la exvacuación con el único fin de poder determinar, de una manera real, si efectivamente el sistema posee la ventaja de no dejar restos en cavidad tras su aplicación.

A tal objeto, utilizamos dos frascos para la recogida del tejido extraído. El primero es el que se viene usando normalmente y que forma parte del sistema exvacuador. Y el segundo, es otro frasco similar, marcado para distinguirlo del anterior, y en el que se depositan los restos extraídos con la legra convencional.

Una vez realizada la intervención, estos frascos debidamente señalizados como anteriormente expusimos, son enviados al servicio de Anatomía - Patológica para su estudio y diagnóstico. Encontramos con los resultados que a continuación pasamos a detallar:

Nº de casos .....	30
Sin restos .....	28 (93,4 %)
Legra convencional	30 (100 %)
Con restos .....	2 ( 6,8 %)

Observando esta tabla, vemos que: Anatómo-  
Patológicamente en el 93,4 % de los casos nos se -  
encontraron más que coágulos o miometrio ( exceso  
de celo al repasar). De esta manera nos queda un -  
6,8 % (dos casos) de los considerados fracasos que  
aparentemente representa un % elevado, más no es -  
así en la realidad, ya que:

Uno de ellos, se trata de un aborto dife-  
rido, que, si lo consideramos fallo; más el otro -  
se debió a un fallo mecánico, causado por la fuga  
de una conexión, y en beneficio de la paciente hu-  
bo de finalizarse la intervención con la legra.

Entonces, si hacemos el % depurado, nos -  
saldría un 3,3% de fracasos; cifra que ya veremos  
que al ser sumada a la general se verá sensible-  
mente disminuida.



3.2.3.7.3.

LEGRADOS COMPLEMENTARIOS

Nº DE CASOS .....	114
NO SE PRACTICA LEGRADO .....	103 (90,2%)
sin restos ..	8 ( 7,2 %)
Legra convencional..	11 (9,8 %)
con restos ..	3 ( 2,8 %)

En este subgrafico, analizamos los mismos parámetros, pero con la salvedad, de que ya no se han practicado legrados sistemáticos de control, - es decir, nada más que en aquellos casos en los - que tras la aplicación de la cánula notabamos la persistencia de restos.

Ya resulta significativo, el hecho de hallar un 90 % de casos, en los que no fué preciso - emplear secundariamente la legra, por persistencia de restos.

De esta manera, tan solo en el 9,8 % de estas 114 pacientes, practicamos legrados de control, observando que unicamente el 2,6 % del total fueron fracasos. Pero si los analizamos, (como anteriormente hicimos), dos de ellos fueron abortos diferidos en tanto que el tercero, resultó ser el caso de una enferma que presentaba concomitantemente con la fallida gestación, un mioma submucoso y que ante tal cuadro, decidimos no aplicar a fondo el aspirador.

Si depuramos pues estos casos, nos dará un porcentaje de casos del 1,7 %.

Finalmente, en tales circunstancias, los resultados porcentuales globales tras la depuración, serían:

1 fallo técnico

1 A. diferido

TOTAL ..... 3 (2,08 %) de 144 casos

2 A. diferido

1 Mioma submucoso

3.2.3.8.

RESTOS EXTRAIDOS

RESTOS DECIDUOCORIALES .....	103 (71,5 %)
FETO + PLACENTA.....	29 (20,1 %)
VESICULAS MOLARES .....	12 ( 8 %)

Hemos obtenido los resultados de este apartado basandonos en el informe anátomo-patológico, que al fin y al cabo es el que nos da la última palabra.

Nada nuevo podemos anotar, a cerca del elevado porcentaje de casos en los que solo se hallaron restos placentarios, ya que poseen una relación directa con el nº de abortos incompletos habidos en el presente estudio.

Lo que sí nos asusta un tanto, es el 8,4 % encontrado para las degeneraciones molares, ya que a la vista de los tantos por cientos dados por otros países, nuestros resultados son muy superiores.

Lo analizaremos más detenidamente al estudiar las molas separadamente. Solo indicar que por

ej. los norteamericanos poseen una incidencia microscópica del 4 %; justamente la mitad que la nuestra.

3.2.3.9.

EVOLUCIÓN POSTERIOR

NORMAL .....	118 (81,9 %)
FEBRIL .....	15 (10,4 %)
Tto. médico .....	10 (69 %)
HEMORRAGIA	
Tto. quirurgico....	0 ( 0 %)
COMPLICACIONES.....	1

Haremos constar, que de las 15 pecientes con cuadros febriles, todas ellas los presentaron con anterioridad a la intervención, es decir, pese a ser englobados aquí, no las consideramos como hipertemias debidas al legrado en sí.

Asímismo, de las 10 pacientes que presenta ron hemorragias y consecuentemente fué necesario tratar, sólo en dos casos (diferidos ambos) sangra ron más de 100 cc. tras la aspiración, en tanto -

que las restantes fueron medicadas por su estado -  
general previo, mas, y volveremos a repetir como -  
anteriormente decíamos, no por la intervención en  
sí.

Por último, hemos tenido una complicación  
consistente en una perforación uterina.

Caso nº 183. Hª nº 10.348

Se trata de la enferma A.R.B., de 45 años  
de edad; XI-para, con los antecedentes obstetricos  
patológicos de 4 abortos anteriores y un feto muero  
to antepartum.

Por anamnesis, presenta una amenorrea de -  
6 meses con metrorragia que comenzó hacia más de -  
14 horas y de evolución progresiva.

A la exploración hallamos un útero de tamao  
ño aproximado a un embarazo de 2,5 a 3 meses (difer  
rido). El cervix estaba permeable y sangraba mediam  
namente de cavidad, la T.A. y pulso eran normales,  
si bien su temperatura fué de 38º. A la vista del  
cuadro se decidió la intervención, trasladandose  
acto seguido al quirófano. Ya en él se le aplicó

anestesia general por inhalación, la histerometría nos dió 10 cm. comenzándose la aspiración con el exvacuador de 8 mm.

A la vista de que costaba trabajo extraer los restos, optamos por aplicarle el de 10 mm., extrayendo tej. Entonces fué cuando observamos la perforación, al penetrar la cánula hasta los 13 cm. Decidiendonos en este momento, por las características del cuadro y la multiparidad de la enferma, a más de sus antecedentes, el practicar le una histerotomía. Intervención que cursó sin anormalidades, al igual que el post-operatorio, dándosele el alta 6 días después.

Realmente, se debió a un fallo de la técnica.

Solo nos cabe una duda, el pensar que, ante una XI-para, con abortos anteriores y un diferido infectado, si la legra convencional, no hubiese perforado igualmente un útero con las características de este.

3.2.4. ESTUDIO PARCIAL:  
ABORTOS DIFERIDOS

3.2.4.

ABORTOS DIFERIDOS

Nº TOTAL ..... 9

Representan pues, un 6,2 % del total de evacuaciones por abortos. Un 80 % de ellos fueron diagnosticados por anamnesis y exploración, observando la diferencia existente entre la amenorrea y el tamaño uterino, En tanto que para los restantes (20 %), su diagnóstico fué realizado durante el curso de la intervención, al apreciar las características del tejido extraído y lo íntimamente adherido que este se encontraba a la pared.

3.2.4.1.

AMENORREA Y TAMAÑO UTERINO

Con el objeto de precisar más, las diferencias existentes, en la siguiente tabla establecemos un estudio comparativo entre la amenorrea en meses y el tamaño uterino por exploración:



	Amenorrea m.	Tamaño uterino
nº 1	3,5	2,5
nº 22	4	3
nº 3	8	3
nº 4	5	3,5
nº 5	8	3
nº 6	4,5	2
nº 7	6	3
nº 8	4	3
nº 9	6	2,5

Agrupándolo ponemos de manifiesto, todo -  
lo expuesto sin necesidad de aclaración.

1 mes de diferencia ..... 2

2 meses o más ..... 7

Con relación a las hemorragias que presen-  
taron, estas fueron de cuantía media en el 50 % de  
las pacientes, en tanto que las más agudas apare-  
cen en el 30% de los casos y finalmente las hemo-  
rragias escasas inciden en el 20 % restante.

3.2.4.2.

ANESTESIA

En la totalidad de los casos, se aplicó - general por inhalación.

Tan solo en una paciente, se comenzó sin - anestesia, pero conforme se realizaba la interven- ción, hicimos el diagnostico de aborto diferido, - decidiendo aplicar Protóxido para evitales moles- tias innecesarias.

3.2.4.3.

CANULAS UTILIZADAS

8 mm.....	1
10 mm.....	1
12 mm.....	5
14 mm.....	0
16 mm.....	1
8-10 mm.....	1

En el 55 % de los casos, utilizamos la de 12 mm. pues si bien no es demasiado gruesa, deja a su través pasar gruesos restos.

El caso en que utilizaron dos cánulas, resulta ser el mismo, que contabamos en el parrafo anterior: es decir la enferma que a lo largo de su intervención hubo de aplicarsele anestesia general.

3.2.4.4. TECNICAS COMPLEMENTARIAS

3.2.4.4.1. DILATACION PREVIA

En cuanto al estado de permeabilidad cervical, diremos que fué preciso dilatar en el 33 % de las pacientes, mientras que el 68 % de los cuellos restantes, permitieron el paso de la cánula.

3.2.4.4.2. LEGRADO DE CONTROL

Sin extraer restos .....	3 (50%)
LEGRADO.....6 (66%)	
Extrayendo restos .....	3 (50%)
NO SE PRACTICO LEGRADO.....	3 (33,3%)

A la vista del esquema, cabe pensar, que es el gran escollo con que nos tropezamos, cuantos hemos tenido que realizar evacuaciones en abortos diferidos.

Pese a todo, conseguimos mejorar en cuanto a resultados han sido dados, ya que sumando los casos en que con legra convencional no se extrajo nada, a los que no se les aplicó, nos da un 66,6 % de éxitos.

Anatomo-patológicamente, los diagnosticos fueron:

Placenta y feto macerado en el 100 % de los casos.

En la evolución posterior de las pacientes, cabe destacar como complicación, una perforación uterina ya comentada con anterioridad (3.2.3.9.). Las restantes enfermas cursaron normalmente.

3.2.5. ESTUDIO PARCIAL:

MOLAS

3.2.5. ESTUDIO PARCIAL

M O L A S

3.2.5.1. Nº TOTAL ..... 12

Ya hemos indicado con anterioridad, que representan muchos casos, quizás más de los que -- podíamos imaginarnos, pues referidos a los 144 -- casos de abortos, nos señalan un 8,3 %.

De estos, han sido diagnosticados por la sintomatología clínica que presentaron, 5 ( 41,6%) cifra que referida al porcentaje total de los casos de abortos habidos en nuestro estudio nos dan el 3,4 %. En tanto que los restantes 7, (el 48,4%) o sea el 4,9 de la general, su diagnostico fué fruto del diagnostico histológico.

3.2.5.2. AMENORREA (por meses)

2 ó menos .....	1 ( 8,3 %)
2,5 a 3 meses .....	7 (58,3 %)
3,5 a 4 meses.....	2 (16,6 %)
Más de 4 meses .....	2 (16,6 %)

Apuntar solamente que las degeneraciones molares que aparecen con sintomatología clínica propia, se correspondieron con las amenorreas de más tiempo.

Las restantes, al ser degeneraciones parciales, de diagnóstico posterior, tuvieron úteros más característicos de abortos y consecuentemente, sus tamaños fueron más normales.

Al analizar el parámetro hemorragia, encontramos que la mitad de las molas presentaron hemorragia intensa (1 caso incluso precisó de transfusión).

La totalidad de los cervix, presentaron permeabilidad a las cánulas empleadas para cada caso.

Asimismo, el 100 % de las anestias aplicadas, fueron generales por inhalación. En los casos conocidos de antemano, por esperarse una intervención más delicada, y los restantes subclínicos, por puro azar.

3.2.5.3.

CANULAS UTILIZADAS

8 mm. ....	0
10 mm. ....	2
12 mm. ....	4
14 mm. ....	3
16 mm. ....	3

Por lógica han tenido que aplicarse en más ocasiones, las de más calibre, por ser úteros de mayor histerometría y con mas contenido. De tal manera, que entre las de 14 y 16 mm., suman el 50 % de las utilizadas.

De los tratamientos complementarios en ningún caso fué preciso realizarlos. Y así diremos que no se practicaron dilataciones de cervix, e idénticamente no se realizó ningún legrado control, con el subsiguiente 100 % de éxitos.



3.2.5.4.

ANATOMO-PATOLOGICAMENTE, los resultados encontrados fueron los siguientes.

Mola hidatidiforme .....	5
Restos deciduocoriales con degeneración molar parcial .....	7

Probablemente, si no hubieran sido analizados al microscopio los tejidos extraídos, se nos hubiera pasado por alto, el 58,3 % correspondientes a las degeneraciones molares parciales, y, las cifras porcentuales habrían variado.

3.2.5.5.

En último lugar analizaremos la EVOLUCIÓN POSTERIOR

INTRACLINICA

Buena .....	11
Hemorragia .....	1 (transfusión)

EXTRACLINICA

Buena .....	12
-------------	----

La totalidad de las pacientes, se hallan bajo tratamiento y estricto control periódico. Y, en completa normalidad, ya que en ninguna de las mismas se ha evidenciado la presencia del temido carcinoma.

3.2.6. ESTUDIO GLOBAL DE LAS EVACUACIONES

GINECOLOGICAS

3.2.6.

ESTUDIO DE LAS EVACUACIONES GINECOLOGICAS POR AS-  
PIRACION

Nº TOTAL ..... 56

En estos casos, hemos incluido 4 evacua-  
ciones puerperales, con el objeto de no hacer nue-  
vos apartados que complicarían más la sistemati-  
ca seguida.

3.2.6.1.

ESTADO GENERAL PREVIO

Hipertensión .....	1
Fiebre .....	2
Pre-Shock .....	2
Bueno .....	51

Cabe aclarar, que los estados de hipoten-  
sión que hallamos en dos de las pacientes, fueron  
debidas a metrorragias puerperales.

Tambien observamos que la gran mayoría de  
las pacientes (92,8 %), poseían un aceptable esta-  
do general.

3.2.6.2.

TAMAÑO UTERINO POR HISTEROMETRIA

Menos de 9 cm. ....	24 (42,8 %)
9 a 10 cm. ....	19 (33,9 %)
Más de 10 cm. ....	13 (23,3 %)

Como facilmente se deduce, al no ser úteros gestantes, los mayores porcentajes de ellos - encontrados, corresponden a las histerometrias menores de 9 cm.

El que encontremos un 23 % de úteros superiores a los 10 cm. no se debe a otra cosa más que en este grupo se han englobado los casos de úteros puerperales y los de las grandes multiparas.

3.2.6.3.

TIPO DE LEGRADO

GINECOLOGICOS PUROS .....	52
PUERPERALES .....	4

Entre los ginecológicos puros hemos englobado a los biopsia, y, los que se emplean como medio curativo, tras el fallo de un tratamiento medicamentoso.

3.2.5.4.

INTENSIDAD DE LA HEMORRAGIA

ESCASA .....	42
MEDIA .....	10
ABUNDANTE .....	4

De igual manera que hacíamos al estudiar los abortos, en este apartado analizaremos la cuantía de la hemorragia. Pues bien: las 4 de mayor intensidad, correspondieron a las metrorragias puerperales, y es lógico que recayeran en ellas, ya que a excepción de las producidas por hiperplasias quísticas, no es demasiado frecuente que se de en ginecología, cuando menos no es lo habitual.

3.2.6.5.

DILATACION CERVICAL

GERRADO .....	24
PERMEABLE .....	32

La permeabilidad, que en este caso apunta mos, es relativa, ya que aplicando la cánula de menor grosor, basta que se nos presente un cervix semipermeable, para que podamos realizar la inter- vención, circunstancia que no sería posible en el caso de tener que introducir un exvacuador mayor, tal y como tendríamos que realizar en un útero -- ocupado. Pero ya bastante hemos avanzado, al con- seguir que en el 57 % de todos, se evite la dila- tación previa.

3.2.6.6.

ANESTESIA

GENERAL .....	43 (76,7 %)
LOCAL .....	1 ( 1,7 %)
NINGUNA .....	12 (21,6 %)

Resulta más que justificado, el que un -- 76,7 % se le tenga que aplicar anestesia general, dada por la circunstancia, de que es superior al nº de casos en los que hay que practicar dilatación.

La única paracervical que aplicamos, dió unos óptimos resultados, si bien como se comprende, resulta algo molesta a la paciente, pese a practicar una buena técnica.

En el resto de los casos, no aplicamos a lo sumo, más que un tranquilizante, sin tener que recurrir en ningún momento a nada más.

3.2.6.7.

CANULAS UTILIZADAS

8 mm. ....	23 (41 %)
10 mm. ....	15 (26,7 %)
12 mm. ....	11 (19,6 %)
14 mm. ....	4 ( 7,1 %)
16 mm. ....	2 ( 3,5 %)



Analizando este mismo parámetro, al estudiar los casos de aspiraciones por abortos, observá**ba**mos justamente los resultados contrarios. Esto lo podemos objetivar mucho mejor comparando los porcentajes de cada uno (fig. 17).

Es decir, en los casos de abortos, las cá**nu**las más utilizadas, son las intermedias y las de mayor calibre (12 y 14 mm.), en tanto que en las exvacuaciones ginecológicas, las que se usaron en mayor proporción fueron las de menor luz, a excepción de las empleadas para las aspiraciones puerperales.

3.2.6.8. TECNICAS COMPLEMENTARIAS

3.2.6.8.1. DILATACION PREVIA

DILATACION PREVIA ..... 42,9 %

3.2.6.8.2. LEGRADOS COMPLEMENTARIOS

Sin restos ..... 12,5 %

LEGRA USUAL

Con restos ..... 0 %

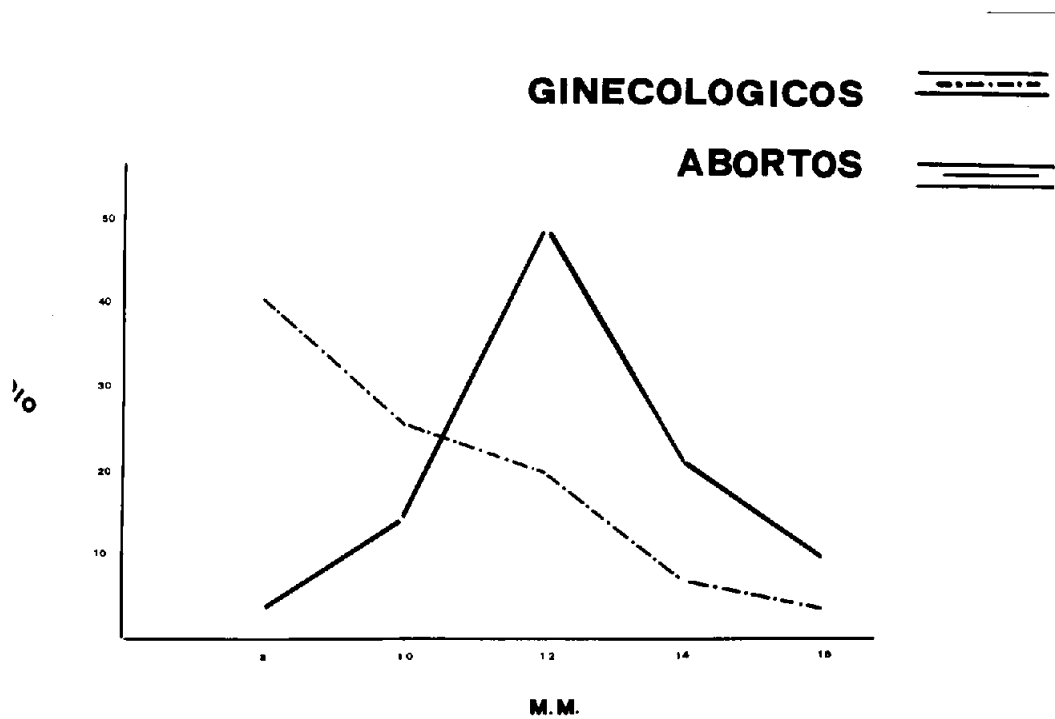


FIG N° 17

FIG. 17

El comentario surge a todas luces, a cerca de dos puntos: El 1º relacionado a los fallos en los que hubo un 0 % de fracasos de la técnica. Es decir, practicamos 56 legrados ginecológicos, de los cuales en el 12,5 % realizamos un legrado posterior de control, no hallando anatomo-patológicamente resto alguno. Y el 2º, relativo a la dilatación - previa, encontrandonos con que en un 57,1 % no hubo necesidad de practicarla.

3.2.6.9.

TEJIDOS EXTRAIDOS

A continuación, damos a conocer los diagnosticos anatomo-patológicos del grupo.

Endometrio en fase de proliferación .....	2
"    "    "    " secreción .....	9
"    "    "    " premenstrual .....	3
"    "    "    " menstrual .....	3
"    "    "    " transf. decidual .....	21
Hiperplasia endometrial .....	8
Endometris cronica inespecifica .....	6
Pólipo endocervical .....	1

Mucosa sin informar ..... 3

3.2.6.10.

EVOLUCION POSTERIOR

Normal .....	85,9 %
Febril .....	3,9 %
Hemorragias .....	8,9 %
COMPLICACIONES .....	1,7 %

Todos los cuadros hemorrágicos, fueron tratados medicamente, dos de ellos con reposición de sangre (correspondiente a dos de los legrados puerperales). Los restantes, se trataron con una terapia usual antianémica. No siendo preciso en ninguno de los casos un tratamiento quirúrgico para cohibir la hemorragia.

La única complicación que se nos presentó, fué un desgarro de cervix, producido por la pinza de garfio, siendo necesario suturarlo.

4. COMENTARIOS

4.1.

HISTORIA

4.1.

Históricamente, es un método que fué ideado por BYKOV hace 50 años. Pese a sus oscuros comienzos, ha ido adquiriendo tal auge, que poco a poco se va generalizando como el método que sustituye a la legra fenestrada, para su aplicación en el tratamiento de los diferentes tipos de abortos, legrados ginecológicos y, finalmente metrorragias puerperales.

Tanto la revalorización del sistema como su extensión a todas las áreas demográficas del globo data de hace aproximadamente 15 años, durante los cuales, se han ido incorporando nuevas variantes, con el ánimo de conseguir el aparato ideal, que se adapte a los diferentes tipos de evacuaciones. En la actualidad, parece que se han conseguido modelos muy perfectos, pero especializados para cada tipo de legrado, sin haberse alcanzado verdaderamente la meta de obtener una cánula que sea utilizable a todos ellos. Esta es una de las metas que nos hemos propuesto conseguir al iniciar el trabajo.

4.2.

APARATO



APARATO.-      NOMENGLATURA

Clásicamente, se vienen dando las siguientes denominaciones, para enunciar el sistema:

- VACUUM
- SUCTION
- ASPIRATION
- EVACUACION

En tanto que para el aparato en sí, la nomenclatura es:

- EXHAUSTOR
- APPARATUSS
- ASPIRATOR
- EXHALATOR
- EXCOCHLEARTOR
- CANNULUS
- CATHETER
- CURET
- EVACUADOR

Nosotros, seguiremos indistintamente las siguientes denominaciones:

Evacuación endouterina

- Para el sistema

Aspiración endouterina

- Para el aparato: Evacuador o aspirador
- Para los tubos: Cánulas

4.2. APARATO

4.2.1. VENTAJAS DEL APARATO

Este modelo de aparato o evacuador, ofrece una serie de ventajas a nuestra manera de ver, y - sobre todo a la vista de los resultados obtenidos, sobre los que se han venido utilizando hasta ahora.

Parte de estos atributos, son comunes con - otros aparatos, pero otras son propias de él y que en cierta forma le hacen diferente, si bien sigue conservando los mismos fundamentos que los demás. Entre las características y ventajas comunes, pod mos enunciar las siguientes:

4.2.1.1. MATERIAL

El empleado para la construcción de esta - cánula es el acero inoxidable. El motivo a que fue- ra este material y no otro, es debido a que:

1º.- Permite una mayor luz, con el mismo -- diametro total, ya que poniendo el ejemplo de la -- cánula de cristal, esta tendría que poseer un mayor grosor de pared, para que poseyera igual resisten-

cia que ofrece la cánula utilizada en este trabajo. De tal forma que si no ocurriera así, la cánula de cristal (tal como utilizan MARSHALL (65), VOJTA - (100) o POUKAR), sería extraordinariamente frágil, con los subsiguientes peligros sobre todo de rotura durante su manejo y más aun durante la intervención en sí, con las posibles consecuencias de lesión de la cavidad uterina, canal genital o incluso dejar trozos de la misma.

2º.- Facilidad de manejo en esterilizaciones rápidas sin que exista deterioro por parte del aparato, en este caso sería la cánula de goma la atacada, como nos refiere PAPAZOV (75) con sus cánulas, que son como cateteres uretrales de plexiglas.

#### 4.2.1.2.

##### FORMA:

Las hay de muy diferente diseño. La más significativas las podemos observar en la fig.18, si bien, sobre estas, existen distintas variantes.

Analizaremos a continuación, dos especia-

## CANULAS

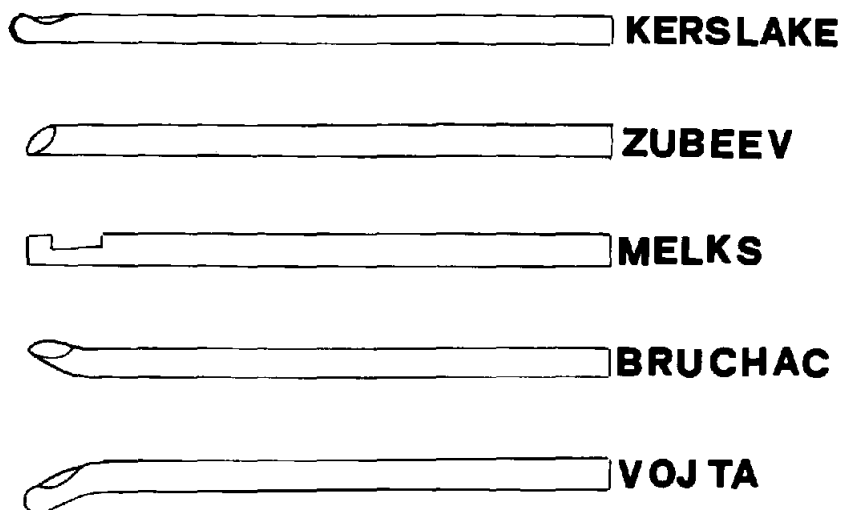


FIG. 18

DISTINTOS DISEÑOS DE CANULAS

les características cuales son:

#### CURVATURA

Muy en general, casi todas las cánulas utilizadas por los distintos autores, carecen de curvatura o cuando menos la poseen en muy escasa angulación. Detalle contrario, al presentado aquí, ya que posee un arco que facilita su manejo para adaptarse por su forma al canal genital y a la luz uterina, (aunque circunstancialmente sea una retroversión, ya que con invertirla se soluciona el problema), facilitando su manejo y adaptándose mucho mejor a las caras internas del útero.

En consecuencia, este tipo de cánula resulta superior en uso, a las rectas o semirectas.

#### BORDE DISTAL ROMO

Con este se facilita la aspiración de las zonas más lejanas del interior del útero, tales como los cuernos o el fondo, pues hay exvacuos (no todos precisamente) que poseen una distancia relativamente grande entre el orificio de aspiración o

ventana oval y el extremo, lo cual daría lugar a un espacio muerto, al que no llega la aspiración en sí, si bien llega la punta de la cánula. Pudiendo darnos lugar a exvacuaciones incorrectas, con sus posibles secuelas: hemorragia; infección; legrado en dos tiempos, etc. etc.

Teóricamente, la más perfecta resultaría ser, la cánula que presentara la ventana oval en el mismo extremo distal, tal y como ocurre con los modelos presentados por ZUBEEV (105) y BRUCHAC (19) (f.18). Si embargo al ser este orificio el resultante de dar un corte en bisel sobre la cánula, nos presenta un peligro, más que una ventaja, puesto que si bien aspira cualquier zona del interior del útero, su extremo más fino, de sobra puede ser el motivo de una perforación.

#### 4.2.1.3.

#### MANGO

Mediante el cual podemos dirigir perfectamente la cánula en todas las direcciones necesarias, sin posibilidad de que se nos resbale, o escape de la mano, dando así mismo, libertad al dedo índice

para que pueda encargarse del orificio de intermitencias, cuando se introduce la cánula. Se conocen pocos modelos que lo posean, pese a la consiguiente incomodidad que produce carecer de él.

4.2.1.4.

AGUJERO OVAL

El que, sobre todo, en las dos cánulas más pequeñas, presenta una discreta elevación en su borde de más distal, que nos permitirá en los legados-- biopsia, extraer tejido para su ulterior observación anatómo--patológica.

Volviendo a la fig. 18, anotamos las diferentes formas que cada autor nos muestra, respecto a la ventana oval. Así por ejemplo ZUBEEV (105) y BRUCHAC (19), utilizan ventanas ovales resultantes de cortar en bisel sus cánulas.

KERSLAKE (52) y VOJTA (100), dejan al igual que nosotros, un pequeño borde distal romo.

CHALUPA (27), emplea cánulas en las que ha introducido, dos ventanas ovales; es decir, una a ca da lado de la cánula.



LESJUK (57), amplía más los orificios, pues introduce 4 aberturas en el extremo activo de la cánula.

Particularmente a nosotros no nos parece aceptable que se empleen cánulas con más de una ventana oval, ya que lo único que se consigue, es disminuir la presión negativa a nivel de cada orificio, con lo que la aspiración de restos resulta más insuficiente.

#### 4.2.1.5.

#### AGUJERO DE INTERMITENCIAS

Que permitirá introducir la cánula a través del cuello uterino, sin que por la acción del vacío se adhiera a sus paredes y en consecuencia interrumpa la rápida marcha de la intervención o lesione este tramo del canal genital.

#### 4.2.1.6.

#### VARIANTES DE LA CÁNULA

MARSHALL (65), introduce una modificación en la cánula cual es, adosar un pequeño cateter a través del cual hace llegar al interior del útero una infusión salina continua, al objeto de facili

tar la aspiración de restos, poniendo así mismo, - en el sistema intermedio una malla al objeto de - realizar la criva y retener tan solo las porciones de tejido extraído del útero.



SOONAVALA (85), emplea una cánula cuyo mango es el propio frasco de recogida. En consecuencia, tanto la cánula como el frasco forman una sola pieza.

Pese a todo y en resumidas cuentas, creemos que mientras más simple nos resulte una cánula, es decir sin tantos aditamentos, mejores aspiraciones realizaremos.

#### 4.2.1.7.

#### PRODUCTORES DE VACIO

Se han utilizado de todo tipo: manuales, de pie, de agua, electricos e incluso hasta una botella a la que se le ha practicado vacio previamente.

Nosotros optamos por los electricos regulados, con el objeto de que según el tipo de aspiración a realizar podamos aumentar o disminuir el vacío.

En cuanto a las presiones medias utilizadas, tanto para todos los autores como para nosotros, oscilan entre las 0,6 y 0,8 Kg/cm<sup>2</sup>. Si bien es preciso y como paso previo, analizar un factor, para determinar las atmósferas que hemos de utilizar. Este es concretamente la presión barométrica, pues sabemos que a una mayor altura disminuye el poder de succión, por lo que tendrá que ser aumentada la intensidad del vacío. Tan es así que la Fundación Labor ha elaborado un cuadro de valores barométricos, con relación a la altura de las 23 ciudades más importantes del mundo.

En nuestra ciudad, carecemos de este problema por estar tan solo a unos metros sobre el nivel del mar, por lo que la presión es de 760 mm.

4.2.2. VENTAJAS PROPIAS

4.2.2.1. NUMERACION

Se le ha aplicado a estas cánulas, una numeración en cms., semejante a la de un histerómetro con lo cual, además de ahorrar tiempo del total de la intervención, evitamos posibles perforaciones uterinas, (perforaciones descritas en demasía) debido a que la superficie de la cánula menor posee 8 mm. de diametro, en tanto que el diametro del histerómetro, no llegará a sobrepasar el mm. ó mm. y medio.

Con esta modificación pretendemos evitar todas cuantas perforaciones son imputables a la histerometría, con lo cual reducimos en un 20 ó 30 % este grave cuadro, ( ya que de cada 100 casos de úteros perforados, 20 ó 30 son debidos única y exclusivamente a Histerómetros).

4.2.2.2. CALIBRE

Añadiendo al juego una cánula más, cuyo diametro de luz interior es de 14 mm., se consi-

que la ventaja, de ser aplicables a úteros de un tamaño de 4 meses o más, úteros que no son difíciles de encontrar, ya que los abortos molares y las metrorragias puerperales, nos dan por sí mismos, - un número suficiente, como para su necesario empleo, debido a que al aumentar su luz, permite aspirar - restos mayores.

Los autores utilizan diversos grosores, según el tipo de aspiración que vayan a realizar, es decir: para las interrupciones de embarazos, emplearan cánulas más finas que para un aborto molar de más de 16 semanas.

En el siguiente esquema, exponemos en detalle los calibres utilizados por cada autor:

VOEGELI .....	3 mm.
NOVAK .....	4 mm.
HARVEY .....	5 mm.
SADJA .....	6 mm.
PAPAZOV .....	7 mm.
AGUERO .....	8-10 mm.

CHALUPA .....	9-10 mm.
SOONAWALA .....	7-9 mm.
BONILLA .....	9-12 mm.
KERSLAKE .....	6-14 mm.
TAN .....	9-14 mm.
BRUCHAC .....	14-15 mm.
VALENZUELA .....	9-11-15 mm.
BRANDES .....	5-8-10-12 mm.
VOJTA .....	7-9-11-13 mm.
SUTER .....	8-10-12-14 mm.
VLADOV .....	4-6-8-10-11 mm.
NILSON .....	6-8-10-12-14 mm.
NOSOTROS .....	8-10-12-14-16 mm.

Más adelante, al comentar los resultados, podremos objetivar las ventajas que se derivan de la utilización de nuestra cánula mayor.

4.2.2.3.

LONGITUD

No encontré ninguna cánula con las dimensiones que presentamos, casi todos los autores, - nos hablan de longitudes similares a las de los tallos de Hegar.

Resultando practicamente imposible, aspirar, no ya los cuernos uterinos sino el mismo fundus, en úteros de más de 3,5 meses.

Para demostrar lo referido en el grafico - expuesto, a continuación enumeramos, las longitudes empleadas por los distintos autores:

VOEGELI .....	20 cm.
POUKAR .....	20 cm.
BERNARD .....	16 cm.
NILSSON .....	28 cm.
VALENZUELA .....	30 cm.
HARVEY .....	15 cm.
NOSOTROS .....	35 cm.

Un gran número de ellos, poseen cánulas - de longitudes similares a las de los dilatadores -

Hegar.

Lo que no resulta lógico, es pretender -- operar sobre un útero de 16 cm. de histerometría con cánulas de 20 cm. o menos, ya que de su incomodidad para su manejo durante la evacuación, al tener poca distancia libre de cánula fuera del -- tracto genital al mango, se deriva el peligro de perforación o en el mejor de los casos, de evacuación incompleta. Ello es lo que nos ha inducido a darle a nuestras cánulas la longitud de 35 cm., - pues si bien no estorban para úteros pequeños, si que son precisas para los grandes.

4.2.2.4.

#### BORDES LATERALES DE LA VENTANA OVAL

Hemos optado, en las cánulas números 1 y - 2, darles un cierto adelgazamiento, con el objeto, de que los legrados-biopsia, a más del tejido de por sí extraído por la aspiración, pueda también obtener muestra de los cuernos, y así evitar dudas a cerca de una extracción incompleta. En aclaración de posibles dudas, explicaré que ninguno de los - resultados anatomo-patológicos dados, presentó --



miometrio. Dato obligadamente necesario poner en evidencia, para así evitar que en cualquier momento, se piense que las cánulas más pequeñas se comportan como legbras.

4.3. TECNICA

4.3. T E C N I C A

4.3.1. VENTAJAS DE LA TÉCNICA

Hemos encontrado una serie de ventajas --  
frente a los métodos convencionales, en cuanto a:

Anestesia y Dolor
Dilatación cervical
Diseminación hemática
Hemorragia
Infección
Legrado-biopsia
Mantenimiento
Tejido miometrial
Perforación
Rapidez

4.3.1.1. ANESTESIA Y DOLOR

Es preciso tener en cuenta, la ventaja que  
en este apartado se nos ofrece. En primer lugar, -  
porque a igualdad de circunstancias, es decir, te  
niendo que realizar unicamente un legrado puro -

sin más, la sensibilidad dolorosa acusada por la -  
paciente, es de todos conocida, máxime cuando el -  
filo cortante de la legra, comienza a contactar --  
sobre la pared uterina o, en muchos casos, sobre -  
el mismo miometrio (VLADOV (102)).

Mientras que con el exvacuador, descontando un 10 % de pacientes consideradas como "lábiles neurovegetativas", y las que sería preciso premedicar, el 90 % restante no acusan dolor, quizás leves molestias inherentes a la pinza de garfio que coge el cuello, sumada a la sensación nueva y extraña - de que "le están haciendo algo por dentro" en estado consciente (VLADOV (102)).

Todo esto nos lleva de la mano a pensar, - que existen pocos casos ante los cuales hemos de -- aplicar anestesia, tales serían los abortos en que como requisito previo a la aspiración fuera necesario dilatar el cervix, lo cual de por sí es muy doloroso (BEDOYA (10)), (VOJTA (100)).

En contraposición todos aquellos casos en que por el tipo de aborto, el cuello esté permeable

y no sea pues necesario dilatar, prescindimos de la anestesia, por lo poco dolorosa que resulta la intervención (VOJTA (100)).

Tampoco hay que omitir todos aquellos casos en que la anestesia no sea aconsejable en interés de la madre, tal como ocurre en los estados de shock, cardiopatías graves, y, en general cualquier enfermedad consuntiva grave concomitante con la gestación SUTER (84).

#### 4.3.1.2.

#### DILATACION

Por regla general, no es necesario dilatar en el 15 % de las pacientes con abortos, y, de -- ellas, normalmente solo es preciso llegar hasta el tallo de Hegar nº 8 ó 10. En el resto de los casos que suelen corresponderse con abortos inminentes o incompletos, la dilatación es innecesaria, ya - que el único requisito, sería el utilizar una cánula más pequeña. BEDOYA (10); VOJTA (101); KERSLAKE (52); MARSHALL (65); NILSSON (71). Asimismo al existir varios grosores de cánulas, podemos en

caso de no estar suficientemente dilatado el cervix, usar una de menor luz, evitando los dilatadores. Tanto es así, que PAPAZOV (75), sistemáticamente no aplica dilatadores, hasta pasada la 9ª semana de gestación.

Más modernamente, para facilitar la introducción de cánulas a través de los cervix sin dilatar, CENRJAK (26), lubrica su cureta con petróleo esteril antes de introducirla, (sobreentendiéndose que sin utilizar dilatación previa).

Resumiendo, nosotros hemos tenido como antes enunciábamos, un bajo porcentaje de cervix que dilatar dentro del global de las aspiraciones practicadas (15 %). Pero la verdad, es que tampoco teníamos reparo alguno en realizarlas, ya que lo verdaderamente importante y, como primera meta era la consecución ulterior de una evacuación con resultados correctos, ya fuese con o sin dilatación cervical previa.

4.3.1.3.

DISEMINACION HEMATICA

Fundamentalmente evitada en los abortos molares y en los abortos infectados, ya que al no -- abrirse nuevas bocas vasculares ( o cuando menos -- se abren en mucho menor número), y no erosionar el tejido más periférico, se reduce en un 85 % el pa-- so al torrente circulatorio de células que provo-- caran las metástasis a distancia, STOCK-HAMMER (87) VELENZUELA (96), o los germenos que provocarían -- septicemia BEDOYA (10); ARBUES (5). Punto capital para la profilaxis del corioepitelioma. En nuestro estudio coincidimos plenamente, ya que hasta el momento presente no han aparecido las temidas metás-- tasis, ni la grave complicación septicémica.

4.3.1.4.

HEMORRAGIA

En este apartado coinciden todos cuantos han practicado el método, refiriendo la escasa perda hematica que presentan todas las pacientes. Así por ejemplo BERISLAV (13), dice que solo un -- 30 % de las pacientes que asistió en los distintos

tipos de abortos, poseían perdidas hemáticas superiores a los 200 cc. en total, (se refería a tejido extraído y sangre). O bien VALENZUELA (97), que nos refiere que son totalmente nulos, dato corroborado por el resto de los autores.

Podemos afirmar que las hemorragias producidas por evacuaciones, son en un 100 % menores, que las ocasionadas en los demás tipos de métodos. La explicación de esto, es muy lógica ya que por un lado (como refería en el apartado anterior: no se producen nuevas aperturas vasculares); y por otro; las ya existentes se colapsan al contraerse el útero, una vez extraídos los restos. En donde más se pone de manifiesto esta ventaja, es en los abortos molares, debido a la menor erosión sobre las capas profundas.

En cuanto a los uterotónicos, normalmente se prescriben cuando se tratan de úteros grandes, SUTER (89). En nuestro estudio, los hemos utilizado únicamente como paso previo antes de la intervención, en úteros de más de 12 semanas de gesta-



ción y valorando así mismo la cuantía de la hemorragia previa.

4.3.1.5.

INFECCION

Con la evacuación, el peligro de infección, queda reducido al mínimo, y, esto es capital sobre todo en el tratamiento de los abortos sépticos, - en los que menos boquillas vasculares sean abiertas, menos peligro de septicemia existirá BEDOYA (10); KISS (53), y no es precisamente poca su importancia, por la sencilla razón de que aproximadamente un 35% de los abortos en nuestro País, son provocados, y de estos, de un 20 a un 30 % nos llegan infectados VOJTA (100); BERISLAV (13).

En consecuencia, las endometritis, parametritis, anexitis, y fiebres suaves se encuentran en regular proporción.

En cuanto a la intervención en sí, la única precaución razonable que tenemos en cuenta, consiste en no extraer las cánulas demasiadas veces del útero, una vez comenzada la aplicación. Con ellos

pretendemos evitar el paso de gérmenes procedentes del tracto genital más externo, salvando la infección intraoperatoria.

4.3.1.6.

ASPIRACION-BIOPSIA

Si el diagnóstico de las displasia y de los cánceres del exocuello, así como el de las lesiones del endocuello, es claramente asegurado por el frotis ejecutado con el material de raspado -- exocervical, este proceder es mucho menos fiel para la detección de procesos premalignos o malignos del endometrio. Al-rededor del 35 al 40 % de los casos de cancer del endometrio, el material de la muestra cervical no contiene células malignas provenientes del foco neoplásico endocavitario. - Igualmente los frotis de aspiración endouterina no permiten alcanzar una seguridad absoluta; al-rededor del 10 % de casos de cancer de endometrio son negativos psicológicamente. Hasta recientemente - solo un raspado explorador practicado "lege artis" permitía, gracias al examen histopatológico, lle-

gar a una certidumbre diagnóstica. Esta operación permitía conocer la etiopatogenia de un trastorno metrorragico y obtener una hemostasia rápida en las hemorragias ginecológicas. No es recomendable proceder a un raspado ambulatoriamente y, en la mayor parte de los casos, la paciente será hospitalizada uno o varios días. En general los operadores y las pacientes prefieren una corta narcosis o una anestesia local. El practico dudará, pues, en recurrir de pronto al raspado exploratorio, aún cuando fuera aconsejable.

No sucede lo mismo con el "raspado por aspiración del endometrio" que es posible ejecutar ambulatoriamente. Se tendrá entonces todos los informes y las ventajas terapéuticas del raspado clásico con un mínimo de molestias y de gastos para la enferma. Este método permite evacuar el revestimiento y el contenido de la cavidad uterina aplicando una presión negativa suficiente.

Este campo, que si bien es de más reciente utilización, no por ello carece de importancia

ya que estudios realizados por CHU-CHEN, VASSILAKOS (29), demuestran que los resultados anatómopatológicos dados en legrados practicados mediante este sistema, son correctos, a más de tener las ventajas propias de no ser preciso realizar dilatación de cervix en las multiparas, que proporcionan lógicamente el porcentaje más elevado de pacientes sobre las que incide la necesidad de practicar este tipo de legrados y a las que por lo dicho anteriormente, no es preciso analgesiar BONILLA (15); VOEGELI (98).

Por otro lado en las nulíparas, el problema de la escasa o nula dilatación cervical, nos lo da resuelto CHU-CHEN (29), fabricando unas cánulas extremadamente finas, pero que no requieren tallos de Hegar previos.

La explicación de que la menor cánula empleada por nosotros sea la de 8 mm., estriba en que la consideramos más que suficiente para la aspiración endocervical o endometrial de cualquier útero ya sea de nulípara o multipara, con la ventaja de

tener el grosor necesario para evacuar todo el contenido uterino, ya que la microcánula no aspiraría entera una cavidad.

Nuestra opinión a la vista de los resultados obtenidos, da pie para augurar un futuro más que brillante, en el campo de la aspiración-biopsia, ya que al simplificar la intervención, por un lado en cuanto a la técnica, y, por otro, con relación al aumento de pacientes en las que no es preciso aplicación de anestesia o cuando menos solo técnicas locales, hace todo ello posible que se simplifiquen los despistajes en procesos de índole neoplásico con el subsiguiente aumento de los mismos, al poder practicar estas intervenciones en régimen semiambulatorio.

#### 4.3.1.7.

#### MANTENIMIENTO

Lógicamente no pretendo demostrar que el sistema de evacuación, sea más fácil que el del - legrado que hasta la actualidad hemos venido utilizando, ya que no sería así. Pero también es una

realidad, que no es más difícil, ni requiere par ticulares atenciones ( como las que precisaría un aparato electrónico). Quiero decir con esto, que los requisitos para su mantenimiento, ni son complicados, ni difieren de los que precisan las leg<sup>ras</sup> y demás material necesario para practicar un legrado normal.

Tambien como la gran mayoría de las cánulas son de acero inoxidable, plástico, etc., se evita el problema que plantea la corrosión que de hecho observamos en muchas leg<sup>ras</sup>, bien por su continua do uso, o por los materiales empleados para su cons trucción SOONAVALA (85).

Hemos tenido pues, la oportunidad de com probar en nuestras cánulas, que cualquiera de los sistemas posibles de emplear para esterilizaciones no altera ninguna de las características del aparato, adaptandose pues al sistema que se emplee en cada clínica, acortando el tiempo qué media entre una intervención y otra al usar medios de esteriliza<sup>ción</sup> ultra-rápidos.

4.3.1.8.

MIOMETRIO

Quizás sea esta, si no la más importante, una de las tres capitales ventajas de la evacuación uterina, conjuntamente con la rapidez del método, y lo extremadamente rara que resulta la perforación con las cánulas.

Todos cuantos trabajos se realizaron con fin investigador y de comprobación del método, llevaron a estudios anatómopatológicos, que realmente son los que nos han de decir que tejido es el extraído, y, la existencia o no de miometrio en él.

Y así: PAPAZOV (75); TAN (91); BERISLAV (13), hallaron en muy pocas ocasiones, tejido muscular uterino. Además de que cuando este normalmente se encuentra, corresponde a la legra utilizada como control.

NILSSON (71) lo halla en el 3,3 % de sus casos. BERISLAV (13) en el 7,8 % MELKS y ROZE en el 1,5 %; CERNUA en el 20 %. ¡ Claro esta !, que en el estudio control realizado sobre legrados normales el % sube al 54 %.

BEDOYA (10), tan sólo obtiene miometrio en un legrado puerperal, pero no lo extrae con la cánula sino con la legra utilizada de control.

De todo esto se deduce que el riesgo de sinequias, se reduce a cero; y esto si se puede considerar como de capital importancia, pensando en futuras concepciones de la enferma, máxime cuando hallamos miometrio en un 50 % de casos realizados por legrados normales, sin que realmente esto nos quiera decir que todas estas pacientes vayan a quedar con sinequias ARBUES (5).

Normalmente la evacuación suele respetar la basal. Ello se demuestra en que los ciclos se reanudan dentro del tiempo previsto.

De nuestros 200, y tras los resultados anatomopatológicos, nos cabe la satisfacción de poder presentar un 100% de éxitos. Es decir, en ninguna de las aspiraciones realizadas hubo la presencia de miometrio.



4.3.1.9.

PERFORACION

Clásicamente se dan % que oscilan entre el 0,12 % y el 2-3 % de perforaciones en los legrados convencionales BERISLAV (13). Esta grave complicación se ha visto reducida al mínimo, de tal manera que son muchos los autores que publican sus trabajos, sin perforación alguna. Y así BRUCHAC no posee ninguna en su comunicación presentada en el Congreso de Bratislava. Igualmente en el Congreso Mundial celebrado en Moscú en el año 1.963 tampoco se presentó ningún caso de perforación.

VOJTA (101); BEDOYA (10); VOEGEL (98); -- WU y WU (103); BERISLAV (13), poseen unos porcentajes muy reducidos.

Con todo lo expuesto, las opiniones de los diferentes autores son:

CHALUPA: "Elimina totalmente el peligro de perforación".

NOBAK: "Practicamente no hay peligro de perforación".

LESTJUK: " Mucho menor peligro de perforación que el normal"

POUKAR: "La perforación de la pared, parece en sí imposible debido a la restricción de manipulaciones dentro de la cavidad".

Un poco al traste con todo lo expuesto, - nos lo da BONILLA (15) quien, en el trabajo publicado en 1.965 presenta un 3,6 % de perforaciones, ¡justificables ! ; ¿ No justificables?. La realidad - es que los restantes autores coinciden en que las cifras son mínimas. Y en descargo de BONILLA, diré, que lógicamente el peligro aumenta en los casos de abortos incompletos o infectados por un lado, y, experiencia del cirujano por otro. Además muchos de estos autores que tan pocos casos de perforación presentan, aplican la evacuación, solamente para la interrupción del embarazo, que es la - cara fácil y con menos riesgos de cuantas aplicaciones se le han asignado al método.

Mientras que nosotros, realizamos lo difi

cil unicamente, por estar proscrita esta intervención en España, quedandonos solamente con la cara desfavorable de todos los casos. Teniendo finalmente que presentar de nuestro trabajo un 0,3 % de perforaciones.

#### 4.3.1.10

#### RAPIDEZ

Es considerada por el 99 % de los que -- utilizan la evacuación, como otra de las ventajas capitales de este método, ya que el tiempo oscila entre 15" y 2'. Y así ARBUÉS (5); cifra la intervención en menos de 2'; BEDOYA (10): entre los 20" y 2'; SOONOVALA (85): desde los 10" al minuto; VOJTA (101): entre 20" y 60", y así podríamos ir enumerando el resto de los autores.

Ante esto, cualquier tocólogo, al leer 2' quizás piense que es demasiado tiempo. Sin embargo, también ha de tener en cuenta el tipo de aborto, tamaño uterino y características del útero, ya que cabría ponerse a cronometrar los minutos empleados en lograr un aborto normal de

más de tres meses, un diferido, o no digamos nada de un molar mediante un legrado convencional, pues ya se sabe lo rápidos que somos todos cuando se trata por ejemplo de un aborto incompleto de 2 ó 2,5 meses de amenorrea. Más casi nunca nos detenemos a reconsiderar tiempo, ante cualquiera de los mencionados anteriormente, y de por sí, sabemos que son más de dos minutos los empleados para su terminación.

Nuestro tiempo ha oscilado entre los 30" y 1', tiempo de sobra más que aceptable, cuando en los legrados convencionales de control, se valora en 1'50" - 3'50".

4.3.2.

INCONVENIENTES DE LA TECNICA

Es importante saber también, que no todo van a ser ventajas, y de la misma forma que no existe nada perfecto, tampoco el exvacuador va a constituir una excepción. Como es natural, posee unos inconvenientes que a continuación iremos describiendo:

4.3.2.1.

EVACUACION INCOMPLETA

Se debe considerar como el más importante contratiempo que nos vamos a encontrar en el legrado por aspiración, luego de la perforación uterina. La diferencia entre ambas, es que la segunda es una contingencia extremadamente infrecuente, en tanto que la primera la presentan como nota discolora todos los autores.

Planteada así esta premisa, enseguida cabe pensar pues, que el método no vale tanto como en un principio parecía. Más esto no es realmente así por la sencilla razón de que la mayor parte de los autores, poseen porcentajes bajos, y el hecho de que

por ejemplo tengan un fallo de cada 300 casos, ya les obliga en sus estadísticas a poner % de fracasos, aunque solo sea de un 0,3 % no queriendo esto decir que el sistema sea malo.

Tratando de salvar este escollo, algunos autores tales como BERISLAV (13); VLADOV (102), sistemáticamente repasan los ángulos con legras una vez finalizada la aspiración; para finalmente, volver a introducir la cánula, al objeto de extraer la sangre residual.

Realmente este proceder no lo seguimos en absoluto, ya que consideramos mas que suficiente la aspiración que ejercen nuestras cánulas sobre el fundus y los cuernos uterinos, y a lo sumo, repasamos con legras convencionales, cuando objetivamos en determinados casos, la presencia de restos no extraibles con la cánula, tal y como nos ha ocurrido en tres casos de abortos diferidos.

Con el metodo de la vacuoaspiración los porcentajes de evacuaciones incompletas son muy variados de unos autores a otros. En consecuencia,

haremos tres grupos para analizarlos:

GRUPO I (Buenos): Aquellos que no sobrepasan el -  
2 % de fallos, entre los que ci  
tamos a:

AGUERO .....	0,5 %
BERISLAV .....	1,3 %
CHALUPA .....	2 %
NILSSON .....	1 %
MIELKS .....	0,2 %
SUTER .....	0,3 %
TAN .....	1,1 %
NOSOTROS .....	1,5 %

GRUPO II (Aceptables): Que poseen unos porcentajes  
oscilantes entre 2 y 5.

ARBUES .....	5,4 %
TAN .....	3,2 %
VOJTA .....	2,5 %
VOJTA (revisión de 15 clin. -	

	checas) 0,5 - 3,2 %
VALENZUELA .....	5 %

GRUPO III (Malos): Considerados, los que sobrepasan el 5 %.

BEDOYA .....	9,2 %
BONILLA .....	23 %
DVORAK .....	10,4 %
MARSHALL .....	6 %
SUTER .....	13 %

GRUPO IV (Casos especiales):

TAN. ( Solo % para ab. incompletos) ..	50%
--	-----

Por lo general, los autores que presentan el % más elevado de fracasos (por evacuaciones incompletas), suelen ser los que aplican el método - por primera vez. Consecuentemente, hay dos factores que les hacen aumentar sus fallos. El primero se deriva de la inexperiencia, ya que si bien no es



un método difícil de realizar, si es preciso practicar sobre él, para poder adquirir al menos esa "sensación de útero vacío" (que describía VLADOV (102) y MARSHALL (65) en 1.968), agilidad en el manejo de las cánulas, saber diferenciar las presiones negativas que se requieren según el tipo de aborto. Todos cuantos se inician en esta técnica, tendrán que habituarse a notar como las paredes estén lisas al discurrir sobre ellas la cánula, siendo preciso fijar la atención, a partir del momento que han dejado de salir restos. De esta manera comenzamos a adquirir esa específica sensación de "útero vacío" de la que ya hemos hablado con anterioridad.

El segundo factor que favorece el aumento de fracasos, es que, como consecuencia de ser los primeros casos, se suele emplear legra de control para confirmación de que la evacuación ha sido completa y, al mismo tiempo, porque al principio se suele tener un cierto reparo por la inseguridad lógica de toda técnica que se comienza; surgiendo-

nos la pregunta: ¿ se me habrá quedado algo dentro?

La consecuencia de este último punto es - que, al analizar anatómo-patológicamente, el frasco correspondiente a la legra de control, en ella, aparecen a veces escasos restos, mucosa o incluso miometrio, que razonadamente saldría por el exceso de celo en "repassar" (KERSLAKE) (52). Y ¡ojo! con este detalle, pues si no se utiliza doble frasco, y se da la circunstancia de que por el estudio his topatológico aparece miométrico, enseguida se le achacaría al exvacuador, sin pensar que fuera la legra la causante de su aparición. (Por pretender sacar algo de donde no lo hay).

Asimismo, estos porcentajes de fracasos, - aumentan también según el tipo de aborto; así, son más frecuentes los fracasos en los incompletos, en los infectados y aún más en los diferidos. Por otro lado, también aumentan según las semanas de gestación, viéndose que se elevan en los abortos de más de 12 semanas. Detalles, todos estos, a tener en - cuenta cuando observamos los porcentajes del grupo

III.

4.3.2.2.

PERFORACION

Es el más grave cuadro que se nos puede - presentar durante el transcurso de una evacuación, ya que desde la perforación "per-sé", hasta incluso la extracción de asas intestinales, pueden darse varios tipos de complicación dentro de la misma entidad nosológica.

Con todo, en la literatura mundial, las - perforaciones halladas son muy escasas, y por descontado mucho menos frecuentes que en las acaecidas con las legras, así por ejemplo BERISLAV (13), posee un 0,12 % de perforaciones con legras.

Históricamente, WU y WU (1.958) (103), tuvieron una perforación en este tipo de legrados y que, además, fué causada por uno de los Hegar, durante la dilatación del cervix.

BONILLA (15) (1.965) llega a tener 3 (4,9%) si bien uno de ellos fué achacable a la legra de - comprobación.

BERISLAV (13) (1.971) posee un 0,005 % de perforaciones debidas a la cánula y un 0,04 % cuando están incluidas las perforaciones causadas por métodos complementarios previos a la evacuación, tales como: histerómetro, tallos de Hegar y posteriores a la misma, tal es el caso de la legra de control.

Y nótese la diferencia con relación a los legrados normales, cuyo porcentaje oscila entre un 0,12 % y 0,92%, que ya de por sí nos resulta más que significativos.

BEDOYA (10) (1.970) tiene una perforación en un aborto diferido (achacado también a la legra de control).

Ello nos habla claramente, de que esta complicación es bastante rara. Pero, sobre todo y más importante, que se da en una proporción muchísimo menor que la observada en los legrados convencionales. De hecho, más que inconveniente tendríamos que incluirla de nuevo entre las ventajas.

4.3.2.3.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

4.3.2.3.1.

HEMORRAGIAS

Pese a ser extraordinariamente raras, a veces suelen aparecer y las causas originadoras, son las mismas que para los legrados normales, es decir: coagulopatias, infecciones, miomas submucoso o intramulares, pólipos de cualquier tipo e incluso un excesivo legrado de control.

Tan es así, que solo un 2 % de todos los autores presentan casos de hemorragias y, como vamos a ver a continuación, las cifras que muestran son suficientemente demostrativas de la escasa incidencia con que se presenta esta complicación.

AGUERO .....	0,42 %
SUTER .....	1,3 %
BERISLAV .....	30 % (cuando sobrepasan las perdidas, los 40-50 cc. de sangre tras la intervención)

No tiene pues que resultarnos extraño, que el 90 % no prescriben uterotónicos, antes, ni con posterioridad a la intervención. Y los restantes los indican por causas justificadas, como tras las evacuaciones en molas, abortos tardios, etc.

4.3.2.3.2.

INFECCION

No se encuentran diferencias ostensibles - entre abortos tratados con evacuación o mediante - legrado normal, ya que la asepsia del instrumental es la misma. Lo que sucede realmente, es que la infección existe de antemano, por lo que ningún tipo de estos es imputable específicamente a la técnica de la vacuoaspiración - VALENZUELA (97).

SUTER (89), obtiene los siguientes resultados en cuanto a fracasos de la técnica, según exista infección previa o no:

<12 semanas	{	Sin infección ..... 5 %
		Con infección ..... 25 %

>12 semanas	{	Sin infección .....	24 %
		Con infección .....	54 %

A la vista de los resultados, podemos indicar la importancia que posee el problema de la infección, sobre todo a la vista de las diferencias porcentuales que presentamos.

Para nosotros no posee importancia, debido a no encontrar problemas infectivos puros inherentes a la aplicación de la cánula. En todo caso, - fueron pacientes que presentaron como enunciábamos con anterioridad, estos problemas infectivos, pero previos ya a la intervención. Pese a todo, carecimos de complicaciones derivadas de la infección, tal y como podría ser la evacuación incompleta.

4.4. ANESTESIA



4.4.

#### ANESTESIA

De siempre, la tendencia ha sido el mejorar los métodos anestésicos al objeto de modificar lo menos posible las funciones vitales y evitar cuadros graves inherentes a la anestesia, que de hecho todos sabemos que a veces se dan, (NATHANSON -- (70) presenta dos casos con síndrome de aspiración). Lo ideal sería no tener que aplicar ningún fármaco anestésico, máxime cuando en este caso concreto se trata de intervenciones menores, cuales son los le grados , debido por un lado a lo simple de la intervención y por otro al escasisimo tiempo empleado en realizarla.

Dándonos una pasada de conjunto a la vacuo aspiración, parece ser que se está logrando poco a poco que no se aplique anestésico alguno.

Así, cuando se adquirió una cierta familia ridad con el método, se comenzó a ensayar con los diferentes fármacos, y autores tales como: ARBUES (5), MARSHALL (65), NILSSON (71), SONAWALA (85), comienzan utilizando barbitúricos, sustituyéndolos

paulatinamente por otros anestésicos, como por ejemplo los usados en las infiltraciones regionales -- paracervicales y finalizar no utilizando anestesia alguna.

En el cuadro siguiente, veremos un relación de los distintos autores y los anestésicos utilizados paulatinamente por ellos.

ARBUES:	A. Pentotal
	B. Haloperidol-valium
	C. Ninguno
BEDOYA:	Pentotal
BERISLAV:	Bloqueo paracervical
BONILLA:	Pentotal
KERSLAKE:	A. General
	B. Paracervical
	C. Ninguna

MARSHALL: A. Inhalación general  
B. Bloqueo paracervical

NILSSON: A. Barbituricos  
B. Bloqueo paracervical  
C. Ninguna

SOONAWALA: A. General  
B. Epidural  
C. Local

SUTER: Bloqueo paracervical

VALENZUELA: Ninguna

VLADOV: Ninguna  
Solo atarásicos en enfermas nerv.

A la vista de los métodos empleados por los citados autores, hemos considerado oportuno sentar unas pautas basandonos en el tipo de aborto, tama-

ño uterino y estado del cervix, (ya descritos), me  
diante los cuales nos guiamos. Consideramos que es  
la más adecuada al utilizar estos parámetros. Pero  
siempre y como norma proponemos el ir reduciendo  
anestesia, hasta que consigamos que el 60 ó 70 %  
de todos los casos, se practiquen sin fármaco al-  
guno.

4.5. UTILIZACION DEL METODO

( APLICACIONES )

4.5.

UTILIZACION DEL METODO (APLICACIONES)

Exponíamos con anterioridad que el método de la vacuoaspiración ha sido empleado en el presente - trabajo, para toda clase de legrados (excepto para la interrupción del embarazo), y en general para todo tipo de intervención, en la que sea preciso aspirar el contenido uterino, veamos pues cuales son, comenzando en primer lugar por:

4.5.1.

INTERRUPCION DEL EMBARAZO

Es el único que no empleamos, contrariamente a como viene ocurriendo en los demás países en los que al estar autorizada la practica del aborto, se lleva los mayores porcentajes en cuanto a su utilización, sobre todo en los países del Este. BERISLAV (13) CHALUPA (27); HARVEY (43); KERSLAKE (52); KISS (53); MARSHALL (65), y hasta el mismo REID, el cual indica que es el método favorito en la URSS.

Pese a no tener experiencia en este tipo de legrados, diré que el 90% de los autores, se expresan a favor de la técnica, por lo extraordinariamen-

te útil que resulta, sobre todo antes de la 12ª semana de gestación SUTER (89); TAN (91), si bien a partir de ellas no es tan aconsejable su uso. HARVEY (43), utiliza un sistema de jeringas y por lo tanto limita un poco más el tiempo de gestación, evitando pasar de la 7ª semana. A pesar de todo VOJTA (101), no está de acuerdo, puesto que nos refiere que a lo sumo la sistemática a seguir consistiría en utilizar conjuntamente el evacuador con la técnica convencional, es decir, que tras la evacuación, él, practica un raspado con legras, siendo la única premisa que antepone para el tratamiento de estos embarazos de más de 12 semanas. Lógicamente se puede comprender que para subsanar esta aplicación de legras, otros autores utilicen cánulas de mayor calibre, conjuntamente con un aumento de vacío. En lo que todos ellos coinciden es en la carencia casi total de perforaciones uterinas.

Y ahora conviene aclarar un punto no explicado anteriormente: Hemos podido objetivar analizando los apartados relativos a la perforación (4.3.1.9 y

4.3.2.2.), que poseemos un 0,33 % de los casos analizados en nuestro estudio, y es precisamente aquí donde radica la diferencia, ya que estos autores realizan sus trabajos unicamente en casos de interrupción de embarazos y nunca sobrepasando las 12ª semana de gestación, por lo que al darnos a conocer sus resultados, ( 100 % de éxitos), puede dar lugar a confusión, al tener que presentar en nuestro estudio, aunque sea un solo caso que poseemos. Pero es que resulta necesario recalcar, que no realizamos selección alguna de pacientes, tipo de aborto o tamaño uterino, quedandonos con todos los cuadros indiscriminadamente; en tanto que ellos si lo han realizado.

#### 4.5.2.

#### ABORTOS INEVITABLES O INCOMPLETOS

Como se podrá deducir del anterior apartado, es en los países donde no se practica la interrupción artificial del embarazo, donde goza de primacia el uso del sistema sobre estos casos concretos. Actualmente su utilización ha ganado adeptos. Tan es así, que -- también se usa en los países Orientales como medio de



elección POUKAR; LLESING (61); VLADOV (102).

Consecuentemente, casi todos los autores están de acuerdo en sus ventajas, ya que si bien presentan cifras de fracasos, estas suelen ser menores a las encontradas en los legrados normales VALENZUELA (97). Tan solo nos ponen un poco en alerta, para — cuando sean de más de 14 semanas, infectados o previamente perforados.

En esta última circunstancia, es muy necesario el que se realice la intervención con sumo cuidado, o incluso desistir de practicarle, por evitar más complicaciones.

La excepción la tenemos únicamente en SUTER - (89), quien refiere las pocas ventajas que ofrece la vacuoaspiración en este tipo de abortos, a no ser — que en la paciente no se pueda emplear anestesia, en cuyo caso es óptimo.

Nosotros particularmente, no estamos de acuerdo con este autor, ya que está suficientemente comprobada la utilización del sistema en los abortos incompletos, tanto con necesidad de aplicar aneste-

sia como sin ella, y sobre todo por los resultados -  
obtenidos. Pero es que además SUTER (89) nos refiere  
como óptimo el empleo de la vacuoaspiración en los  
casos que no se debe usar anestésico alguno, por lo  
que consecuentemente nos dá la razón a nuestros pos-  
tulados.

4.5.3.

ABORTOS DIFERIDOS

Resulta ser la espina que tiene clavada el  
método. Por lo menos así lo manifiestan : AGUERO (2);  
ARBUES (5); BONILLA (15); POUKAR; TAN (91), quienes  
observan un elevado número de fracasos, refiriendo-  
se concretamente en el sentido de evacuación incom-  
pleta. Y es lógico pensar así, pues al estar los te-  
jidos íntimamente adheridos al útero, el vacío en de-  
terminado número de ellos, resulta insuficiente para  
su extracción. Pese a todo lo expuesto y lo que nos  
refieren cuantos se preocuparon del tema, hemos de  
salir al paso, ya que si bien los fracasos de la téc-  
nica son elevados, nosotros hemos conseguido reducir  
los, pudiendo presentar solo un 33 % de ellos, en -

contraposición del 67 % de éxitos reales. Cifra más que halagüeña, que nos obliga a continuar el camino - comenzado, al objeto de hacer descender este porcentaje de fracasos.

Sabemos que no todo se ha conseguido, pero - nos mantendremos en nuestro camino, con la fé de obtener muchos mejores resultados con que avalar el actual estudio.

#### 4.5.4.

#### ABORTOS MOLARES

Aplicada por primera vez hacia 1.954 por MELKS (67) (en Rusia) y posteriormente por VLADOV (102) y col. (Bulgaros) en 1.965, es sin duda de ningún género la indicación en la que más ventajas aporta, por varios motivos:

1) No lesiona ni produce apertura de nuevos vasos: Punto muy importante a considerar, ya que se puede evitar la diseminación hemática (BEDOYA (10) GI RASEK).

2) Menor cuantía de hemorragia, por dos causas: una, es la ya mencionada menor apertura de vasos. Y la segunda porque resulta mucho más rápida su eje-

cución, que cuando aplicamos el método convencional (BRANDES (17), STOCKHAMMER (87), VALENZUELA (97) ).

Nosotros estamos particularmente convencidos de los excelentes resultados, tanto inmediatos, es decir durante la intervención, como a largo plazo, ya que tras seis meses de evolución, ninguna de nuestras pacientes presentó secuelas degenerativas.

4.5.5. OTRAS APLICACIONES

4.5.5.1. VACUO-ASPIRACION PUERPERAL

Muy utiles tambien para estos casos, ya que los úteros son grandes, subinvolucionados y suelen estar flácidos, aumentando consecuentemente el riesgo de perforación con las legras, en contraposición a las cánulas, ya que al poseer extremos romos y gruesos de hasta 16 mm., hacen más difícil la posibilidad de atravesar el útero ( BRANDES (17), BEDOYA (10), STOCKHAMMER (87) ).

Otro punto a favor de la evacuación tambien a tener muy en cuenta, es que, no lesiona durante la intervención al miometrio, (no lo raspa), sino que

le succiona, con la consecuente evitación de sine-quias ( KERSLAKE (52) PAPAZOV (75) ) problemas de reepitelización.

#### 4.5.5.2.

#### VACUOASPIRACION EN GINECOLOGIA

Los pioneros del método, no estaban muy de acuerdo con utilizarlo como instrumento para los le grados-biopsia (BEDOYA (10)), más poco a poco este sistema ha ido calando en los diferentes autores, hasta el extremo de crear modelos exclusivamente dedicados a este fin, y así: CHU-CHEN (29); VASST-LAKOS P, y BEGUIN F. (29), poseen uno, que sin desviarse de las léneas clásicas, posee cánulas muy finas, con las que no es preciso ni dilatar el cervix, aunque se nos diese la circunstancia de que la enferma fuera nulípara. Por lo tanto al evitar tener que realizar la dilatación cervical, se evita la analgesia, obteniendose unos resultados favorabilísimos.

#### 4.5.5.3.

Más raramente ha sido su utilización para la extirpación de pólipos endometriales, con muy buenos resultados BERISLAV (13). Nosotros también po-

seemos el caso de una enferma que tras repetidas metrorragias se le practicó una evacuación-biopsia, apareciendonos un pólipo del tamaño de una almendra, cuya base de implantación se encontraba en cara anterior cerca del fundus.

4.5.5.4.

Finalmente, LLESING (61), lo utilizó para aspirar la masa encefalica, en las craneotomías, aplicación que si bien original, ahora carece de interés, por las escasas intervenciones de este tipo que se realizan.

Vemos pues que las aplicaciones de la evacuación uterina, son variadas, sus ventajas superiores. Y finalmente sus inconvenientes, disminuyen si los relacionamos a los hallados con el método convencional, que sin pretender en modo alguno desmeracerlo, ha sido superado por la técnica de la vacuoaspiración.

4.6. ESTUDIO GLOBAL (GENERALIDADES)

4.6. GENERALIDADES.

4.6.1. EDAD

Tan solo haremos mención al hecho, de que si hemos encontrados porcentajes distintos de edades, - en relación a otros autores, se debe unicamente a -- dos factores:

Uno, el que practicásemos aspiraciones-biopsias, y el otro que no practicasemos abortos. Y así comparativamente LUIS VALENZUELA (96), en su estudio, encuentra que pacientes con más de 35 años se dan en un 14,5 % cifras que relacionadas a las nuestras son 3 veces menores (pero es que él, en su publicación, - no practicas aspiraciones-biopsias).

Por otro lado, el que muchos autores presenten cifras diferentes a las expuestas en nuestro estudio, no posee otro motivo que el pertenecer a países en los que se permite la practica del aborto, y, con secuentemente es en la 2ª década de la vida, cuando inciden un mayor número de gestaciones no deseadas.



4.6.2.

PARIDAD

Comparada la paridad, al estudio control, - no presenta diferencias mencionables, pues las multiparas representaron el 60%, en tanto que las nuestras dieron un 62 %.

Solo haremos constar la diferencia porcentual habida entre nuestras nuliparas (17 %) y el 30, 40 % dados por los autores pertenecientes a paises en los que legalmente está permitida la interrupción de la gestación.

Los trabajos pertenecientes a la América Latina, (área en las que rigen leyes similares a las - españolas), dan unas cifras parejas a las nuestras. Y así: AGUERO (2), nos da un 11 %, VALENZUELA (96), un 19 %, reafirmandonos pues nuestras diferencias en encontradas con el grueso de las publicaciones del Este.

4.7. ESTUDIO GLOBAL DE LOS ABORTOS

4.7.

ESTUDIO GLOBAL DE LOS ABORTOS

4.7.1.

Analizando la Amenorrea, hemos encontrado un elevado porcentaje de abortos, superiores a los 3,5 meses (30 %), no encontrándonos con autores que presentaran en sus estudios porcentajes tan elevados. Esto se debe a que la gran mayoría, eligen sus propios casos, excluyendo los menos favorables que serían enfermas cuya amenorrea fuera superior a los 3,5 meses.

4.7.2.

En lo concerniente al tipo de aborto, el que con más frecuencia se nos presenta, es el incompleto (70 %), cifra del todo pareja con el estudio control realizado sobre 100 casos cogidos al azar y a los que la intervención se realizó con legra fenestrada.

En lo concerniente a los demás autores, nuestros porcentajes son muy superiores en relación a los presentados por los de países del Este; en tanto que muy parejos a los de países Latino-americanos, VALENZUELA (96), debido a que en nuestro medio no se lleva a cabo la práctica del aborto.

Pese a todo lo expuesto, el tipo de aborto que proporcionalmente en nuestro estudio se presenta como más elevado, es el molar 8,3 %, e incluso, relacionado el resto de publicaciones, el porcentaje que más se nos aproxima, es el de la URSS con unas cifras del 5,4%.

#### 4.7.3

Para poder analizar la intensidad de la hemorragia, hemos de hacer la salvedad, de que en nuestro estudio todos los casos de hemorragia que se nos presentaron y en consecuencia analizamos, fueron previos a la intervención. Ya que las pérdidas ulteriores de cada uno de los casos, no supera los 15-45 cc. de sangre.

En estas cifras son coincidentes todos los autores, AGUERO (2): Solo se presentaron hemorragias en 0,42 %, SUTER (89), en el 1,3 %, VALENZUELA (97), nulo, pero si nos referimos a nuestro estudio control, la media de perdida hemática, supera los 35 cc., ya que estas perdidas oscilan entre los 35 y 200 cc.

4.7.4.

Es de destacar que el 18 % de nuestras pacientes, hemos realizado la evacuación sin anestesia, a lo sumo con un tranquilizante, sin que se acusara respuesta dolorosa por parte de la enferma.

Consideramos este punto de notable interés, ya que un futuro más o menos próximo es muy seguro - que la mayor parte de las aspiraciones se realizarán sin anestésico alguno, con el subsiguiente beneficio para la paciente evitando innecesaria hospitalización de la misma.

4.7.5.

Sobre los casos que hemos tenido de abortos tan solo el 2,8 % nos hemos visto ante la necesidad de utilizar dos cánulas para una misma paciente. En ninguno de los casos fueron más de dos. La causa real, se debió al grosor de los restos extraídos, ya que - fueron demasiado grandes para la cánula aplicada en - un comienzo, siendo necesario, emplear la inmediata - superior.

De todo este problema, nada nos aportan los autores, ya que no consideran fracasada una interven

ción por el mero hecho de tener que aplicar a lo largo de la misma mas de una cánula de succión y en consecuencia no lo mencionan.

En cuanto a la cánula más utilizada, hemos observado que es la intermedia ( 12 mm.); realmente es porque se adapta muy bien tanto a úteros grandes como pequeños.

4.7.6.

En el 80 % de nuestros casos, no fué preciso utilizar técnica complementaria alguna. Asimismo, no se aplicó pinza de aborto en ninguna paciente, precisamente para ver que resultados obteniamos sin la ayuda de otro instrumental que no fuera la propia cánula.

En lo concierne a la legra convencional, - hemos practicado un legrado sistemático de control en los treinta primeros casos, mientras que en los restantes, solo se utilizó cuando considerábamos que tras la evacuación aun permanecían restos en el interior del útero, obteniendo los siguientes resultados:

LEGRADO DE CONTROL  
30 CASOS

{	SIN RESTOS	28	93'4 %
	CON RESTOS	2	6'6 %

DEPURADO 1 → 3'3 %

LEGRADOS COMPLEMENTARIOS  
114 CASOS

{	SIN LEGRAR	103	90'2 %
	CON LEGRAS	11	9'8 %

{	SIN RESTOS	8	7'2 %
	CON RESTOS	3	2'6 %

DEPURADO 2 → 1'75 %

3 2'08 %

EVACUACIONES GINECOLOGICAS  
56 CASOS

FRACASOS 0

EVACUACIONES EN ABORTOS  
144 CASOS

FRACASOS 3 (2'08)

3 (1'5 %)

Como podemos apreciar, tanto el 2,08% de fracasos en los abortos, como el 1,5 % del global de casos, se pueden catalogar de resultados muy buenos, sobre todo analizandolos, ya que dos de ellos fueron diferidos, en tanto que el tercero fue un mioma submucoso; por todos los autores reconocidos como casos difíciles de solventar. Pese a lo cual, tal como vemos en el — apartado (4.3.2.1.), nos englobamos dentro del grupo de autores, que menos porcentaje de fracasos poseen. AGUERO (2), BERISLAV (13), CHALUPA (27), NILSSON (71), etc.

#### 4.7.7.

En cuanto a la evolución posterior de estas pacientes, vimos que el 81 % de las mismas cursaron con un postoperatorio normal, mientras que en el 19 % restante requirió tratamiento médico para corregir la infección o hemorragia, aclarando que todas estas complicaciones fueron corregidas con antibioterapia general de amplio espectro y antianémicos generales.

Asimismo, en ninguna de las enfermas fué necesario realizar un legrado posterior.



Existe cierta discordancia entre los autores con relación al problema infectivo, pero, fundamentalmente nos volvemos a encontrar con una división ya conocida: Oriente - Occidente. Es decir, autores como PAPAZOV (75), ZUBEEV (105), CHALUPA (27), VLADOV (102) TOPUSE (94), etc., que practican interrupciones de embarazos, no hallan infecciones postoperatorias. En tanto que autores como BONILLA (15), AGUERO (2), VALENZUELA (97), ACOSTA (1), pertenecientes a países occidentales y en los que sólo se limitan al tratamiento en abortos incompletos, diferidos, etc., si que hayan procesos infectivos, no queriendo esto decir, que se deban propiamente al método de la aspiración, sino más bien a que ya portaban la infección antes de la intervención.

De igual manera, tendríamos que encaminar nuestra observación al referirnos a problemas de hemorragias, pues en todos nuestros casos se produjeron antes de la intervención.

4.8. ESTUDIO PARCIAL: DIFERIDOS

4.8. ESTUDIO PARCIAL: DIFERIDOS

4.8.1. Nos hemos encontrado con la sorpresa, de que un 20 % de los diagnosticos, se han hecho patentes - intraoperatoriamente, con su posterior confirmación anatomopatológica.

Al respecto, nula es la información que poseemos de otras comunicaciones, ya que son muy contados aquellos autores que se han preocupado del problema, BEDOYA (10), ARBUES (5), VALENZUELA (97), o no se les ha presentado en sus estudios, o bien no lo han hecho patente.

Con todo esto pretendemos dar a conocer la existencia, de abortos diferidos que llamaríamos subclínicos, dado que su diagnostico y confirmación no llega hasta el acto operatorio o incluso en algún caso más aislado hasta el ulterior resultado anatomopatológico.

4.8.2. En cuanto al analisis de la hemorragia previa, hemos de evidenciar que el 30 % de nuestros casos, - presentaron hemorragias agudas, previas a la inter-

vención.

4.8.3.

Prácticamente todos los autores precisan de anestesia, al objeto de poder practicar la intervención. ARBUES (5); BONILLA (15); VALENZUELA (96).

De igual manera la hemos aplicado, general - en la totalidad de los casos, ciertamente obligados por dos circunstancias: la primera achacable a la es casa o nula dilatación cervical (pese a tener una he morragia más o menos intensa), con la subsiguiente ne cesidad de practicar dicha dilatación cervical en más o menos grado. Y la segunda se debió a la dificultad de realizar con éxito las aspiraciones en este tipo de aborto, optando como mejor vía, tener mediante — anestesia muy relajadas a las pacientes, evitando a lo largo de toda la intervención, manifestaciones de inquietud o nerviosismo, por parte de las mismas, con la ganancia de unas mejores aplicaciones de la técni ca.

Tenemos en proyecto, suprimir las anestias en todas aquellas pacientes a las que por la aplica-

ción previa de un tallo de laminaria no sea preciso dilatar el cervix, intraoperatoriamente.

4.8.4.

Refiriendonos a los fracasos de la técnica - hemos conseguido mejorar cuantos resultados de éxitos han sido presentados hasta la actualidad. Pudiendo - con satisfacción, presentar tan sólo un 33 % de fracasos.

4.8.5.

La complicación habida, fué una perforación uterina ya anteriormente comentada en el apartado — (3.2.3.9.).

4.9. ESTUDIO PARCIAL: MOLAS

4.9. ESTUDIO PARCIAL: MOLAS

4.9.1. Llama poderosamente la atención, la cifra tan elevada con que inciden las degeneraciones molares en nuestro estudio. Incluso entresacando única y exclusivamente aquellas que se nos ponen en evidencia sólo por la sintomatología.

En el siguiente esquema, podemos apreciar comparativamente, las cifras dadas por otros países, en relación con las nuestras.

	CLINICA	CLINICA y ANAT-PAT.
EEUU .....	0,2 %	4 %
URSS .....	1,6 %	5,2 %
Nosotros .....	3,4 %	8,3 %

Cifras que de hecho son más que suficiente-mente expresivas por sí mismas evidenciándose notable-mente la alta incidencia acaecida en nuestro estudio.

4.9.2. Por otro lado, el 50 % de estas degeneraciones molares, cursaron previamente con hemorragia intensa, sintoma lógico de por sí y en consecuencia nada de -extrañar.

4.9.3. Debido a que la intervención en estos casos, resulta algo más laboriosa, en la totalidad de estas degeneraciones molares, se empleó anestesia general, prefiriendo relegar a posteriores estudios la supresión de tal anestesia.

4.9.4. Es muy probable, que si no se hubieran analizado anatomopatológicamente todos y cuantos casos presentamos en nuestro trabajo, se hubieran pasado por alto, parte del 58,3 % de las degeneraciones molares parciales, con el peligro que ello entraña para el futuro de las distintas enfermas.

4.9.5. Finalmente, en cuanto a la evolución posterior, hemos obtenido un 0 % de fracasos de la técnica, ya que ninguna de las pacientes precisó de un legrado posterior. E igualmente ni una sólo de ellas, presentó degeneraciones recidivantes, pasados seis meses de la intervención.



4.10. ESTUDIO PARCIAL: ASPIRACIONES GINECOLOGICAS

4.10. ESTUDIO PARCIAL: ASPIRACIONES GINECOLOGICAS

4.10.1. Hemos tenido en nuestro estudio 56, cuatro de ellas fueron puerperales, en tanto que las restantes, fueron aspiraciones-biopsias, aún a sabiendas que no es correcto hemos incluido las puerperales entre las ginecológicas en evitación de crear nuevos apartados.

4.10.2. En el 57 % de nuestros casos, no fué necesaria dilatación previa, motivo por el cual hemos aprovechado para no aplicar anestesia alguna, en el 21 % de las enfermas.

4.10.3. Por último, refiriendonos a los fracasos de la técnica, estos han sido nulos, es decir hemos obtenido un 100 % de éxitos.

5.- CONCLUSIONES

5. CONCLUSIONES.

Resulta pues, que de todo cuanto a lo largo de este trabajo analizamos, hemos de hacer las siguientes puntualizaciones.

5.1. De las técnicas aplicadas hasta la actualidad, para liberar de restos, o, investigar procesos endouterinos, la más óptima resulta ser: la evacuación mediante vacío. Ya que es, de sencilla instalación y fácil dominio con óptimos resultados.

5.2. Asimismo, creemos haber hallado la cánula ideal, aplicable a cualquier tipo de aspiración uterina, al conseguir agrupar en un mismo evacuador, todas y cada una de las características que requiera cada tipo de aspiración. Y así:

5.2.1. Consideramos que el material más idóneo para su construcción, es el acero inoxidable, ya que proporciona una mayor luz, con un grosor mínimo.

Imposibilidad de rotura de la cánula, por su

grandureza.

Y facilidad para esterilizaciones rápidas sin deterioros.

5.2.2. Preconizamos nuestras cánulas con una mayor -  
curvatura, por su gran adaptabilidad al canal genital  
y luz uterina.

5.2.3. La construimos con un borde distal, romo, tra-  
tando de eliminar las perforaciones producidas durante  
su uso, tal y como ocurre con otras cánulas poseedoras  
de bordes distales cortados a bisel o puntiformes.

5.2.4. Hemos incorporado un mango para facilitar su  
manejo, con el consiguiente ahorro del tiempo que du-  
ra la intervención.

5.2.5. Aplicándole numeración longitudinal y en cm.  
a las cánulas, hemos conseguido reducir a 0, las per-  
foraciones uterinas producidas por el histerómetro, a  
la vez del ahorro de tiempo que la supresión de dicho  
instrumento proporciona.

- 5.2.6. Con la incorporación de la cánula de 16 mm., hemos conseguido que al aumentar la luz, podamos intervenir sobre úteros de más de 14 semanas de gestación al extraer restos más gruesos.
- 5.2.7. La presencia del agujero de intermitencias, permitirá la maniobra de introducción de la cánula a través del cervix, sin que se adhiera a sus paredes, y evitando el tener que cerrar el productor de vacío.
- 5.2.8. De idéntica manera, al aumentar la longitud de cada cánula a 35 cm., pudimos realizar aspiraciones sobre úteros mayores.
- 5.2.9. Adelgazando los bordes laterales de la ventana oval, se aumentó la extracción de mucosa en las aspiraciones-biopsias, y de los restos más necróticos en abortos diferidos.
- 5.3. El rendimiento de la técnica es altamente satisfactorio acrecentando cuantos atributos fueran imputables al legrado convencional, consecuentemente:

- 5.3.1. Prescindiendo de toda anestesia en el 20 % de nuestras pacientes, hemos hallado la ausencia total de percepción dolorosa en el 100 % de las mismas.
- 5.3.2. Las perdidas hemáticas, son en el 100 % de los casos inferiores a 100 cc. y en el 90 % de los mismos inferiores a 45 cm<sup>3</sup>.
- 5.3.3. Conseguimos que la utilización de los uterotónicos, fuera relegada, a úteros de más de 12 semanas, y solamente como paso previo a a la intervención.
- 5.3.4. No se han hallado complicaciones infectivas ( endometritis, salpingitis, etc.); con posterioridad a la intervención.
- 5.3.5. Hemos empleado las aspiraciones-biopsias, con un 100 % de óptimos resultados valorables anatomopatológicamente.

Este capítulo promete ser a muy corto plazo, una de las variantes del sistema que más se utilice para el despistage de procesos endocervicales y endo-uterinos de cualquier etiología.

- 5.3.6. Este punto lo proponemos como una de las tres capitales ventajas del sistema, tal es, la falta de presencia de miometrio en el 100 % de nuestras aspiraciones. Dato corroborado por los posteriores estudios anatomopatológicos.
- 5.3.7. Conseguimos sustraer en el capítulo de perforaciones, porcentajes. Punto aceptado por todos como de máximo interés. Concretamente nuestras cifras son del 0,3 %.
- 5.3.8. Hemos acortado sensiblemente la media de tiempo que dura cada intervención, ya que para las evacuaciones oscila entre los 30' y el minuto. En tanto que para los legrados convencionales, estas cifras se elevan a 1'- 3'50".
- 5.3.9. En cuanto al porcentaje de fracasos, por aspiraciones incompletas hemos conseguido reducirlas al 1,5 % del global de nuestros casos.
- 5.4. En cuanto al tipo de anestasia a emplear, hemos establecido las siguientes pautas, basándonos



en el tipo de aborto, tamaño uterino y estado del cer  
vix, según esquematizamos en el siguiente gráfico:

NINGUN ANESTESICO

A) Cuello permeable:

- A. Incompletos ( menos de 3,5 meses)
- A. Inevitables ( menos de 3 meses )
- A. Molares ( menos de 3 meses )

B) Cuello cerrado:

- Legrado-biopsia ( multíparas)

PREMEDICACIÓN ( neurolepticos, tranquilizantes)

A) Cuello permeable

- A. Incompletos ( más de 3,5 meses )
- A. Inevitables ( de más de 3 meses)
- A. Molares ( de 3 a 4 meses )

B) Cuello cerrado

- Legrado-biopsia ( nulíparas)

LOCAL (bloqueo paracervical)

A) Cuello permeable

- A. diferidos ( menos de 3,5 meses)

B) Cuello cerrado:

- A. diferidos (menos de 3,5 meses)

- A. molares ( más de 4 meses )

GENERAL ( barbituricos; gases por inhalación)

B) Cuello cerrado:

- A. diferidos ( más de 3,5 meses )

- A. molares ( más de 4 meses )

Con independencia de esta relación, hemos de poner de manifiesto, que en el 20 % de nuestras pacientes, no se aplicó anestesia alguna. Cifra que se podrá incrementar en un futuro próximo.

5.5.

Hemos tenido oportunidad de comprobar que la evacuación es un método resolutivo y eficaz para cuantos tipos de casos se ha aplicado, tanto en el terreno de la obstetricia como en el de la ginecología. Y así: poseemos un caso en el que se estirpó un pólipo mediante la aspiración.

- 5.5.1. Solo en el 2,8 % de los casos nos hemos visto precisados a utilizar dos cánulas, utilizando sólo una en el resto de los casos.
- 5.5.2. No aplicamos pinza de aborto, en ninguna de las pacientes, en tanto que en el 80 % de los casos, no se practicó técnica complementaria alguna.
- 5.5.3. Resulta ser un método muy aceptable, para su aplicación en gestaciones de más de 12 semanas.
- 5.5.4. A ninguna de nuestras enfermas, fué preciso practicarsele un legrado en días siguientes como consecuencia de evacuación incompleta del útero.
- 5.5.5. Hemos conseguido mejorar cuantos resultados de éxitos en los abortos diferidos, han sido dados - hasta el momento presente, pues estos se elevan al - 67 %.
- 5.5.6. Resaltamos la bondad del método en la resolución de las vacuo-aspiraciones molares, tanto para - su evolución a corto plazo: escasez de hemorragia ulterior; como a largo plazo: no residivas.

En consecuencia, podemos dar un 100 % de éxitos en este tipo de abortos.

5.5.7.                   Hubo éxito de la técnica en el 100 % de las aspiraciones-biopsias.

5.5.8.                   Por los informes anatómo-patológicos, no apareció miometrio en ninguna de las aspiraciones puerperales.

5.5.9.                   No se ha presentado problema infeccioso alguno, achacable a la intervención.

5.5.10.                  En el global de los casos, conseguimos el 98,5% de los éxitos de la técnica.

5.5.11.                  Ninguna de nuestras pacientes reingresó, tras darsele de alta.

5.5.12                  La media de estancia de nuestras pacientes, ha sido 1,2 días, pese a que la permanencia de las pacientes en la clínica, sea tan sólo de unas 12 horas.

5.5.13

La moratalidad materna ha sido 0.

En cuanto a la morbilidad, hemos observado - solo un caso de perforación uterina.

5.5.14

Mantenemos la postura de que este método reemplazará al legrado convencional en muy corto plazo, - por tantas ventajas que posee, contra tan pocos inconvenientes.

6. BIBLIOGRAFIA

1.- ACOSTA-SISON, H.

Am. J. Obst. Gynec. 88, 634 (1.964)

2.- AGUERO, O. y AURE, M.

Aspiración uterina en el aborto

Rev. Obst. Gin. Venezuela. 29. 113 (1.969)

3.- AGUERO, O. y AURE, M.

Rev. Mex. Xir. Gin. y Cancer. 38, 263 (1.970)

4.- ANDREEV, D.

Our improved instrument for vacuum aspiration

during the third lunar month of pregnancy.

Akush Ginek (Soflia). 4 (2), 112. (1.965)

5.- ARBUÉS, J.

Aspiración intruterina en el aborto

Toko-Gin. Pract. 26, 185 (1.967)

6.- ARVAY, A. und RAIS, J.

Zbl. Gynäk. 81, 119 (1.959).

7.- ASZTALOS. VON M. SZABO, S. und ASZODI, L.

Einflub der interruptionsmethode (Küretage, V. Aspiration) auf die feto-maternalen Isoimmunisation.

Zbl. Gynäk. 94, 926-930 (1.972)

8.- ATANASOV, A.

Some aspects of and recent data on the aspiration method in the interruption of pregnancy.

Akush Ginek. (Sofia). 4, 419 (1.965)

9.- ATANASOV, A. and STOJANOV, L.

Operational method to stop pregnancy at an early stage.

Akush Ginek (Sofia). 2 (4), 29 (1.963).

10.- BEDOYA, J.M. y RIVAS, C.

Vaciamiento uterino por aspiración en el aborto.

Toko-Gin. Pract. 299, 17. (1.971)



11.- BENGTTSSON, L. Ph.

Lancet. 1, 339. (1.962)

12.- BENGTTSSON, L. Ph. and FALK, V.

Obstetrik Ginecologi. 2, 77. (1.964)

13.- BERISLAV, M.

Berić Milan Kupresanin.

The Lancet. 18, 619-621. (1.971)

14.- BLAJER, S.

Cal. Gynaek. 9, 661. (1.960)

15.- BONILLA, F.

Vaciamiento uterino por aspiración.

Rev. Esp. de Obst. y Gin. 24, 193. (1.965)

16.- BOUWER, W.

South African J. Obst. Gynec. 6, 28. (1.968)

17.- BRANDES, J.M., GRUNSTEIN, M.D. and PERETZ, M.D.

Suction evacuation of the uterine cavity hydatidiform mole.

Obst. Gynec. 28, 689. (1.966).

18.- BROWN. E.J. and EFFER, S.B.

Induction of labour in hidatidiform mole by intrauterine infusion of hypertonic glucose - solution.

Am. J. Obst. Gynec. 92, 1.160. (1.964)

19.- BRUCHAC, D., VIERIK, J. and SIROTNY, E.

New mwthod of artificial interruption of pregnancy by means of a vacuum exhaustor.

Cesk Gynek. 29, 83. (1.964)

20.- BRUCHAC, D.

Cesk Gynek. 31, 451. (1.966)

21.- BRUCHAC, D.

Cesk Gynek. 31, 487. (1.966)

22.- BYKOF, S.G.

Vrach Delo. 9, 21. (1.927) [cit. VOJTA]

23.- CEE, K.

Modification of operative technic of artificial interruption of pregnancy.

Cesk Gynek. 27, 657. (1.962).

24.- CERNOCH, A.

Artificial interuption of pregnancy.

Cesk Gynek. 25, 306. (1.960)

25.- CERNUHA, E.A.

Interuption of Early pregnancy with the help of a Vacuum apparatus.

XI All-union Cong. Gynek. Moscow. (1.963)

26.- CERNJAK, A.A.

Artificial termination of pregnancy by a vacuum aspirator.

Zdravookhr Beloruss. 9, 28. (1.963)

27.- CHALUPA, M.

Gebrauch der vakuüm zur künstlichen schwangerschaftunterbrechung.

Zbl Gynäk. 86, 1.803 (1.964)

28.- CHITU, N. ROMAN, I. and CIOCAN, E.

Major traumatic lesions following lawfully - interrupted pregnancy.

Obstet si Ginec (Bucur). 3, 237. (1.963)

29.- CHU-CHEN, K., VASSILAKOS, P., VEGUIN, F.

Cueretage explorateur par aspiration sans narcose.

Ginec. Practique. 33, 1-5. (1.972)

30.- CISLO, M., NOWOSAD, K., RESZ CYNSKI, A.

Schwangerschaftsunterbrechung mit hilfe einer, sauga pparatur,

Zbl. Gynaek. 88, 156. (1.966).



31.- DALOS, G.

Complications of artificial abortions.

Magy Noorv Lap. 22, 364. (1.959)

32.- DVORAK, Z., TRINKA, V., and VASICEK, R.

cit. Suter y col.

Lancet. 2, 997. (1.967)

33.- EXCEPTA, M.

Abortien with the aid of suction devide

Obstet. and Gynecology. 1.967

34.- EXCEPTA, M.

A new technique for interrupting pregnancy by  
acuum aspiration of the uterine content.

Nº 1.495 (1.966)

35.- EXCEPTA, M.

Experience of vacuum excochleation.

obst. and Gynec. Nº 2.438. (1.965)

36.- EXCEPTA, M.

Intrauterine aspiration in abortion

Obst. and Gynec. № 3.260 (1.967)

37.- EXCEPTA, M.

Problems in molar degeneration of corion. Vacuum aspiration a new method for the treatment of the hydatiform mole.

Obst. and Gynec № 2.070 (1.966)

38.- EXCEPTA, M.

Termination of pregnancy by suction of uterine contents.

Obst and Gynec № 3.3.52 (1.966)

39.- EXCEPTA, M.

Termination of pregnancy with vacuum aspiration.

Obst. and Gynec. № 3.042 (1.965)

40.- EXCEPTA, M.

The management of abortion and evacuation by

vacuum apparatus of the authors desing.

Obst. and Gynec. N<sup>o</sup> 4.133 (1.964)

41.- GUTTORM, E.

Result of 51 vacuum curettage procedures --  
using the vibra aspirator in gynaecological  
practice.

Acta Obst. Ginek Scand. 50, 953 (1.971)

42.- HAN TJWAN P. and MOELJONO DJOJOPRANOTO

cit. H. Stockhammer.

Am. J. Obst. Gynec. 90, 510. (1.965)

43.- HARVEY, K.

Very early abortion using syringe as vacuum  
source.

The Lancet. 1.051. (1.972)

44.- HOFFMAN, VON J., ZIEGEL, E.

Klinische Erfahrungen bei der Schwangerschaft  
unterbrechung mit der vakuu~~m~~exhausior und -

dem metranoikter.

Zbl. Gynak 94, 913-917 (1.972)

45.- HOLT E.M.

Out-patient diagnostic curetage.

The J. of Obst. and Gynaec of the Brit. Comm.

77. 1.043 (1.970)

46.- HRUBISCU, O.

Artificial interruption of pregnancy and immunization in the abo group system.

Gsl. Gynaek. 29/43 - 1 - 90 (1.964)

47.- JACOBSON, L.

cit. Nilsson

Acta obst. et Gynec. Scandinav. 43,160. (1.964)

48.- JAKUBOV, J.U., MILENKOV, H. ANDREEV, D.

Apropos of a new method of terminating pregnancy vacuum excochleation.

Akush. Ginek (soffia). 3 (3), 4. (1.964)



49.- JENSEN, J.A.

Abrasio mucosae uteri e aspiratione.

Ugeskr Laeg 130, 2124 (1.968)

50.- JENSEN, J.A.

Vacuum curetage.

Danish Medical Bulletin. 17, 199 (1.970)

51.- JENSEN, J.E.

Three years' experience of vacuum curetage.

Acta Obst. Gynec. Scand. 50 supp 9, 52 (1.971)

52.- KERSLAKE, D.

Abortion induced by means of the uterine aspirator.

Obst. Gynec. 30, 35. (1.967)

53.- KISS, O.

Schwangerschaftunterbrechung durch absaugen del uterus in halts.

Geburtsh frauenheolk, 26, 38. (1.966)

54.- KOHOUTEK, M.

Un desirable sequelae of the artificial interruption of pregnancy.

Cal. Gynaek. 25 - 39. 9 691 (1.960)

55.- KOLAROVA, O., and POKORNY, J.

Complications after artificial interruption of pregnancy.

Cesk. Gyner 25, 694 (1.960)

56.- KUBATOVA, A., TRNKA, V., VALNICEK, S.

cit. H. Stockhammer.

Csl. Gynek. 31-45, 479. (1.966)

57.- LESJUK, V.S.

Therapeutic abortion and excerebration by means of a vacuum apparatus of our construction.

Akush Ginek. (Moscow) 40, 153 (1.964)

58.- LITZENBERG, J.C.

cit. Carl-Axel Nilsson

Amer. J. Obstet. Gynec. 1, 475 (1.921)

59.- LORINEZ, B.

cit. Carl-Axel Nilsson

München Med. Wchnschr. 81, 215 (1.934)

60.- LOUNG, K.C., BUCKLE, A.E.R. ANEDERSON, M.M.

Results in 1.000 casses of therapeutic abor-  
tion managed by vacuum aspirator.

British. Medical. Youn. 4, 477. (1.971)

61.-

61.- LLESINK, B.P.

Aperatsii aborta y exserebratsii vacuum apara  
tom nachei construtsii.

Akuch. Ginek. 40, 135. (1.964)

62.- MACPANOVA, O.D.

Experiences with vacuum aspiration.

XI Allunions - Congre. Gyn.Obst. MOSKW (1.963)

63.- MALMSTROM, D. and CASEY

cit. M.D. Marshall Bennett Taylor

Acta obst. et Gynec. Scandinav 33; suppl.4

(1.954)

64.- MARBACH, A.

Cit. Oscar Aguero

Reunión American Fertility Society. Filadel-

phia 67

65.- MARSHALL BENNET TAYLOR, M.D.

Continuos saline flushing - a modification -

for vacuum evacuation of the uterus

Am. J. Obs. y Gyn. Vol 105-6, 986 (1.968)

66.- MEHLAN, K.H.

Legalisierung der Schwangerschaftsunterbre-

chungen: da oder nein.

Gesd. Wes 15, 1.206. (1.960)

67.- MELKS, E.I.,

Experiences with the use of vacuum-excochleation

Akush. Ginek. (Moscoa). 40 (6), 133 (1.964)

68.- MELKS, E.I., ROGE, L.V.

A new mwthod for interruption of pregnancy va-  
cuum escochleation.

In Trudy XI Vsesoj Sjezda Akusherstvo. Gine-  
kologii. MOSCOW. 307. (1.965)

69.- MIELKS, F.I.

Āpit primieñenia vakuum excochleatsii

Akuch Ginet. 40 (6), 133 (1.964)

70.- NATHANSON, B.

Rasparado para aspiracion por aborto temprano

Clin, Obst. OM. Gyn. 14, 99. (1.970)

71.- NILSSON, C.A.

Vacuum- aspiration of uterine contents in le-  
gal abortion en allied conditions.

Acta Ob. Gyn. Scand. 46, 501. (1.967)

72.- NOVAK, F.

Cit. Carl-Axel Nilsson

J.A.M.A. 104, 1947. (1.935)

73.- NOVOSAD, D. und STEHLIKOVA, J.

cit. Von M. Chalupa

Csl. Gynaek 25, 9, 704. (1.960)

74.- OSODEAJA, D.V.

cit. Von M. Chalupa

Belorussii 3, 59. (1.963)

75.- PAPAZOV, B., ATANASOV, A., and MIHNEVA, D.

cit. Sadja Goldsmith

Akush Ginek ( Sofia). 4, 45. (1.965)

76.- PEÑA REGIDOR, P.

cit. José Arbues Iacadena

Revis. Chil. Obst. y Ginec. 24, 415. (1.965)

77.- PERETZ, A. GRUNSTEIN, S. BRANDES, J.

A new method for evacuation of the gravid ute  
rus by suction,

Harefuah. 69, 366. (1.965)

78.- PETROVIC, M.C.

Application of vacuum aspiration method for  
abortions up to 12 weeks.

Gynek Opstet (Zagreb). 4, 128. (1.964)

79.- PORADOVSKY, K.

Laceration of the cervix and perforation of the  
uterus in artificial interruption of pregnancy.

Cesk Gynek. 25, 682. (1.960)

80.- QUECK, J.P.

Vacuum aspiration in the treatment of incom-  
plete abortion.

J. Obst. Brit. CWLT. 76, 834. (1.969).

81.- RAINER, J.S.

cit. Oscar Aguero

Rev. Franc. Gynec, Obst. 63, 373. (1.968).

82.- ROSENZWEIG, E.

Di un nuovo metodo per l'interruzione della gravidanza (L'aspirazione del contenuto uterino).

Minerva Ginrc. 17, 731. (1.965).

83.- SADJA, G. and ALAN, J.M.

Aspiration abortion without cervical dilation.

Am. J. Obst. Gynec. 110, 580. (1.971).

84.- SKLOVSKA, M.

cit. Von M. Chalupa

Cal. Gynaek 25, 9, 664. (1.960)

85.- SLUNSKY, R.

cit. Von M. Chalupa

Cls. Gynaek 25, 9, 688. (1.960).



85.- SOONAVALA, R.P.

Simple technique of uterine evacuation.

The Lancet 640, Set. (1.971)

86.- SOZANSKIJ, O.M.

Usage of vacuum abortion.

Aku. Gynec. Kiev. 5, 64. (1.963).

87.- STOCKHAMMER, H.

Aspiración endouterina para evacuación de mol-  
las hidatidiformes.

Medecine et Higiene. 12, 807. (1.968).

88.- STOJANOV, S.

cit. Von. M. Chalupa

Zbl. Gynäk, 81, 29, 1148 (1.960)

89.- SUTER, P.E.N., CHATFIELD, W.R.

The use of suction curettage in incomplete  
abortion.

The J. of Obs. and Gyn. Brit. OMMW.77,464. (1.970)

90.- TAKABAYASHIS, T., and KIKUCHI, K.

Experence of using a suction apparatus for induced abortion.

Obst. Gynec. Ther. (Osaka). 8, 500. (1.964)

91.- TAM, P.M.

Vacuum aspiration in the treatment of incomplete abortion.

J. Obst. and Gyn. Brit.CWLTH. 76, 834. (1.969)

92.- TISNE, L.

Protección materno-neonatal en los países en desarrollo.

Rev. Med. Prev. y Sa. 4, 3 y 4. (1.964)

93.- TOPP, G.

Abortus und sterilitat.

Zbl. Gynäk. 81, 29, 1148. (1.959)

94.- TOPUSE, S.

Zur methode des legalem kunstlichem aborter.

Zbl. Gynäk. 57, 533. (1.933)

95.- TS'AI, K.T.

Aplication of electric vacuum suction in arti  
ficial abortion.

Chin. J. Obst. Gynec. 6, 445. (1.958)

96.- VALENZUELA, L.

Evacuación de la cavidad uterina por medio de  
la aspiración al vacío.

Rev. Chil. de Obst. y Ginec. 34, 23. (1.969).

97.- VALENZUELA, L.

Aspiración endouterina de la mola hidatidifor  
me.

Rev. Chil. de Obst. y Ginec. 35, 35. (1.970)

98.- VOEGELI, H.

Raspado por aspiración del endometrio.

Med. et Hyg. 868, 10. (1.968).

99.- VOJTA, M.

Experiences with vacuum aspiration for termi  
nation of pregnancy.

Proc. V Cong. Yugoslav Gynec. Obst. (Sarajevo)  
27. (1.964)

100.- VOJTA, M.

Probleme der molaren degeneration des Chori-  
ons vacuum-aspiration eine neue methode bei  
behandlung der blasenmole.

Zbl. Gynaek. 87, 1215. (1.965)

101.- VOJTA, M., and JIRASEK, J.

Decidua separation therapeutic abortion perform  
ed by means of vacuum aspiration and passage  
of chorion particles into mother's vessels.

Cesk. Gynek. 31, 475. (1.966).

102.- VLADOV,E. IVANOV,I. ANGELOV,A. RAKILOVSKA,I.

Schwangerschaftsunterbrechung myt vakuum-as  
piration.

Gynaecologia. (Basel). 54, 159. (1.965).

103.- WU, Y.T., WU, H.C.

Suction in artificial abortion.

Chin. J. Obst. Gynec. 6, 447. (1.958)

104.- YAO, C.S.

cit. Kerslake, Dorotea.

Chin. J. Obst. Gynec. 11, 394. (1.965).

105.- ZUBEEV, A.V.

Our arti abortion apparatus amo its operation.

Akush Ginek Pomosci. Vol. 1 25. (1.962)