

CIRUGIA GINECOLOGICA EN ESTADO GRAVIDO PUERPERAL

DR. ARTURO ACHARD

(Clínica Ginecotocológica de Montevideo, Uruguay)

FRENTE a los distintos enfoques que ofrece la consideración de este importante tema de la cirugía ginecológica en estado grávido puerperal que por sus características tan particulares interesa a la vez a ginecotocólogos y cirujanos, vamos a tomar para su estudio lo referente a la discusión de algunos aspectos del criterio quirúrgico a adoptar frente a los tumores de ovario y los miomas en el curso del estado grávido puerperal. Este tema no por estudiado y comentado largamente deja de interesar siempre al especialista, que se ve abocado con cierta frecuencia a la solución de los serios problemas que estas tumoraciones promueven al coexistir con el embarazo.

Los que hemos actuado durante largo tiempo a cargo de los Servicios de Guardia de Hospitales especializados, hemos tenido la oportunidad de tener que abordar más de una vez este tipo de enfermas, buscando la solución más adecuada para el binomio "madre-hijo" lo cual exige a menudo un planteamiento ajustado y concreto a cada caso, sin apartarse desde luego de los principios generales que han guiado nuestra conducta.

Sin duda que el advenimiento de los antibióticos ha permitido como para la cirugía obstétrica en general manejarse con mayor holgura y particularmente actuar dentro del campo de las indicaciones quirúrgicas con el *criterio estrechamente conservador* que ha sido norma y directiva fundamental y a la cual, cada día estamos más aferrados, convencidos de sus ventajas, y que es una misión sagrada para el ginecotocólogo de la hora actual, extremar los recursos técnicos dentro del límite de lo lógico y razonable, para poder conservar si es posible la función maternal lo que representa el ideal o por lo menos la sinergia útero-ovárica, lo cual es posible en la mayor parte de los casos.

Convencidos de ello es que en uno de nuestros trabajos sobre cirugía conservadora en ginecología, transcribíamos la frase que el Prof. E. Nicholson había expresado a propósito del estudio del tema, señalando "que el ginecólogo está hoy en día obligado a respetar con profunda devoción esta contingencia, porque los progresos realizados en el campo de la fisiopatología y de la cirugía han puesto en sus manos la manera de conseguirlo".

Y los constantes aportes científicos de todas las escuelas ginecológicas, han ido afirmando y cimentando en forma tal este concepto que hoy es norma habitual en nuestro diario proceder.

Ya nos hemos ocupado extensamente en los trabajos anteriores, de los aportes valiosos que los ginecólogos sudamericanos han realizado a propósito del tema. Destacamos entre éstos, por la repercusión que ha tenido esta técnica, el bloqueo circulatorio temporario propuesto por el Dr. Pablo Borrás, de Rosario, recurso invaluable para el ejercicio de la cirugía conservadora.

De acuerdo a las directivas trazadas en esta contribución al tema, estudiaremos en primer término y en forma sintética las indicaciones quirúrgicas más comunes frente a las tumoraciones del ovario y en segundo término a los miomas coexistiendo con la gravidez.

I) *Tumores de ovario y embarazo.*

Respecto de esta asociación debe expresarse en primer término que su concomitancia que surge a través de las estadísticas en 0.5 o/oo a 1 o/oo plantea problemas diagnósticos y terapéuticos que deben ser abordados por el ginecólogo con bastante frecuencia y para los cuales se exige una conducta condicionada al tiempo de embarazo, a las características anatómicas del tumor, al volumen del mismo, a la ubicación de éste (previo o no) y a la existencia posible de complicaciones.

En lo que se refiere al *diagnóstico* pueden plantearse dos posibilidades: (a) que se trate de una mujer portadora de un quiste ovárico que se embaraza; (b) que el quiste coexiste con el embarazo, aunque la presencia del tumor sólo es sospechada a propósito de la evolución de éste.

En esta segunda eventualidad pueden plantearse problemas diagnósticos de difícil solución en los casos de *quistes de tamaño pequeño o mediano en embarazos cerca del término*, pues la tumoración queda oculta por el útero grávido, o en otros casos *frente a grandes quistes que llenan la pelvis y parte del abdomen ocultando un útero grávido en su comienzo*.

Es para esta eventualidad que los métodos biológicos del diagnóstico de embarazo y los estudios radiológicos (presencia de dientes, huesos en los quistes dermoides, signos de esqueleto fetal desde el 4º mes de embarazo) pueden coadyuvar al diagnóstico permitiendo así adoptar la conducta apropiada a cada caso. Todavía podría plantearse el caso de quistes dermoides bilaterales junto a un útero grávido, que obliga a decisiones quirúrgicas en los primeros meses del embarazo como sucedió en una enferma de nuestra casuística, que obligó a la intervención en el 3er. mes de embarazo, debiendo efectuarse la quistectomía bilateral que fué seguida de prosecución normal del embarazo hasta el término con parto normal.

No vamos a abordar en detalle, porque saldría del marco de esta contribución lo referente al diagnóstico diferencial con otras afecciones como las ascitis que complican el embarazo, el hidramnios agudo, y la gravidez ectópica. En esta última y frecuente eventualidad en casos en que constatamos la presencia de un útero grande y tumor anexial, la dilucidación diagnóstica resulta a menudo difícil, donde los elementos semiológicos a nuestro alcance, acusando ciertos matices favorables hacia el diagnóstico de quiste ovárico (superficie más lisa, mayor movilidad, ausencia de dolor al tacto de la tumoración) orientarán un diagnóstico, que sólo quedará aclarado en la mayoría de los casos con la reiteración de los exámenes en los días sucesivos y la observación de la evolución del cuadro clínico.

Planteados el problema diagnóstico en sus términos esenciales, veamos

qué es lo que la experiencia nos enseña respecto de los incidentes que esta asociación puede determinar y que condiciona la conducta a adoptar.

Influencia del tumor ovárico sobre el embarazo.

Dejaremos de lado el problema de su influencia evidente sobre la fecundidad estudiado por los diversos autores en cifras que oscilan entre 16% (Olshausen) hasta el 30% (Scanzoni) de esterilidad determinado por la presencia del tumor ovárico.

Digamos sí, que puede favorecer por su presencia la evolución de la gravidez ectópica, la compresión y torsión del útero grávido, el aborto (16.5% de acuerdo a Puech y Vanverts) y el parto prematuro.

Influencia del embarazo sobre el tumor ovárico.

Es este aspecto el de mayor importancia a los efectos de la decisión quirúrgica a adoptar frente a esta asociación.

a) *Compresión* que aparece particularmente en los tumores incluidos en el ligamento ancho o en los quistes pelvianos encarcelados en la pelvis.

b) *Las torsiones.*—Es el accidente más frecuente, y el que da lugar por sus características tan particulares a adoptar una decisión quirúrgica inmediata.

Desde que Rokitansky describiera por primera vez estas torsiones, hasta la época actual, mucho se ha escrito sobre este tema, y las estadísticas sobre su frecuencia muestran variantes acentuadas vinculadas seguramente a definir lo que se entiende por torsión de acuerdo al número de grados de la misma (90° a 120°) pero es evidente que sin entrar en estas disquisiciones, que han ocupado a los autores que han discutido el tema, *son los quistes medianos, de pedículo largo y fino*, los cuales tienen una particular tendencia a la torsión y que por otra parte resulta indiscutible que el embarazo crea las condiciones favorables a esta torsión donde la influencia del desplazamiento de órganos, el estasis sanguíneo, el alargamiento pedicular, el crecimiento del tumor, y los movimientos bruscos favorecen la misma, y estas condiciones las encontramos durante el desarrollo del útero grávido en el parto y en el puerperio.

No vamos a entrar en el detalle de la mecánica de las torsiones pero resulta evidente que los tumores líquidos tienen una mayor tendencia a este accidente que los sólidos, y que el sentido de esta torsión es siempre hacia adentro y por lo tanto tienen una natural tendencia a caer en el F. de S. anterior.

En cuanto al *diagnóstico* de torsión que va a decidir la intervención en ciertos casos resulta facilitado si ya prematuramente se había formulado la presencia del tumor ovárico. Entonces el cuadro agudo abdominal que aparece bruscamente en el curso del embarazo o en los días del puerperio con repercusión digestiva alta, y con contractura discreta de los músculos de la pared abdominal, a lo que se une la palpación del tumor que se ha hecho más doloroso, configura el diagnóstico.

Cuando la presencia del tumor se desconoce, el diagnóstico ofrece dificultades y plantea la duda frente a otros cuadros abdominales (anexitis aguda, apendicitis, pelvipерitonitis, oclusión intestinal). El meteorismo abdominal, la temperatura en ascenso, la reacción parietal abdominal presenta aunque no de tanta intensidad. Como en las peritonitis plantean dudas de difícil solución, que obligan cuando el cuadro se agrava, a llegar a la laparotomía que está en estos casos plenamente indicada.

Hace pocos días tuvimos que resolver durante el puerperio un cuadro abdominal de este tipo, que había dado sus primeros síntomas durante el embarazo. Después de un parto accidentado con seria hemorragia del alumbramiento, la enferma hace durante el 8º día del puerperio un nuevo accidente de torsión pedicular. Establecido el diagnóstico se opera, encontrándose un tumor quístico de tamaño mediano con hemorragia intraquística y cuatro vueltas de torsión sobre el pedículo, que fué resuelto mediante cirugía conservadora con buena evolución.

c) En cuanto a la *hemorragia intraquística* que acompaña habitualmente a la torsión puede agregar a la sintomatología ya citada la de hemorragia interna, y en este caso, puede pensarse en el quiste de ovario acompañando a embarazo ectópico complicado, de ruptura.

d) La *infección*, menos frecuente del 5 al 6%, se acompaña de la sintomatología propia de las supuraciones, y localmente da aumento de dolor espontáneo y provocado, pudiendo aparecer en el embarazo o durante el puerperio.

Nuestra conducta terapéutica frente a las distintas eventualidades comentadas.

Comentaremos nuestra posición durante el *embarazo*, el *parto* y el *puerperio*.

1) *Durante el embarazo*

a) Si se trata de un quiste pequeño que no da trastornos puede adoptarse una conducta expectante.

b) Si el quiste es de *tamaño mediano* y no da mayores trastornos esperamos en los alrededores del 4º mes época en que el peligro de aborto es menor, pues la placenta actúa en este momento en forma muy activa como glándula de secreción interna asegurando la prosecución normal del embarazo.

c) Si el quiste es de *tamaño mediano*, pero da molestias intensas, o da síntomas de compresión, o tiende a adherirse, puede ser útil intervenir antes del 4º mes sometiendo a la enferma a una intensa terapéutica con hormona progesterónica como profilaxis del aborto. (Enferma de nuestra casuística ya comentada).

d) Si se produce un cuadro serio de torsión pedicular, puede obligar a la operación en cualquier momento del embarazo. La indicación es aquí determinante, no así frente a las torsiones incompletas con cuadros más atenuados.

e) Si la indicación o el diagnóstico surge al final del embarazo debe

tratarse de diferir la intervención que sólo se realizará frente a casos de excepción que no admitan delaciones por el carácter grave de la complicación.

La *técnica quirúrgica que adoptamos se rige siempre dentro del concepto básico de la cirugía conservadora*. Utilizamos siempre que sea posible la incisión de Pfannenstiel más o menos alta y amplia que asegura una mejor firmeza de la pared, valiéndonos además del recurso de la punción previa del quiste antes de su exteriorización.

En nuestra convicción que en la mayoría de los casos puede conservarse una parte del ovario, cercana al hilio mismo cuando estamos actuando frente a grandes quistes. El recurso de la hemostasis temporaria mediante el clamp cuyas ramas están protegidas por tubos de caucho para ser menos agresivas, nos permite la exéresis del tumor, y la conservación del resto del parenquima restante que reconstruimos mediante sutura continua con catgut fino. Claro es que la conducta que proponemos está dirigida al tratamiento de los tumores benignos del ovario, que son la mayoría de los que debemos tratar.

Frente al *tumor maligno* la conducta radical se impone con amputación útero-anexial y previa cesárea en el caso de viabilidad fetal.

Durante el parto

Puede plantear el problema serio del tumor previo que reduce en forma más o menos importante el canal del parto. Frente a esta eventualidad puede intentarse el *desplazamiento del tumor* en forma suave, bajo anestesia general para provocar el relajamiento de la pared abdominal con la enferma colocada en posición de Trendelenburg.

Este procedimiento que puede ayudar y ser exitoso en un buen número de casos (Voron-Brochier). En cuanto a la punción del quiste, aconsejada por algunos autores, los peligros que acarrea, no la hacen una terapéutica aconsejable, por lo cual la contraindicamos en absoluto.

Durante el parto puede producirse la rotura del quiste, que es poco común durante el embarazo con derrame del contenido en plena cavidad peritoneal.

Sus síntomas más comunes, caracterizan a la misma, dando dolor de regular intensidad, meteorismo, y fiebre poco elevada, a lo que se agrega la falta de percepción del tumor. El cuadro puede agravarse considerablemente si la ruptura comprende la lesión de un vaso de la pared del quiste, en cuyo caso se produce un cuadro de hemorragia interna grave.

En ambos casos la laparotomía inmediata se impone para efectuar la extracción fetal y la extirpación del quiste.

En lo referente a la extirpación del quiste queda reservada a los casos en que actuando como tumor previo impide la progresión del parto. Debe en estos casos ser precedida y seguida de la operación cesárea.

Durante el puerperio

Es en este momento que puede producirse con mayor frecuencia la *infección y supuración* del quiste.

También observamos entonces las *torsiones pediculares* favorecidas en su mecanismo por la involución uterina.

Frente a estos dos accidentes la intervención se impone, a lo que debe agregarse el uso coadyuvante y utilísimo de la terapéutica antibiótica.

Si se tratara de *quistes poco móviles o intraligamentarios* la intervención podría diferirse para el post puerperio como medio de colocar a las enfermas en mejores condiciones para su tratamiento.

Queda así definida en forma sintética nuestra conducta directriz frente a la asociación tumores de ovario y embarazo.

II) *Mioma y embarazo*

Frente al problema del mioma y embarazo, asociación más frecuente aún que para los tumores de ovario, pues de acuerdo a las estadísticas latinas llega al 7 o/oo para Pinard y al 8 o/oo para Bruideau, vamos a considerar nuestra conducta en los casos en que esta asociación plantea complicaciones que ponen en peligro la evolución del embarazo o la salud de la madre.

No pretendemos en nuestro comentario, ni es nuestro propósito, agotar el importante capítulo referente a las complicaciones que surgen durante la evolución del embarazo en los úteros portadores de miomas, sino más bien, referirnos a algunos aspectos destacados del mismo en relación con las indicaciones quirúrgicas más frecuentes que la presencia del tumor uterino plantea, para comentar las directivas que guían nuestra técnica operaria.

En primer término vamos a considerar la *influencia evidente que en la mayoría de los casos ejerce el embarazo sobre el mioma*, alterando las condiciones nutritivas del tumor en donde intervienen los trastornos circulatorios y hormonales que deben tenerse particularmente en cuenta.

Junto al aumento de volumen por impregnación edematosa hecho frecuente en el transcurso de los 9 meses de embarazo, pueden aparecer las alteraciones que caracterizan la microbiosis aséptica, total o parcial y las necrosis, en donde junto al trastorno circulatorio puede agregarse la invasión del núcleo en sufrimiento por gérmenes sépticos, por vía linfática o canalicular en los casos de los miomas sub-mucosos.

El aspecto anátomo-patológico fué muy bien estudiado por Patel y Denis, señalando las características más salientes de esta transformación que nosotros tuvimos oportunidad de comentar "in extenso" en un trabajo anterior sobre las alteraciones de los miomas uterinos.

Merece un especial comentario dentro de esta alteración el llamado *mioma rojo* que constituye el primer estadio de una microbiosis aséptica aguda que muestra a la apertura de la cápsula tumoral la típica coloración "violeta" "hortensia" o rojo asfíxico del mioma, permitiendo encontrar en ciertos sitios cavidades a contenido hemorrágico o turbio, y mostrando el *examen bacteriológico que se trata de un proceso rigurosamente aséptico* que aparece sobre todo en los núcleos intramurales particularmente expuestos a esta com-

plicación en el curso del embarazo (12.5%) durante el embarazo en la estadística de Patel y Vachev.

En cuanto a la sintomatología de estas necrobiosis ella si el *proceso necrótico se hace lentamente* con signos generales y locales poco acentuados a la sintomatología de la necrosis cuando se establece más rápidamente. Aquí tres síntomas dominan la escena:

a) El dolor a comienzo brusco con exacerbaciones espontáneas o provocadas sin reacción peritoneal.

b) El ascenso febril siempre presente pero variable en sus valores diarios.

c) El aumento del volumen tumoral que es en general de consistencia blanda. Cuando a esta necrobiosis se agrega el factor séptico y son los núcleos submucosos los que son particularmente tocados por esta complicación la sintomatología anterior se agrava, y el cuadro infeccioso se hace más evidente, porque aquí los productos microbianos tóxicos, en su constante reabsorción tocan con mayor intensidad el estado general de las enfermas.

Es *durante el puerperio* donde estas modificaciones aumentan en frecuencia; obligando a una terapéutica activa que había podido diferirse hasta este momento.

Pueden surgir en este momento la enucleación y expulsión espontánea de los miomas submucosos o la *torsión y rotación sobre su eje*, que arrastran en ciertos casos al útero, favoreciendo la supuración en los núcleos que tienen otras localizaciones.

Pero en otras la seriedad del planteamiento del cuadro clínico obliga al ginecocológico a resolver el caso activamente. Es pues frente a estas contingencias evolutivas que plantean la necesidad de intervenir, que debe escogerse la técnica a seguir. En estos casos podemos y debemos también como para la cirugía del ovario actuar con el concepto de la cirugía conservadora.

Sin embargo, *es preciso dejar establecido en primer término, que consideramos no ser suficiente que un mioma manifieste síntomas de sufrimiento para decidir una intervención que en la mayor parte de los casos puede ser diferida con ventajas hasta pasado el episodio gravídico.*

Podemos expresar que sólo en la minoría de los casos, nos han obligado a la intervención misma sabiendo que la necrobiosis aséptica es un hecho frecuente durante el embarazo (por torsión pedicular, trombosis, arteritis, embolias o compresiones vasculares).

Se agrega a esto la posibilidad del aborto, que puede determinar la operación, que no es afortunadamente muy frecuente, pues existen medios terapéuticos eficaces para aquietar el útero (opiáceos, progesterona), y la eventualidad también posible y descritas de hemorragias post operatorias graves por aflojamiento de las suturas.

Son factores negativos que deben pesar en nuestras decisiones.

Decidida la operación debe escogerse la miomectomía que puede ser

facilitada en su ejecución por el *bloqueo temporario* intermitente para el tratamiento de los *núcleos sesiles* que son los que pueden determinar en el curso de la operación sobre el útero grávido dificultades en la hemostasis. Respecto de esta técnica no debe olvidarse el peligro de daño fetal que provoca la anoxia.

Durante el puerperio cuando el cuadro clínico de los miomas en necrobiosis amenazan con complicaciones de mayor jerarquía con signos que demuestran su pasaje a la fase séptica, procedemos también con el criterio de cirugía conservadora ya expuesto y nos ceñimos a las normas que ya habían sido fijadas por nosotros en un trabajo sobre el tema que presentamos al 3er. Congreso Uruguayo de Cirugía.

Decíamos entonces que destacábamos los siguientes hechos esenciales de la técnica a seguir.

1º) La necesidad del abordaje amplio de los focos en microbiosis durante el puerperio, una vez diagnosticados, sin que detengan la decisión quirúrgica, la fiebre alta y las modificaciones del estado general, que resultan así una indicación más de la operación inmediata.

2º) El inventario cuidadoso y preciso del estado de los núcleos y el grado de infección que ellos presentan.

3º) La apertura si es necesario de la cavidad uterina, dejando al clausurarla un hilo largo que servirá de referencia, de las restantes suturas a realizar.

4º) La necesidad de reparar cuidadosamente y en varios planos las brechas quirúrgicas restantes después de extirpados los nódulos, evitando peligrosos hematomas entre los distintos planos favorecedores de la infección.

5º) El valioso recurso de la ligadura temporaria o hemóstasis previa que realizamos con la técnica del Profesor Rodríguez López, de acuerdo a los esquemas que exponemos, como modificación a nuestro juicio ventajosa de la valiosa técnica de Borrás, lo que permite actuar en un campo exangüe, sin las innecesarias premuras, a lo cual se veían impulsados los cirujanos que realizaban este tipo de cirugía antes de la adopción de este fundamental artificio de la técnica de la cirugía conservadora.

6º) La necesaria e imprescindible colaboración de los antibióticos y sulfamidados, que es necesario declararlo, han hecho eficaz y sin complicaciones esta moderna orientación de la ginecología actual. Es, gracias a la profusa impregnación de sulfamidas en las brechas operatorias, a la administración previa y posterior al acto operatorio de penicilina, estreptomycinina y eventualmente algunos de los otros antibióticos de uso corriente (aureomicina, cloromicetina, terramicina) que la terapéutica conservadora puede y debe ser realizada en la terapéutica quirúrgica de las alteraciones necróticas de los miomas en el puerperio inmediato.

7º) Agregamos a lo dicho, un último detalle de técnica, que utilizamos sistemáticamente, y que hace más efectivo nuestros resultados. Es el drenaje de la cavidad abdominal que realizamos con mecha simple rodeada de goma de guante lo que asegura un perfecto avenamiento en los primeros días del

post-operatorio, eliminando de este modo los exudados inevitables procedentes de la amplia herida uterina.

Mediante estos recursos técnicos la evolución hacia la curación ha sido constantemente obtenida sin complicaciones y resulta realmente sorprendente cómo enfermas operadas en estado de necrosis de sus núcleos tumorales, entran rápidamente en apirexia para pasar luego a una convalecencia quirúrgica acelerada favorablemente por el recurso invalorable del levantamiento precoz que realizamos en forma sistemática a las 48 horas de la operación.

Una ilustrativa casuística que poseemos de enfermos tratados en la Clínica siguiendo estas directivas que exponemos, dan razón de nuestro proceder, lo que ha traído aparejado para éstas en todos los casos, la integridad funcional de su aparato genital y en una de ellas, en la cual se le había extirpado parte del fondo uterino, un nuevo embarazo, seguido de parto normal a los tres años de realizada la intervención.

Mediante estos recursos técnicos que utilizamos sistemáticamente, hemos podido manejarnos frente a este tipo de complicaciones, pudiendo obtener la prosecución del embarazo mismo en casos en que la exéresis del tumor nos acerque mucho a la cavidad uterina librando así a la mujer joven de la cirugía radical que queda sólo como una indicación de excepción.

En cuanto a los importantes problemas que el mioma plantea, actuando como tumor previo, no vamos a abordarlo en detalle, aunque es nuestra conducta en estos casos si el desplazamiento del tumor no puede realizarse por los métodos manuales, lo que puede obtenerse en algunos casos de núcleos no muy enclavados y a favor del reblandecimiento de los núcleos tumorales, ir a la cesárea para resolver el problema urgente e inmediato, y relegar a una operación posterior el tratamiento del mioma, salvo los casos en que el tumor se presente muy accesible, cercano o en la zona de la incisión histerotómica y siempre y cuando su extirpación no condicione una agravación inconveniente del acto operatorio. Estamos convencidos que con las directivas que hemos expuesto que guían nuestro diario proceder, defendemos a la mujer joven en plena vida genital de la cirugía mutiladora que relegamos al plano de las indicaciones más restringidas frente a las hemorragias incoercibles que crean los úteros miomatosos durante el post-alumbramiento o cuando se trate de enfermas que habiendo pasado la cuarentena, la técnica quirúrgica no plantea ya los problemas serios de la mujer joven y potencialmente fértil.

Como siempre que estamos frente a la situación de resolver la técnica a adoptar, es preciso condicionar las decisiones a las características de cada caso, teniendo bien presente en la conducta a adoptar, las consecuencias que la cirugía de exéresis va a crear en el futuro de la mujer castrada por la supresión de un mecanismo fisiológico que es para ella fundamental.

SUMMARY

The author shows the effects of pregnancy on fibromyomas. The increase in size in relationship principally with edema or on the basis of degenerative changes. Aside

from enlargement he emphasized the importance of degenerative changes, especially the so called "red degeneration" as one of the most serious changes. The large fibroids may be incarcerated in the pelvis, sometimes respond to the upward traction.

The effects of myomas in pregnancy are variable, women with such tumors are frequently sterile.

It is best, whenever possible, to wait and watch before operating, and if he wishes to do so the surgeon must keep in mind the present conditions after the laparotomy. In any case, the surgical will be conservative. He made the myomectomy with the intermittent Borras procedure. Sometimes it is necessary to practice the hysterotomy. The repair will be by planes. To avoid the bleeding in many cases is valuable to put temporary ligatures. Antibiotics and drainage in the abdominal cavity.

When the pregnancy is complicated by ovarian tumors the difficulties become present the later months of pregnancy. Indications for immediate operation in pregnancy are: suspicion of malignancy, torsion of the pedicle, signs of infection and overdistention of the abdomen, etc.