

INFORME ACADEMICO

SOBRE EL TRABAJO ANTERIOR, POR EL DOCTOR MIGUEL RUEDA A.

El señor doctor Lisandro Leiva Pereira ha presentado a la Academia un trabajo sobre dos casos de «Cataclismo intra-peritoneal por ruptura tubaria.»

Tiene como base para su estudio dos bellas intervenciones hechas por el doctor Leiva y acompañadas de un estudio anatomopatológico autorizado por nuestro malogrado colega el doctor Martínez Santamaría, estudio que sirve para establecer el diagnóstico definitivo de embarazo ectópico roto en el peritoneo. Se pregunta el doctor Leiva si hay que intervenir inmediatamente en la preñez tubaria seguida de inundación peritoneal. Para justificar su respuesta afirmativa, es decir, la opinión de que debe intervenir inmediatamente en estos casos, estudia el doctor Leiva el embarazo ectópico desde su etiología hasta su anatomía patológica. Vamos a seguirlo en su trabajo; pero aprovechemos la ocasión para discutir en la Academia con los señores ginecologistas el tratamiento de la preñez ectópica, no sólo en el caso que nos presenta el eminente doctor sino también en los casos en que no haya verdadera inundación peritoneal.

El doctor Leiva formula esta pregunta: ¿Hay que intervenir inmediata o secundariamente en la inundación peritoneal de la preñez tubaria? La pregunta formulada en esa forma no comprende toda la magnitud del problema del tratamiento de la preñez ectópica. Si nosotros seguimos cuidadosamente el proceso anatomopatológico de la preñez ectópica, podremos formarnos una idea de cuáles son las diversas fases de este problema y cuáles las diversas circunstancias en que se debe discutir la intervención. La preñez ectópica no siempre termina en inundación peritoneal, y, por consiguiente, el problema de su tratamiento es mucho más complejo. El incumbe más al ginecólogo que al tocólogo durante los primeros meses del embarazo; sin embargo, vamos a presentar los elementos que pueden servirnos de base para resolverlo.

Toda preñez es positivamente extrauterina; en efecto, la fecundación, o sea la penetración del espermatozoide en el óvulo, se hace generalmente en la trompa cerca del pabellón y aun algunas veces en el ovario. Verificado ese fenómeno, la vitalidad del óvulo aumenta, empieza su crecimiento y empieza su movimiento de progresión hacia el útero a través del pabellón y el tubo de la trompa; de modo que cuando penetra el útero ya está más desarrollado que el óvulo no fecundado; ya ha llegado a cierto período de madurez por llevar en sí el germen de la vida. Cuando ha llegado a ese período ya está preparado para la nidación y busca su puesto para desarrollarse.

A su turno la mucosa de la matriz está preparada para recibirlo; lo cubre, lo envuelve y con sus caducas, uterina y refleja, forma el nido en donde se va a verificar el desarrollo del nuevo sér. Sin seguir en todos sus detalles este desarrollo recordemos lo que pueda intervenir como factor importante en la resolución de nuestro problema. El curión, órgano ovular, erizado de espinas en toda su superficie, las deja atrofiar en la parte correspondiente a la caduca refleja, pero ellas continúan desarrollándose en la parte correspondiente a la inserción del huevo y van a formar las vellosidades curiales que penetran en los lagos sanguíneos de la madre para tomar los elementos necesarios para su nutrición y desarrollo; esas vellosidades curiales buscan y se apoderan de esos elementos en donde los encuentran; es lo que pudiéramos llamar el instinto de la conservación; ese proceso que tan regular y maravillosamente se desarrolla en la mucosa del útero, es el que va a producir la catástrofe cuando se desarrolla en la mucosa de la trompa. De aquí resulta que toda causa, ya dependa del óvulo, ya de la trompa, pero que sea suficiente para hacer más lenta o detener la emigración del óvulo, va a producir un embarazo ectópico. Pero ¿porqué ese retardo en la emigración, como lo pregunta el doctor Leiva? Permitidme que recuerde algunas de estas causas fuera de las indicadas por nuestro eminente colega.

La endosalpingitis blenorragica puede modificar la mucosa lo suficiente para detener la emigración del huevo. Recordemos lo que se ha llamado salpingitis vegetante, en la cual se desarrollan verdaderas vegetaciones en la superficie de la trompa. Schauta y Dührssen han encontrado la blenorragia en las dos terceras partes de los casos de embarazo ectópico operados por ellos. Se ha encontrado también la blenorragia en la trompa del lado opuesto.

Las que se han llamado trompas infantiles, aquellas que conservan la forma espiral que tienen durante el periodo fetal, los repliegues exagerados que resultan de esa torsión, hacen difícil y en veces retienen la emigración del huevo. En esos casos ha habido una detención de desarrollo en los órganos genitales, y eso nos explicaría porqué la preñez ectópica es precedida de un largo período de esterilidad y el porqué de la bilateralidad frecuente de ella.

No dejaré de mencionar la teoría de Webster, quien atribuye el embarazo ectópico a una anomalía debida a la herencia atávica de la especie animal. En la especie humana, durante el embarazo, hay una caduca en el útero pero no en la trompa; en ciertas especies animales la caduca se desarrolla en la trompa lo mismo que en el útero. Supone Webster que esa propiedad de nuestros antecesores se puede presentar por la herencia atávica en algunas mujeres, y entonces al menor obstáculo que encuentre el óvulo fecundado en su viaje, hace la nidación en el mismo sitio en donde encuentra una mucosa preparada para

recibirlo. Esto explicaría la reincidencia frecuente del embarazo ectópico. Ninguna de estas causas se encuentra en las operadas del doctor Leiva.

Veamos lo que pasa en la trompa cuando el huevo anida allí. Los vasos aumentan de volumen y las flexibilidades de las arterias se exageran; las venas forman verdaderos lagos sanguíneos; la trompa, congestionada y más pesada, tiende a caer en el fondo de saco posterior. Las paredes musculares se hipertrofian, pero, a pesar de esto, en el punto en donde se inserta la placenta se adelgazan por la distensión enorme y por la acción destructora de las vellosidades coriales que penetran en la pared del tubo, disocian y destruyen las fibras musculares. Hay en esto un hecho que debe tenerse en cuenta para la discusión del problema de la intervención, y es que la vitalidad de esas vellosidades coriales no desaparece con el desprendimiento y aun la muerte del huevo; de modo que pueden producirse hemorragias algunas horas y algunos días después de que el huevo se haya desprendido de la trompa y haya caído a la cavidad peritoneal.

Este hecho evidente de la persistencia de vitalidad de las vellosidades puede comprobarse aun en el embarazo intrauterino antes de término, y esto explica porqué las retenciones placentarias de los abortos de cuatro o cinco meses son menos graves, desde el punto de vista de la infección, que las retenciones placentarias del embarazo a término. En efecto, en los abortos la placenta retenida sigue nutriéndose por algún tiempo y no representa desde el principio un cuerpo muerto como en el embarazo a término. Yo he tenido ocasión de extraer placentas de un aborto de cinco meses, ocho días después de salido el feto, sin que su presencia dentro del útero se manifestara por elevación de temperatura, mal olor ni signo alguno de infección. Lo cual no quiere decir que el tocólogo esté autorizado para dejar tanto tiempo una placenta de aborto dentro del útero.

Pero volvamos a nuestro proceso.

El huevo que se desarrolla en la trompa puede abortar, esto es, desprenderse intacto para ir al peritoneo, a la cavidad de la trompa y aun dentro del útero. Este aborto puede acompañarse de una hemorragia poco considerable, que constituye el *hemato salpinx*, el cual puede hasta reabsorberse espontáneamente o producir una hemorragia mayor con fenómenos más graves, como el hematocele, cuando la sangre es en cantidad muy considerable y va al fondo de saco posterior y la inundación peritoneal cuando la sangre, en cantidad mucho mayor, va al peritoneo. Estos últimos fenómenos se presentan también cuando el huevo en vez de desprenderse se rompe, e inundando el peritoneo, se produce lo que se ha llamado el cataclismo, por el cuadro clínico terrible que presenta la enferma que está bajo la acción de esta complicación. La conducta del cirujano puede, pues, disentirse según se trate de un simple *hemato salpinx*, de

un *hematocele*, de una inundación peritoneal o de un embarazo ectópico sin complicación alguna. Hay que estudiar, pues, los datos que tenemos para hacer este diagnóstico. La terminación natural, común y corriente del embarazo ectópico es el aborto o la ruptura del huevo, pero hay ocasiones en que se tiene que diagnosticar y tratar sin que se hayan presentado estas complicaciones. Tratamos de un embarazo antes de los cinco meses, cuando aún no se han encontrado los signos evidentes de preñez. Generalmente se trata de una mujer que después de un largo período de esterilidad se advierte de que se suprimieron las reglas y con eso vinieron los síntomas pequeños de embarazo que todos conocemos. Ella dice que después de suprimidas las reglas, de tiempo en tiempo viene un pequeño flujo sanguinolento, ya negruzco, ya rojizo, dolores en el bajo vientre y en los lomos, más marcados de un lado, hacia la fosa ilíaca. Pudieran venir con este flujo pedazos de mucosa, pero no vienen, en lo general, porque esa mucosa se presenta casi siempre con motivo del falso trabajo, el aborto tubario o el cataclismo, y, por otra parte, esa mucosa no tiene ni con el microscopio carácter alguno especial; hay pues que hacer un examen. En él se encuentra el cuello un poco blando, la matriz aumentada ligeramente de volumen, aunque menos de lo que debía corresponder a un embarazo normal y sobre todo en el fondo de saco de Douglas o al lado de la matriz un tumor formado por la preñez ectópica, tumor que da la sensación de una salpingitis renitente, poco dolorosa. La vascularización aumenta mucho, de modo que con frecuencia se percibe el pulso vaginal, sobre todo en el fondo de saco, correspondiente a la lesión, pero nada más; el tacto clínico debe decidir.

El diagnóstico, o mejor, el cuadro clínico de la inundación peritoneal lo ha hecho magistralmente el doctor Leiva; no volveré a tratar de él. El *hemato salpinx* y el *hematocele* presentan un cuadro bastante análogo, aunque menos dramático. Siempre el dolor, la tendencia al vómito, al síncope, y los síntomas de compresión de los órganos del pequeño bacinete; los síntomas urinarios, frecuencia, en ocasiones retención y orina en pequeñas cantidades por regurgitación. Pero en el momento del accidente es el dolor, la frecuencia del pulso, la cara peritoneal, la hemorragia uterina, en este caso sí, casi siempre con pedazos de caduca; la macidez de las fosas ilíacas y el desalojamiento de la matriz hacia adelante por la acción del derrame de sangre, porque lo que es tumor más o menos duro en el fondo de saco no se toca sino después de algún tiempo, cuando la sangre está coagulada. En los días siguientes ya es indudable el diagnóstico por la formación del tumor blando del fondo de saco posterior y el desalojamiento de la matriz; pero lo que debemos recordar es que la hemorragia no es única, que pasado el primer accidente ella puede repetirse y no se puede saber si después de unas horas o de unos días, que ese hema-

tocele raras veces está destinado a reabsorberse y puede supurarse o abrirse en el recto, en la vagina, en la vejiga puede ocasionar complicaciones vesicales y otras mortales. Sin insistir más, pues, en los síntomas y marcha del embarazo ectópico, yo sentaría como proposición general ésta: diagnosticado un embarazo ectópico, con complicaciones o sin ellas, debe operarse.

Esta proposición es aceptada por todos o la mayor parte de los ginecólogos, en los primeros meses, esto es, antes de los cinco meses, época en que se oyen los ruidos del corazón y se puede tener ya esperanza en la viabilidad del feto, la rechazan muchos cirujanos a partir de los cinco meses. En los primeros meses ya estudiamos los peligros enormes, casi todos de muerte, a que está expuesta la madre y el poco porvenir que tiene el feto. Siempre es bueno estudiar el embarazo ectópico interrumpido en los primeros meses, pero no con hemorragia enorme, sino con hemorragia circunscrita. Hay muchos embarazos tubarios interrumpidos precozmente y aun hemorragias limitadas que curan con tratamiento expectante.

Hematoceles que se reabsorben por el reposo simplemente y queda la enferma en salvo apta para el trabajo, si no aun para la fecundidad, pero una vez que se ha hecho una hemorragia limitada, digamos una hematocele, no hay dato ninguno que nos sirva para prever cuáles son las que van a reabsorberse espontáneamente y cuáles las que tomarán una marcha distinta. Tras esa hemorragia pequeña puede venir después de unas horas o unos días una hemorragia mayor que puede ser mortal y que obliga, en todo caso, a una intervención quirúrgica de urgencia.

Y esto aun en el caso de que el huevo se hubiera desprendido, que se hubiera perdido desde la primera hemorragia, pues ya vimos que las vellosidades coriales solas pueden seguir su obra de destrucción. Fuera de la hemorragia el hematocele puede supurarse y abrirse en el recto, la vagina, la vejiga, etc., produciendo grandes desastres.

Hay que pensar también en que la enferma quede apta para el trabajo y para la reproducción. Hay sin embargo muchos cirujanos partidarios de la expectación en estos casos. La mortalidad en la operación es muy pequeña. Schanta, 2 en 82 casos; Fechelg 3, en 130. Brovining operó setenta casos sin mortalidad; Scanzani, de la Clínica de Leipzig, es partidario de la expectación y trae una curiosa estadística de los tratados por expectación, calpotomía y laparotomía, con expresión de las que quedan aptas para el trabajo y para la fecundación. Queda por resolver y discutir la vía por la cual se debe hacer la intervención, si por la vagina, si por la cavidad abdominal. Soy partidario de la intervención por la vía abdominal, pero en el curso de la discusión aduciré las razones que tengo para ello, puesto que ya este trabajo se alarga demasiado.

Nos queda por estudiar la preñez ectópica con niño vivo, o sea después de cinco meses de embarazo.

En bien de la brevedad no podemos entrar en el estudio clínico de ella, y sólo recordaremos que son muy frecuentes los errores de diagnóstico; que ellos pueden conducir a la muerte de la enferma y cuando menos a intervenciones de suma urgencia, que, por consiguiente, son sumamente graves. Con mucha frecuencia mueren los niños antes de la época de la viabilidad, y cuando viven presentan con frecuencia deformidades por compresión de los órganos cercanos de la madre. Esas deformidades se presentan sobre todo en las extremidades, el cráneo y los miembros inferiores; hay también deformidades frecuentes por bridas omiáticas, debidas acaso a la pequeña cantidad de líquido omiático; con deformidades o sin ellas, en general el recién nacido es un débil, debido esto a la insuficiencia placentaria. Ese es el porvenir del feto cuya vida quiere conservarse, aun con peligro muy grave para la vida de la madre; en efecto, el embarazo puede interrumpirse por hemorragias, infecciones del huevo o del feto, por la vecindad del intestino, por insuficiencia placentaria, por estrangulación intestinal de la madre o compresión ejercida por el feto sobre el intestino y luégo la operación muy grave a que tiene que someterse la madre, a menos que se deje pasar el falso trabajo y se opere mucho tiempo después, en cuyo caso no hay para qué contar con la vida del feto.

El trabajo del señor doctor Leiva es sumamente importante y llama la atención de los señores académicos al estudio del diagnóstico y tratamiento del embarazo ectópico. Existe él con mucha mayor frecuencia de la que se cree generalmete; solamente hay que buscarlo para diagnosticarlo. Vuestra Comisión os propone:

- 1.° Publíquese en la *Revista Médica* el importante trabajo del señor doctor Lisandro Leiva.
- 2.° Inclúyase al señor doctor Lisandro Leiva entre los candidatos para miembros de número de la Academia.
- 3.° Póngase en el orden del día y cítese a los señores académicos para oír sus opiniones sobre el tratamiento del embarazo ectópico.

NOTA—Esta proposición fue aprobada por la Academia, y el doctor Lisandro Leiva P. quedó aceptado por unanimidad como candidato para miembro de número.