

Sesión científica del día 15 de diciembre de 1930.

PRESIDENCIA DR. PI SUÑER

## El embarazo tubárico de repetición.

POR EL DR. TERRADES

Cuando Lawson-Tait demostró que la mayor parte de los hematoceles pelvianos eran debidos a rotura de un embarazo ectópico, parecía la afección algo rara con la cual se encontraba uno por casualidad. Desde entonces su frecuencia ha ido creciendo al parecer, y si Fargas hace 20 años sólo pudo reunir de su cosecha 52 casos operados, hoy, los que no poseemos su enorme material clínico, hemos visto muchos más. No es que abunde más, sino que se diagnostica mejor; y el día que el médico internista, que es el que primero que ve estos casos, sepa diagnosticarlo mejor, cosa bastante fácil porque está al alcance de todo médico medianamente perspicaz, los casos abundarán mucho más. Gracias a su frecuencia creciente vamos conociendo sus particularidades, y si antes era raro encontrar un caso, hoy, que podemos seguir más enfermos, nos vamos documentando sobre su porvenir, la posibilidad de alternar con embarazos normales y aun lo que antes parecía inverosímil, la frecuencia de sus recidivas en una misma trompa. Hoy es difícil que pasen por alto los casos graves, los únicos que se diagnosticaban a veces, 30 años atrás, porque el dolor agudo y la ansiedad mortal hacen llamar al cirujano, que abre el vientre, con o sin diagnóstico preciso. Los casos medianos con daño prolongado durante muchos días, si el sufrimiento es importante llegan al ginecólogo y permiten un buen diagnóstico la mayor parte de veces, o pasan desapercibidos si el sufrimiento es poco, etiquetados como un daño ovárico *a* o *b*. Pero los pequeños casos, los de aborto tubárico de poca sintomatología, muchas veces no son vistos por el médico, y aunque lo sean, son puestos en la cuenta de un retraso menstrual o de un aborto sin importancia. De estos casos que podrán parecer una sutileza diagnóstica, es de los que voy a ocuparme hoy, por lo que pueda interesar su estudio en la historia del embarazo ectópico; pero antes se me permitido recordar brevemente que el embarazo estópico (y al decir esto me refiere al accidente que determina la intervención del médico) se diagnostica con la misma facilidad con que los antiguos clínicos diagnosticaban una neumonia.

Siempre el accidente viene marcado por un dolor en el bajo vientre, fuerte, y que si no lo es al principio lo es en un segundo o tercer ataque, de los que repiten algunas horas después; es un dolor lateralizado que se agrava por la presión, que en nada se parece al dolor gravativo central e intermitente de los cólicos uterinos del aborto; este dolor va precedido o seguido a las pocas horas de una hemorragia discreta por la vulva, que dura todo el tiempo que dura la hemorragia interna, y por tanto los ataques dolorosos, por lo que, no es raro que la veamos prolongarse 15 días o un mes; pero en ningún momento esta hemorragia recuerda la hemorragia copiosa del aborto, y claro está que tampoco hay expulsión de embrión ni de placenta ni de grandes coágulos, pero sí, a veces, de una caduca en los ectópicos que cuentan 2 ó 3 faltas menstruales. Pero la no existencia de la amenorrea no arguye nada contra el diagnóstico de ectópico, porque puede el accidente producirse después de un simple retraso de 3 ó 4 días, o aun en los mismos días en que normalmente tocaba la regla. Si la hemorragia interna es fuerte, la enferma presenta todos los síntomas de la anemia agudísima, hasta llegar al colapso y quizás la muerte, síntomas que creo inútil recordar por sabidos, pero nunca hay fiebre, por tanto puede distinguirse perfectamente de una perforación intestinal o de un ataque apendicular, en que, por lo menos, la temperatura rectal está aumentada. Es verdad que pasados muchos días, por la infección del hematocele puede aparecer la fiebre y otros signos locales cuya apreciación corresponde ya al ginecólogo. Por tanto, el diag-

nóstico de los casos grandes y pequeños puede hacerse desde el principio y está al alcance de todos. Con estos preliminares, vamos a estudiar el embarazo ectópico de repetición.

Todo el que tiene una mediana estadística ha observado casos de embarazo tubárico que ya habían sido operados anteriormente de lo mismo, con la extirpación consiguiente de la trompa enferma. En mi estadística personal de 76 op. por embarazo tubárico, cuento 5 casos; esto en sí no tiene nada de particular, porque donde hay unos anejos sanos puede haber embarazo en la trompa. Pero a poco que nos fijemos en los números, veremos que estas enfermas que han tenido un ectópico presentan una proporción de ectópicos en el otro lado mucho mayor que la proporción general de ectópicos en mujeres sanas, o entre mujeres a las que, por otras causas, se les extirpó un anejo. Eliminando de estos 76 casos los 4 recientes de 1 año, los que han sido objeto de castración total y 4 muertos, quedan 59 susceptibles de recidiva, de los cuales he tenido que reoperar 5, o sea el 8 por 100; es evidente que su proporción es inmensamente mayor que la total entre mujeres sanas, que no debe llegar ni al 1 por 10.000. De esto se deduce claramente que hay una condición que predispone a la anidación del huevo en la trompa, y que dicha condición no es transitoria, no es una mera casualidad, sino algo permanente, y que si hay ocasión, se repite incluso en la misma trompa. Esta ocasión se presenta cuando en la operación la trompa causante no es extirpada; así vemos que Deletréz nos habla, hace ya muchísimos años, de un caso de aborto tubárico laparatomizado, en que no quitó la trompa por estar el huevo caído en el peritoneo; y es bien cierto, como dice Vautrin, que la rotura de una trompa grávida no compromete forzosamente la integridad de la misma. Se comprende pues, que, deseando hacer cirugía conservadora en alguno de estos casos, haya repetido el ectópico en la misma trompa.

Pascualis cita dos casos de ectópico recidivante. Petersen, en la Obst. y Gin. Escandinava, cita un caso de gestación repetida en la misma trompa, en que años atrás se extirpó el pabellón por igual causa. Hasselblat, en la misma revista, expone dos nuevos casos de recidiva en la misma trompa, comprobados operatoriamente, y reúne en su estudio hasta 19 sacados de la literatura médica. Parece, pues, que sea algo muy raro la recidiva en la misma trompa, si nos atenemos a esta pequeña estadística, pero hay que tener en cuenta que en ella sólo figuran los casos comprobados operatoriamente; si aceptásemos este criterio, sólo podríamos hablar de neumonias o de endocarditis después de la autopsia. Yo creo, por el contrario, que el embarazo ectópico recidivante en la misma trompa, resultaría bastante frecuente si en la primera operación no se extirpase la trompa casi siempre; yo al menos así lo hago. Pero además la observación y el interrogatorio atento de las enfermas nos harán descubrir casos de curación espontánea anterior por expulsión del huevo en el peritoneo. Los dos que voy a citar, son a este efecto muy demostrativos.

Mujer de 30 años, múltipara, que presenta el cuadro de hemorragia aguda intraabdominal: dolores, estado lipotímico, pulso frecuente y débil, pupilas dilatadas, mucosas exangües, respiración anhelosa, y pequeñas pérdidas por la vulva. Diagnosticada de embarazo ectópico, es operada de urgencia, extirpándose la trompa izquierda con el huevo; los anexos derechos, de aspecto sano, se dejan. El médico me refiere que esta enferma, uno o dos años antes, había tenido por dos veces algo semejante, aunque en menor grado, que él atribuyó a abortos, pero sin poder comprobarlos; la enferma confirma este aserto añadiendo que aquellos dolores en la fosa iliaca izquierda y éstos, eran iguales. Al cabo de 6 meses, vuelve esta señora a quejarse de dolores en la fosa iliaca derecha y pequeñas pérdidas vulvares que han venido después de un corto retraso menstrual, y que son parecidos a los anteriores. Con estos síntomas y los datos de exploración, diagnostico un embarazo ectópico del lado derecho y retengo a la enferma en Barcelona en observación; pero el dolor disminuye, los fenómenos focales también, y la hemorragia cesa al cabo de unos días, por lo cual la enferma es dada de alta como curada. Un año después vuelve con síntomas análogos, diagnostico otro ectópico, pero remiten los síntomas, y la enferma se marcha a su pueblo sin estar curada; pocos días después muere de hemorragia peritoneal, que motivó una operación de urgencia por un médico de la localidad, comprobando el diagnóstico. De modo que esta enferma tuvo a mi ver: dos ectópicos del lado izquierdo, curados espontáneamente, otro, operado; luego uno del lado derecho curado, y otro operado; total, 5 embarazos ectópicos en una misma mujer.

Otro caso. Mujer que operé *in extremis* en su mismo domicilio, de inundación peritoneal

por ectópico con extirpación de la trompa; a los 2 años, embarazo y parto normal; un año después síntomas de aborto con pequeña hemorragia por la vulva, y dolor intenso del lado de los anéxos no operados, análogo todo al ectópico anterior; anéxos sensibles que se perciben vagamente; Diagnosticada de ectópico de forma leve, es tenida en observación en la clínica, hasta que remiten definitivamente los síntomas sin aparecer nada importante por la vulva. Dos años después la veo nuevamente por ectópico con hemorragia grave que me obliga a intervenir; curación. Total: ectópico de un lado, intervenido; luego embarazo normal, luego 2 ectópicos del otro lado, el primero curado espontáneamente y el segundo intervenido.

Estos dos casos, por la gran semejanza de los accidentes curados espontáneamente, con los que motivaron la operación, testimoniados por las mismas enfermas que ya tenían experiencia de ellos e identificados también clínicamente, son muy demostrativos. Pero hoy otros muchos que, por analogía, pueden referirse a éstos sobre todo cuando después ha evolucionado un ectópico comprobado operatoriamente.

Todo el que interroga cuidadosamente enfermas de embarazo ectópico, habrá observado la frecuencia con que presentan abortos, hasta el punto que Tschertok, en una investigación hecha en los archivos de la Clínica de Kiew, lo encuentra en un 45 por 100 de casos. Mis datos son aproximadamente iguales. Pero Tschertok no ha interrogado personalmente todas estas enfermas y no conoce las modalidades de estos abortos. Yo, aleccionado por los casos expuestos, me entretengo desde hace 2 años a hacerles detallar estos abortos y algunas veces, quizás en una cuarta parte de ellos, refieren historias como las que acabo de relatar: un supuesto aborto que nadie ha visto y que ha consistido en fuertes dolores en una fosa iliaca después de un pequeño retraso menstrual, seguidos de unas pérdidas sanguíneas pequeñas, episodios que han durado muchos días, sin que al final se haya visto embrión, ni placenta ni coágulos, que han dejado un recuerdo bien patente en la enferma y que lo asemejan, aunque en menor cuantía, el ectópico actual: yo creo que estos son abortos tubáricos de poca sintomatología, que se han resuelto espontáneamente. De ningún modo puede ser esto una concepción matemática, pero conviene que nos fijemos en ellos para descubrirlos, no a *posteriori*, sino cuando se produzcan, diferenciándolos del aborto uterino; por esto mi disertación va dirigida principalmente a los médicos internistas, que son los que ven estos casos leves que no llegan al ginecólogo. Tengamos presente que si el embarazo ectópico es tan propenso a la repetición como he demostrado antes, toda mujer que haya tenido un accidente sospechoso debe ser vigilada al menor retraso menstrual.

Dos corolarios se desprenden de cuanto acabo de decir; uno correspondiente a la patogenia y otro al tratamiento.

Verificándose la conjugación óvulo-zoospermo en el pabellón de la trompa no podemos admitir que una simple casualidad o un pequeño desarreglo cronométrico en la llegada del zoospermo baste para que el óvulo fecundado se acoja a la mucosa tubárica, porque la Naturaleza provee siempre a las funciones con gran margen de separación de su punto exacto compatible con el estado normal. Por el contrario, es generalmente admitido y yo lo he defendido hace ya 24 años (1) que debe haber una causa predisponente, que bien puede ser una descamación del epitelio vibrátil, una antigua y ligera flógosis que haya aglutinado franjas, dejando ranuras sin salida libre, especie de ratoneras donde puede insinuarse el óvulo según he comprobado histológicamente en algún caso, o anomalías por dicotomía del pabellón que también he tenido ocasión de observar. Pero por sí solas estas causas no bastan a determinar la implantación del huevo en la trompa, por lo cual cuantas veces se ha querido provocar el embarazo tubárico por traumatismo de las trompas, o retraso en la progresión del óvulo, se ha fracasado. Es preciso que haya también una predisposición, y esta es la facultad de reaccionar la trompa en la misma forma que el útero a la llamada de la hormona ovárica; al fin y al cabo, ambos proceden de los cordones de Müller. Comprendida así la patogenia, aparece clara y hasta lógica la repetición de embarazos ectópicos en una misma mujer y hasta en la misma trompa, siempre que no haya quedado inutilizada en el primer encuentro, alternando con embarazos normales; porque la capacidad reaccional de las trompas sien-

(1) Contribución a la patogenia del embarazo tubárico, (An. de Méd., 1917).

do constante, cualquier causa fortuita de entorpecimiento en la progresión del huevo determina una fijación *in situ*.

El otro corolario se refiere a la terapéutica. Cuando se opera un embarazo tubárico, debe extirparse siempre la trompa? ¿Debe extirparse también la opuesta?

Consecuente con mis afirmaciones anteriores, creo que debe extirparse la trompa causante; en primer lugar por la rapidez de ejecución, tan necesaria en muchos casos; en segundo lugar por la mayor facilidad de recidiva que impone el dejarla, ya que la estadística de Hasselblat, aunque sólo consta de 19 casos debe fundarse también en una pequeña porción de casos de conservadurismo; en tercer lugar, porque si la otra trompa está sana, ya dejamos a la mujer con aptitud para la reproducción. Ahora, si la otra trompa está inútil y la enferma tiene vehementes deseos de tener hijos, puede darse el caso que hagamos lo posible para ser conservadores.

En cuanto a la extirpación de la otra trompa, a lo que parece invitar la frecuencia de las recidivas (8 por 100), no soy partidario de ello, puesto que la misma casuística da para las ya operadas un tanto por ciento de embarazos bastante regular (más de 8 por 100) que no puede despreciarse; solamente en casos especiales puede aceptarse.

Como resumen de lo expuesto diré que: el embarazo ectópico es mucho más frecuente de lo que parece, y debe conocerlo el médico internista porque es el primero que lo ha de ver. Muchas enfermas curan espontáneamente del accidente, que si es leve, parece un aborto corriente. El haberlo tenido una vez indica un estado reaccional de las trompas con predisposición a la recidiva.

Estas enfermas predispuestas pueden, no obstante, tener en los intervalos, embarazos normales. Por este motivo, estando indicada la extirpación de la trompa objeto del accidente, debe conservarse la trompa opuesta, y si ésta está obturada debe procurarse desobstruirla, y si no es posible, procurar conservar la que es objeto del accidente.

Sesión científica del día 15 de diciembre de 1930.

PRESIDENCIA DR. PI SUÑER

## Accidentes desagradables o graves que pueden surgir en un parto pronosticado de curso eutócico.

POR EL DR. F. PROUBASTA

Voy a ocuparme, en cumplimiento de un deber académico, casi ineludible, de los accidentes desagradables o graves, que pueden surgir en el parto de una mujer, cuyo embarazo ha sido un curso normal y que, después de repetidos exámenes, se ha creído, dada la no existencia de trastorno alguno, que el parto seguiría un curso eutócico.

Sería abusivo discutir todas las complicaciones, que pueden presentarse en el curso de parto. Me limitaré a ofrecer a vuestra consideración los trastornos que inesperadamente pueden aparecer y que están en plena discusión para esclarecer su origen y evitar su encuentro, llenando con sendos artículos las publicaciones de especialidad y aún las de índole general.

Siguiendo un orden cronológico, el primer punto a dilucidar es el siguiente: sucede, a veces, que, ante nuestra confusión y sorpresa, el feto por nosotros diagnosticado de presentación de vértice nace de nalgas, equivocación frecuente y accidente más desagradable que grave en manos de un buen tocólogo; pero como la mortalidad es algo mayor, sobre todo en primíparas por-