

# Dehiscencia del segmento uterino: tratamiento quirúrgico conservador

Drs. Edward Romero B, Jaime Díaz B, Fernando Duque C, Jasmín Morales R

Maternidad "Concepción Palacios"

## RESUMEN

*Objetivo:* Evaluar el tratamiento quirúrgico conservador en las pacientes complicadas con dehiscencia del segmento uterino en el puerperio poscesárea.

*Ambiente:* Maternidad "Concepción Palacios", Caracas.

*Método:* Se realizó resección de los bordes necróticos de la histerorrafia, resutura y colocación de drenajes activos en 26 pacientes que presentaron dehiscencia del segmento uterino en el puerperio de cesárea, de las cuales 22 se realizaron en el hospital y 4 fueron referidas de otras instituciones.

*Resultados:* El 96,15% (25 casos) evolucionó satisfactoriamente, sólo una (3,85%) ameritó histerectomía abdominal subtotal por sepsis.

*Conclusión:* Recomendamos el tratamiento como alternativa terapéutica en pacientes que desean conservar su fertilidad.

*Palabras clave:* Dehiscencia del segmento uterino. Cesárea. Tratamiento quirúrgico conservador. Puerperio.

## SUMMARY

*Objective:* To evaluate the conservative surgical treatment in patients complicated with uterine segment dehiscence in puerperium postcesarean section.

*Setting:* Maternidad "Concepcion Palacios", Caracas.

*Method:* Resection of necrotic borders of hysterorrhaphy, suture and collocation of drain was performed in 26 patients with uterine segment dehiscence in puerperium postcesarean section; 22 patients were from the Hospital and 4 from other institutions.

*Results:* Evolution was satisfactory in 96.15% (25 cases), only one (3.85%) required subtotal abdominal hysterectomy for sepsis.

*Conclusion:* We recommend this treatment as a therapeutic alternative in patients that wish to preserve their fertility

*Key words:* Uterine segment dehiscence. Conservative surgical treatment.

## INTRODUCCIÓN

La dehiscencia del segmento uterino consiste en la separación de los bordes de una histerorrafia posterior a una intervención cesárea. Es una complicación poco común en nuestros centros hospitalarios, pero cuando aparece repercute directamente sobre el futuro obstétrico de las pacientes.

Es una patología no nueva, que ha presentado aumento en su incidencia, la cual ocurre en el período posterior a la cesárea. No debe ser confundida con

la ruptura uterina por una cesárea efectuada en un tiempo anterior a la actual gestación (1).

La frecuencia de dehiscencia es baja en la literatura revisada, así tenemos que, Fernández (2) en la Maternidad "Concepción Palacios" (MCP) de 67 histerectomías obstétricas en el lapso de 1939 a 1951 y Monroy y col. (3) en 22 histerectomías de 1972 a 1979 no mencionaron ningún caso.

Son Aller y col. (4) con 2 casos, quienes inicialmente la nombran en su revisión de 209

histerectomías de 1961 a 1968. Jórgez y Agüero (5) citan 4 ocurridos en 1975; 26 casos en la revisión de Agüero y col. (6), de 1969 a 1978 y Díaz y col. (1) con 108 casos en su revisión de 139 histerectomías posterior a cesáreas de 1973 a 1981.

El objetivo de nuestro trabajo fue valorar el tratamiento quirúrgico conservador en pacientes con dehiscencia del segmento uterino en puerperio de una cesárea segmentaria, así como conocer el estado de la cavidad uterina en el segundo mes posoperatorio e inferir el probable resultado final a largo plazo.

## PACIENTES Y MÉTODOS

Se estudiaron prospectivamente 26 pacientes que fueron intervenidas de cesárea segmentaria. En 22 casos (84,68%) la cesárea fue realizada en la Maternidad "Concepción Palacios" y en 4 casos (15,32%) en otra institución hospitalaria y fueron referidas a nuestro centro como puerperio de cesárea complicado, desde enero de 1996 hasta mayo de 1997, todas presentaron como complicación, dehiscencia del segmento uterino en el puerperio y se les realizó tratamiento quirúrgico conservador, cumpliendo con los siguientes criterios de inclusión: edad menor de 30 años, número de gestas menor o igual a 3 gestaciones, sin antecedentes de esterilización quirúrgica, paridad nula o una, sin hijos vivos o con uno, condiciones clínicas estables, viabilidad uterina el cual es un parámetro subjetivo que depende del cirujano y se establece en un buen tono y coloración acorde al aspecto normal de un útero puerperal.

El protocolo quirúrgico fue realizado por el Servicio de Cirugía. Consistió en la realización de laparotomía exploradora, resección de los bordes necróticos de la histerorrafia, con estudio anatomopatológico de los mismos y de la cavidad endometrial, resutura con material absorbible (poliglactin 910 o ácido poliglicólico), dependiendo de su disponibilidad, a puntos separados, en un solo plano y colocación de drenajes activos con entrada de aire tipo Saratoga N° 38 en cavidad uterina, región parietocólica y fondo de saco posterior conectado a succión intermitente baja (90 mmHg). El objetivo del drenaje intrauterino es resguardar la indemnidad de la sutura, lo que se logra al disminuir la secreción intrauterina entre los filamentos que componen la misma y el objetivo del drenaje abdominal, es como soporte en el tratamiento de la peritonitis que generalmente acompaña estos casos. Asimismo, este tratamiento tuvo como adyuvante

antibióticoterapia destinada a cubrir un amplio espectro de gérmenes Gram negativos y sobre todo anaerobios; en 22 casos (84,62%) se utilizó aminogluucósidos, en 16 pacientes (61,54%) clindamicina y en 7 (26,92%) metronidazol. Las combinaciones más frecuentes fueron un aminogluucósido con clindamicina (57,69%), el resto fue un aminogluucósido con metronidazol (19,23%), concomitantemente el uso de ocitocina a 80 miliunidades por minuto. Las transfusiones sanguíneas se hicieron en 18 pacientes (69,23%), la cantidad de concentrado globular osciló entre 1 y 3, con un promedio de 1,78.

Se realizó seguimiento de las pacientes en el posoperatorio según los siguientes parámetros: involución uterina, características de los loquios, presencia de menstruación en los primeros tres meses del posoperatorio y fiebre. El laboratorio se realizó en el preoperatorio y al quinto día del posoperatorio: hemoglobina, hematocrito, fórmula y cuenta blanca, plaquetas, pruebas de coagulación y funcionalismo hepático. Se realizó ecosonograma pélvico en el primer mes del posoperatorio e histerosonografía y biopsia de endometrio en el segundo mes. Los ecosonogramas fueron realizados con un equipo de ultrasonido General Electric modelo RT 3 200 Advantage, con transductor convex de 3,5 Mhz y para las histerosonografías se usó un transductor transvaginal de 5 Mhz y un catéter H/S 7 French (Ackrad Laboratories, INC).

No se realizaron estudios bacteriológicos por no contar con los medios de cultivo debido al costo de los mismos.

Los datos obtenidos fueron tabulados y sometidos a análisis estadístico mediante la determinación de frecuencias absolutas y relativas y media aritmética.

## RESULTADOS

Durante el lapso que comprendió el estudio, se efectuaron en la MCP 5 792 operaciones cesáreas, si tomamos en cuenta sólo las 22 pacientes intervenidas en el hospital, nos da una incidencia de 1 dehiscencia de segmento uterino por cada 263,27 cesáreas, que corresponde a un 0,37%. El total de partos en ese lapso fue de 21 909 es decir, 1 dehiscencia por cada 995,86 partos, o sea un 0,10%.

La edad de las pacientes osciló entre 14 y 26 años de edad, con promedio de 19 años. El número de gestaciones estuvo entre una y tres gestas promedio de 1,23 por paciente. Veinticinco pacientes (96,15%) eran nulíparas, sólo una (3,85%) era primípara. El antecedente de aborto se observó en el 7,7% y la

## DEHISCENCIA DEL SEGMENTO UTERINO

presencia de cesárea anterior en 2 casos (7,7%). La edad de gestación al momento de la cesárea osciló entre las 27 y 41 semanas con un promedio de 37,86; en 2 casos (9,09%) la cesárea fue en embarazos pretérmino.

Con respecto a las condiciones previas a la cesárea inherentes a la madre, se observó que el síndrome anémico estuvo presente en 17 de ellas (65,38%), seguido de hipertensión inducida por el embarazo en 9 casos (34,62%) e infecciones no ginecológicas en otras 4 (15,38%). En cuanto a las condiciones inherentes al embarazo, la sobredistensión uterina se apreció en 5 pacientes (19,23%) (1 embarazo gemelar y 4 fetos voluminosos), la ruptura prematura de membranas en igual número (19,23%) y las presentaciones viciosas (podálicos) en sólo 4 (15,38%) (Cuadro 1).

Cuadro 1

Distribución de pacientes según las condiciones previas a la cesárea

Patologías	Pacientes	Porcentajes
<b>Inherentes a la madre</b>		
- Síndrome anémico	17	65,38
- HIE*	9	34,62
- Infecciones no ginecológicas	4	15,38
- Epilepsia	1	3,85
- Obesidad	1	3,85
- Embarazo controlado**	-	-
<b>Inherentes al embarazo</b>		
- Sobredistensión uterina***	5	19,23
- RPM+	5	19,23
- Presentaciones viciosas	4	15,38
- Cicatrices uterinas	2	7,69

\*HIE: Hipertensión inducida por el embarazo.

\*\*Cinco o más controles después de las 20 semanas de gestación (OMS).

\*\*\*Embarazo gemelar, feto voluminoso.

+Ruptura prematura de membranas ovulares.

En cuanto a las características de las cesáreas, 16 (61,54%) fueron hechas con incisión infraumbilical media y las 10 restantes (38,46%) infraumbilical transversa tipo Pfannenstiel. El material de sutura que se utilizó en 17 casos (65,38%) fue catgut crómico 1 y en 5 de ellas (19,23%) ácido poliglicólico

0, desconocido en 4 pacientes (15,38%). En 18 casos (69,23%) se realizó la histerorrafia en 2 planos y en 4 (15,38%) en un solo plano. La indicación de cesárea en 12 pacientes (46,15%) fue desproporción fetopélvica (DFP), en 8 de ellas (30,77%) sufrimiento fetal agudo (SFA) y en 2 casos (7,69%) falla de inducción. El tiempo transcurrido entre la cesárea y el diagnóstico de dehiscencia del segmento osciló entre 4 y 21 días, con un promedio de 8.

En las pacientes (100%) se sospechó el diagnóstico por clínica, la cual se confirmó con la revisión uterina bajo anestesia en todas ellas.

Los criterios subjetivos del cirujano para viabilidad uterina fueron la coloración rosada del útero y buena tonicidad y se observó en los 26 casos (100%). En 16 de ellos (61,54%) la dehiscencia del segmento era total en longitud y en 10 (38,46%) parcial, en todos ellos la dehiscencia fue total en espesor, es decir interesaba peritoneo visceral.

En el 100% se observó peritonitis fibrino-purulenta y abscesos (herida operatoria y/o pared abdominal). En 14 casos (53,84%) hubo dehiscencia de aponeurosis (Cuadro 2).

Cuadro 2

Hallazgos peroperatorios en la dehiscencia del segmento uterino

Hallazgos	Pacientes	Porcentajes
Dehiscencia total del segmento*	16	61,54
Dehiscencia parcial del segmento*	10	38,46
Peritonitis fibrinopurulenta	26	100
Absceso de la herida operatoria y/o pared abdominal	26	100
Dehiscencia de aponeurosis	14	53,84
Abscesos intraabdominales	10	38,46
Salpingooforitis	5	19,23
Fasciitis necrosante de aponeurosis	2	7,69
Evisceración	1	3,85
Apendicitis	1	3,85

\*La totalidad o parcialidad se refiere a la longitud, porque en ambas interesa todo el espesor, es decir hasta peritoneo visceral.

En 2 pacientes (7,69%) se realizó cistorrafia por lesión incidental debido a inflamación severa de los tejidos pélvicos, y en una, (3,85%) apendicectomía por apendicitis asociada.

La hemoglobina preoperatoria al tratamiento quirúrgico conservador osciló entre 4,8 y 16,2 g% con un promedio de 9,6, el hematocrito osciló entre 15% y 40,8% con un promedio de 28,67, la cuenta blanca estuvo entre 5 500 y 23 400 por mm<sup>3</sup>, con un promedio de 14 490. En 10 pacientes (38,46%) se encontró neutrofilia y en 5 (19,23%) habían cayados presentes; las plaquetas oscilaron entre 154 000 a 686 000 por mm<sup>3</sup>, con un promedio de 375 956. Al quinto día posoperatorio del tratamiento quirúrgico conservador, el laboratorio reportó una hemoglobina que osciló entre 7,1 y 12,4 g%, con un promedio de 9,68, el hematocrito estuvo entre 21,9 y 39,7%, con un promedio de 30,55 la cuenta blanca varió entre 9 800 y 22 000 por mm<sup>3</sup>, con un promedio de 14 010, en 8 casos (30,77%) se presentó neutrofilia, y en 3 de ellos (11,54%) cayados, las plaquetas oscilaron entre 139 000 a 705 000 por mm<sup>3</sup>, con un promedio de 438 880. En 1 caso (3,85%) las pruebas de coagulación y funcionalismo hepático estuvieron alteradas y se diagnosticó sepsis de punto de partida ginecológica a los 7 días del posoperatorio.

En el 100% de los casos se reportó por biopsia de cavidad uterina tomada con cureta de Sims N° 6, durante la realización del tratamiento quirúrgico conservador, endometritis aguda severa, en 15 casos (57,69%) áreas de necrosis y hemorragias y en uno (3,85%) miometritis. Los bordes del segmento uterino fueron evaluados, en 16 de ellos (61,54%) las biopsias reportaron endometritis aguda, en otros 10 (38,46%) miometritis aguda severa, en igual número (38,46%) necrosis y hemorragia, en 2 casos (7,69%) microabscesos y en uno se reportó trombosis vascular (3,85%). En otro tromboembolismo (3,85%) y uno con cúmulos bacterianos (3,85%).

El tiempo de hospitalización varió entre 4 y 8 días con un promedio de 6. Veinticinco pacientes (96,15%) evolucionaron en forma satisfactoria, sólo una (3,85%) ameritó la realización de histerectomía abdominal subtotal por sepsis de punto de partida ginecológico a los 7 días de la resutura.

El ecosonograma pélvico efectuado al mes del posoperatorio se llevó a cabo en 20 pacientes y en todas el útero se observó de forma y tamaño normal (piriforme) y existía indemnidad del segmento uterino. En 18 casos (69,23%) la línea endometrial fue visible. La histerosonografía al segundo mes posoperatorio, se realizó en 20 pacientes y en todas reportó: contornos regulares del útero, indemnidad del segmento y fondo de saco de Douglas libre. Se observó en 19 (73,08%) la línea endometrial y en 13 (50%) permeabilidad tubárica (signo ecográfico

indirecto).

La biopsia de endometrio al segundo mes posoperatorio, se practicó en 20 pacientes, 14 de ellas (53,85%) reportó endometrio proliferativo, en 2 pacientes (7,69%) endometrio proliferativo irregular; y en 4 (15,38%) el material fue insuficiente.

A esas pacientes se les recomendó un año mínimo de anticoncepción por presentar una cicatriz viciada en útero y tratar de evitar complicaciones como rotura uterina; sin embargo, para diciembre de 1997, habían 2 pacientes de nuestra serie con gestaciones simples de 16 y 25 semanas (7,69%), controladas por la consulta de Alto Riesgo en la Maternidad "Concepción Palacios".

## DISCUSIÓN

El manejo de las pacientes y sus patologías, requiere la formación adecuada del médico para poder ofrecer diferentes opciones terapéuticas y, dentro de ellas, la que mejor se adapte a la solución definitiva de su enfermedad.

La poca frecuencia de las complicaciones derivadas de un procedimiento quirúrgico, no exonera al ginecoobstetra del manejo efectivo de procedimientos curativos sencillos y poco radicales que ofrezcan a las pacientes preservar su función reproductiva. Por ser la cesárea la intervención quirúrgica de emergencia y/o electiva más frecuente de la práctica diaria del ginecoobstetra, una de las complicaciones más significativas por su implicación futura, es la dehiscencia del segmento uterino; de allí la importancia de poder plantear como tratamiento una opción diferente a la histerectomía, con miras a preservar la unidad anatomofuncional del aparato reproductor femenino y garantizar su capacidad futura para poder albergar el producto de la concepción.

Es difícil establecer las causas de la dehiscencia poscesárea, pero las condiciones socioeconómicas de las pacientes que asisten a los hospitales públicos son más deficientes al compararlas con los centros privados, así como las condiciones nutricionales, la hipoproteïnemia, la anemia y la falta de aseo, las hacen fáciles de adquirir infecciones y la posterior complicación. Sumado a ello, el elevado número de tactos, y el tiempo a veces prolongado de la rotura de membranas ovulares como lo estableció Marcano (7).

Es llamativo el hecho de que el 100% no tenían control prenatal adecuado, de aquí podemos deducir que la aparición de esta complicación podría estar

relacionada con la ausencia de vigilancia clínica previa al momento de la cesárea. Es bien conocida la necesidad de acudir a la consulta prenatal, como recurso del ginecoobstetra para poder detectar y corregir factores intercurrentes maternos que pueden afectar al binomio madre-feto. Dentro de estos parámetros, podemos citar la frecuencia relativamente alta de cifras de hemoglobina por debajo de los niveles óptimos, lo que permite inferir si las condiciones proteicas y calóricas son o no adecuadas puesto que el proceso de cicatrización está influenciado por la calidad de los tejidos, los niveles aceptables de proteínas y un aporte adecuado de oxígeno a los tejidos incindidos durante un acto quirúrgico, no podemos pasar inadvertido el hecho de que la corrección óptima de esta condición de déficit pudiera haber evitado la aparición de la dehiscencia al garantizar una buena cicatrización.

Sabemos que cualquier proceso infeccioso en el ámbito de una herida promueve la proliferación de polimorfonucleares, macrófagos y otras bacterias que tienden a desvitalizar y producir necrosis de la histerorrafia. Por otra parte, en relación al aspecto quirúrgico, hay que recalcar que ésta es una variable que depende de la habilidad, conocimientos y dominio de las técnicas quirúrgicas por el ginecoobstetra. Si analizamos el uso del material de sutura, se debe ofrecer aquel que en presencia de una infección sea menos vulnerable a la misma.

Un factor importante es la técnica quirúrgica empleada, hecho expresado por Jorgez y Agüero (5). La carencia casi total de estos datos en las historias ha impedido determinar el uso de uno o dos planos en la sutura del segmento, o si la misma es continua o a puntos separados (1).

En un gran porcentaje durante la cesárea se sutura el segmento con crómico 1, y es bien conocido que este material de absorción rápida no es el ideal para procesos infecciosos, además del uso del calibre desproporcionado e inadecuado. Por otro lado, es necesario mencionar que la vigilancia posoperatoria adecuada y la sospecha precoz de esta complicación así como su buen manejo, representan aspectos básicos para la aplicación del tratamiento conservador.

La sutura en un solo plano a puntos separados fue introducida por Agüero y col. (8) en 1956, estos autores revisaron las causas de dehiscencia uterina en mujeres con cesáreas en embarazos anteriores y expresaron la ventaja de este método. Fue, además, recomendado por Zerpa (9) y apoyado por Agüero (10) en sus comentarios sobre este trabajo.

La endometritis poscesárea es considerada como un factor importante en la dehiscencia del segmento después del embarazo (10). Por otro lado, estudios indican que la relación entre infección y dehiscencia del segmento es inconstante. El desarrollo de una infección posterior no es indicador absoluto de herida defectuosa de la cesárea (11).

En la MCP, pionera en el tratamiento quirúrgico conservador de la dehiscencia del segmento uterino, resección de los bordes necróticos de la histerorrafia, resutura de los mismos con material absorbible de larga duración y colocación de drenajes activos intrauterino e intraabdominal en puerperio de cesárea segmentaria, la experiencia ha mostrado resultados favorables en comparación con el manejo en otros centros hospitalarios del país e incluso del continente: histerectomía abdominal, sin considerar paridad, conociendo que la histerectomía marca el fin obstétrico de la paciente, con las consiguientes alteraciones psicoemocionales (1,11).

Aunque existe poca bibliografía nacional e internacional que respalde el tratamiento quirúrgico conservador en la dehiscencia del segmento uterino en puerperio de una cesárea segmentaria, algunos autores creen que la resutura puede ser tan segura como la histerectomía (12,13).

En la formación del especialista en ginecología y obstetricia, debe concientizarse la necesidad de un conocimiento y manejo adecuado de la dehiscencia del segmento uterino, de tal forma que se eviten o traten de la forma más conservadora, permitiendo un mejor pronóstico obstétrico a las pacientes, siempre y cuando las condiciones de la misma y del útero lo permitan.

Si corregimos en el posoperatorio cifras de hemoglobina y hematocrito, asociamos antibióticos en los casos con procesos infecciosos ginecológicos previos, y garantizamos el drenaje de secreciones purulentas intrauterinas por métodos de drenaje aspirativo, cuando se instala el proceso de endometritis y mantenemos el tono uterino con ocitócicos en infusión continua, podría modificarse el curso subclínico de la dehiscencia del segmento.

## REFERENCIAS

1. Díaz J, Lucenko L, Vallenilla E, Abbruzzese C, Torres P. Histerectomía por complicación de la cesárea. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1984;44(2):134-143.
2. Fernández E. Histerectomías en la Maternidad "Concepción Palacios". *Rev Obstet Ginecol Venez* 1962;22:427-431.

3. Monroy T, Afonso C, de Hernández M. Histerectomías obstétricas. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1980;40:177-184.
4. Aller J, Piñango V, Agüero O. Histerectomías. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1975;35:291-303.
5. Jorgez J de, Agüero O. Cesáreas en la Maternidad "Concepción Palacios" durante 1975. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1978;38:145-150.
6. Agüero O, Jorgez J de, Kízer S, Jiménez E. Histerectomías obstétricas. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1983;43:17-22.
7. Marcano H. Estudio sobre diagnóstico de infección intrauterina. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1965;25:639-644.
8. Agüero O, Marcano G, Páez Pumar J. Desunión de la herida uterina. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1959;19:727-735.
9. Zerpa E. Sutura del músculo uterino en un solo plano. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1961;21:27-35.
10. Agüero O. Comentarios a sutura del músculo uterino en un solo plano. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1961;21:42-45.
11. Plauche W, Von Almen M. Catastrophic uterine rupture. *Obstet Gynecol* 1984;64:792-802.
12. Plauche W, Morrison J, O Sullivan M. Surgical problems involving the pregnant uterine: uterine inversion, uterine rupture and leiomyomas. *Obstet Gynecol* 1992;44:221-232.
13. Agüero O, Kízer S. Suture of the uterine rupture. *Obstet Gynecol* 1968;31:806-811.

### “Normas éticas modernas...?”

“Ya se ha hecho un lugar común hablar del mercantilismo que se ha infiltrado en la clase Médica y del abuso que se hace de las tecnologías modernas cuyo objetivo más frecuente es el obtener una ganancia pecuniaria.

La Ecografía ha venido a ser una nueva manera de obtener proventos del servicio médico, y han comenzado sus andanzas sus detractores a ultranza o sus defensores contumaces... Hay que analizar un sinnúmero de circunstancias para poder tener alguna luz sobre lo que realmente está aconteciendo en este campo.

La Ecografía es una tecnología relativamente nueva, no invasiva, aparentemente sencilla de realizar, sin mayores peligros “directos” para el paciente ni complicaciones legales (en nuestros países) para quien la practica, productora de un dinero fácil de obtener, rápida en sus hallazgos, practicada por la misma persona que tiene la solución del caso médico, resolución que, generalmente, es quirúrgica, cirugía que a su vez, produce pingües beneficios económicos y que, bien manejada propagandísticamente, produce significativo aumento del prestigio profesional para quien la practica, lo que, a su vez, aumenta la afluencia de pacientes (que significan ingresos) a su consulta, cerrando un círculo vicioso de práctica profesional harto difícil de regular.

Donde con mayor frecuencia se observa este comportamiento es en las ramas gineco-obstétricas, por cuanto, además de estos factores de simple

factibilidad, confluyen una serie de circunstancias que potencian esta acción como son la presencia de marcadores de fácil reconocimiento: DBP (Diámetro Biparietal), longitud del fémur; NOEF (Nódulo de Osificación de la Epífisis Femoral), placenta “envejecida”, intestino Grado IV, disminución de líquido amniótico, “malformaciones” congénitas, feto hiporeactivo, presencia de quistes de ovario, leiomiomas uterinos, etc., que conforman una serie de diagnósticos proclives o facilitadores de intervenciones quirúrgicas altamente remunerativas. Los órganos digestivos, especialmente la vesícula... los pacientes urológicos y aun los traumatológicos, no escapan tampoco a estas consideraciones... y así podríamos continuar en una interminable lista, de corte frecuentemente rentista, cuyos resultados finales son las operaciones innecesarias, los fetos prematuros, laparotomías por quistes inexistentes, sugerencias para exploraciones costosas y una frecuencia de las mismas difíciles de justificar...

Los cursillos trashumantes de Ecografía abdominal y Gineco-Obstétrica, cuya finalidad es la masificación comercializadora patrocinada por algunas casas comerciales, apoyados por colegas que dan “cursillos” de fines de semana, en los cuales la aglomeración de aspirantes ansiosos de aprender “alguito” sobrepasa la capacidad de los recursos de espacio físico, de equipos de enseñanza y de pacientes con patologías variadas, no cumplen los requisitos indispensables para aprender las destrezas necesarias en la práctica profesional. (Montesinos A. Ultrasonido en Med 1998;14(1):VI-VII)