

CONTRIBUCIONES:

Sr. COORDINADOR.—Se va a pasar a la lectura de las contribuciones. Tiene la palabra el Dr. Tarigo.

EMBARAZOS UTERINOS DOLOROSOS

Dr. Ernesto J. Tarigo.

(Jefe del Servicio de Ginecología "Dr. Luis P. Bottaro").

Definición: Desde muchos años atrás, etiquetamos con este diagnóstico, a enfermas que se nos presentan con una gravidez en sus primeros meses, a veces en sus primeras semanas y acusan simultáneamente dolores localizados o difusos en su bajo vientre, que las obliga a consultar, casi siempre presas de singular alarma.

Estoy seguro que situaciones análogas se han presentado a todos nuestros colegas ginecólogos, que en la mayoría de los casos se resuelven con entera sencillez, pero que algunas veces, dejan en el espíritu del médico dudas verdaderamente inquietantes.

Nos llamó siempre la atención, no encontrar en los tratados clásicos, ni en la literatura en general, este capítulo que a mi entender y basado en experiencia personal, tiene más interés para el médico práctico que muchos otros que se tratan con extensión exagerada.

Por eso he querido contribuir al tema de embarazo ectópico, porque en algunos casos el diagnóstico diferencial se plantea im-
periosamente y a veces diría angustiosamente.

Etiopatogenia. En la inmensa mayoría de los casos, existen antecedentes de intervenciones quirúrgicas efectuadas en la pelvis por lesiones de los genitales. Estas operaciones fueron conservadoras permitiendo la función completa de estos órganos.

Muy frecuentemente, está como antecedente, una apendicectomía y las pocas veces que no hay antecedente quirúrgico, hay en la historia clínica de la paciente cuadros dolorosos, inflamatorios de las zonas anexiales, que han cedido al tratamiento anti-
biótico rápidamente instituido. De este tipo hay historias de múl-

típaras que después de un aborto provocado tienen un embarazo doloroso.

En nuestras historias la mayoría de los casos de embarazos dolorosos, corresponden, repetimos, a antecedentes quirúrgicos o inflamatorios, pero hay algunos que podríamos llamar embarazos uterinos dolorosos puros en los que no hay ninguno de estos antecedentes. En ese capítulo figuran en nuestras historias, gravídeses en retroversión, que curan con la reducción de la posición uterina y otros en que el dolor lo atribuimos a la implantación ovular, vecina a un cuerno uterino que lo hace doloroso por distensión.

Del conjunto de nuestras historias clínicas, de la meditación de sus posibles causas iniciales hemos llegado a afirmar en nuestro espíritu el concepto de que la etiopatogenia del embarazo uterino doloroso de los primeros meses de la gravidez, es debida a una causa mecánica, extra-uterina de la cual hacemos responsable a las adherencias que casi siempre se producen en intervenciones quirúrgicas o en procesos inflamatorios apagados.

La sintomatología está dominada por el dolor hipogástrico, en una enferma con amenorrea de uno o dos meses. El dolor es del tipo continuo, de intensidad mediana, irradiado a menudo al muslo derecho por la frecuencia de las apendicectomías, pero otras veces difuso o a predominancia izquierda.

En general son enfermas apiréticas, pero en algunas historias aparecen temperaturas hasta 39° al ingresar al Servicio.

No hay cuadro de anemia aguda, ni pérdida de sangre por los genitales; pero en enfermas desnutridas no es raro encontrar anemias concomitantes; así por ejemplo, una de nuestras enfermas tenía 2.400.000 glóbulos rojos con 42 % de hemoglobina.

El diagnóstico positivo y diferencial a la vez lo permite hacer el tacto vaginal y el vagino rectal sobre todo.

Constatamos los signos vulvo vaginales de gravidez, el cuello reblandecido y cerrado, el útero, cuando se puede apreciar, aumentado de tamaño en relación con la amenorrea, muy sensible, no a la presión, sino a la **movilización**, y uno o ambos fondos de saco laterales dolorosos, sin que se aprecien por lo general masas anxiales. Pero el signo para mí, tranquilizador, lo da el tacto vagino rectal al presentarnos el **Douglas vacío y casi indoloro**. En un caso muy difícil me sirvió de verdadero guía para afirmarme en la convicción de gravidez uterina.

Quiero decir con esto que el primer diagnóstico diferencial a establecer es con el embarazo ectópico, no en las formas clásicas, con hemorragias cataclísmicas, anemia aguda, lipotimias, etc. Sino con formas frustas, que engañan el diagnóstico en una primera observación, para revelarse horas o días después en toda intensidad.

El Douglas libre e indoloro, prácticamente no se encuentra ni en la forma más discreta de embarazo ectópico roto o del aborto tubario. Prescindo de los casos de embarazo ectópico tubario en evolución al principio, antes de su rotura, porque ese diagnóstico clínico no creo posible que se efectúe.

En cambio estos signos de Douglas libre e indoloro han servido para diferenciar un embarazo uterino doloroso, de una repetición de ectópico en enfermas operadas una vez de esa afección.

De la amenaza de aborto uterino, lo diferenciamos por el tipo de dolor, que no es propiamente uterino sino por **movilización del útero**, además el cuello permanece cerrado y no hay genitorragias.

Está fuera de esta contribución hacer el diagnóstico diferencial con la apendicitis aguda, con la pielitis o el cólico ureteral o otras afecciones dolorosas que pueden coexistir con la gravidez incipiente.

Hecho el diagnóstico de embarazo uterino complicado por un dolor extra-uterino, el tratamiento debe ser muy simple.

Esquemáticamente puede resumirse en reposo, calmantes, hielo en el hipogastrio, en los casos febriles antibióticos y en general mejorar el estado general en las enfermas que sus condiciones lo requieren.

RESUMEN DE HISTORIAS CLINICAS

Historia 18696.— Clelia P. de C., 31 años.

Ingresa el 23 de setiembre de 1951, por amenorrea de 2 meses y dolores intensos en bajo vientre acompañados de vómitos. Dos embarazos a término. Posteriormente operada en otro Servicio de apendicectomía y quiste de ovario. El examen genital permite observar útero grávido en retroversión. Se consigue hacer la reducción y los dolores cesan rápidamente.

Historia 18852.—Elda G. de M., 27 años.

Consulta por dolor en hemi-vientre inferior irradiado a ambas F. Amenorrea de 3 meses aproximadamente. Un parto único terminado con forceps hace 16 meses. Un aborto provocado hace 9 meses. Examen genital, cuello cerrado, útero grávido de 3 meses. F.S.I. doloroso. Douglas libre, temperatura 39° Penicilina, reposo, hielo.

Todo entra en orden a los tres días de su ingreso. Alta a los seis días. Pase a Policlínica.

Historia 18318.—Juana L., 24 años.

Ingresa el 28 de marzo de 1951, con un cuadro agudo de F.I.D. con reacción peritoneal y es operada por apendicitis. Abierto el peritoneo sale líquido sero hemático. Se extirpa el apéndice que no es responsable del cuadro clínico, la exploración dice la historia de los órganos genitales por la incisión de Mac Burney es negativa y el cirujano piensa en una apoplejía folicular.

Reingresa en julio de 1951, y hacemos diagnóstico de endo y perimetritis. Tratamiento médico, curación clínica.

Reingresa dos años después por dolor hipogástrico y amenorrea de 2 meses. Al examen genital encontramos útero grávido de 2 meses, de movilidad limitada por el dolor y una sensibilidad provocada francamente por estiramiento de adherencias.

Después de 20 días de tratamiento habitual se constata que han desaparecido los dolores y se va de alta con su embarazo en evolución.

Historia 18597.—María E. D. de B., 32 años.

Ingresa el 6 de agosto de 1951, por dolor de bajo vientre, con localización a derecha y amenorrea de 3 meses. Análisis normales. Tres partos a término y dos abortos provocados, el último hace 5 meses. Examen genital, útero grávido de 3 meses con gran sensibilidad al nivel del cuerno uterino derecho por probable implantación ovular y distensión a ese nivel.

Tratamiento habitual. A los 10 días alta en condiciones normales.

Historia 17790.—Amanda G. D., 23 años.

Antecedentes (1951) Cervicitis, ooforitis D. y Salpingitis I. el 14 de diciembre de 1951.

(24-II-53). Reingresa por gravidez de tres meses y dolores continuos en F.I.D. Examen genital: útero grávido de 3 meses, F.S.D. muy sensible sin que se pueda apreciar masa anexial, F.S.I. y P. libres. Enema de láudano, reposo, hielo. Curación.

Historia 19978.—Luisa B. 20 años.

Ingresa (8-IV-53). Antecedentes: Un parto a término hace 3 años, después varios abortos espontáneos. (RH) (RWH^s). Glóbulos rojos: 2.400.000. Hemoglobina 42 %.

Ingresa por dolores continuos en F. I. D. con irradiación al muslo derecho. Ultima menstruación el 4 de agosto de 1953.

Examen genital: cuello reblandecido, útero con los caracteres de una gravidez incipiente. F. S. D. al nivel del cuerno uterino se aprecia dolor exquisito, F. S. L. I. y P. libres.

Hielo, reposos, transfusiones y tratamiento general de la anemia.

Permaneció un mes en el Servicio. Cesaron rápidamente los dolores. Mejoró de la anemia y continúa su embarazo.

CLINICA PRIVADA

Venus R. de R. 28 años. Primigesta.

Antecedentes: apendicectomía. Ultima regla normal el 8 de junio de 1950. Consulta el 26 de julio por un accidente peritoneal, muy doloroso, que tuvo lugar pocos días antes y que aún no ha desaparecido. Del examen genital, dificultado por el dolor, se aprecia: vulva y vagina congestivas, útero al parecer en A. V. imposible de delimitar por la defensa hipogástrica, Douglas y fondos de saco laterales libres por tacto vaginal y vagino rectal.

Reposo, enemas de malvas, vigilancia y si no hay novedad volver a los 8 días. No tenía ninguna seguridad de que el embarazo fuera uterino.

Agosto 2.— Siguió bien, cesaron los dolores espontáneos, pero continúan los provocados por el examen, toda la pelvis es dolorosa, encuentro una masa más sensible en el F. S. I. Indico reacciones biológicas del embarazo, y vuelvo a plantear mis dudas sobre la ubicación del embarazo.

Agosto 10.— Reacciones biológicas positivas. En esos días es examinada por un excelente obstetra y amigo, y le aconseja internarse por las dudas, porque cree muy posible un embarazo ectópico.

En el examen, todavía no encuentro el útero libre sino un block difuso y doloroso a la menor movilización. Los fondos de saco siguen libres por tacto vagino rectal.

Indico practicar radiografías con neumoperitoneo. Con la feliz y eficaz colaboración del Dr. Mangarelli, se practican las radiografías y aquí aparecen las placas tranquilizadoras.

Después del 4^o mes de la gravidez, todo entra en orden, salvo ligero hidramnios en el 7^o mes. Parto normal, espontáneo el 11 de abril de 1951.

CONCLUSIONES

- 1) El enbarazo uterino que llamamos doloroso, no es porque el dolor se aprecie al comprimir el útero, sino cuando **se moviliza** el útero.
 - 2) Hacemos responsable de la etiopatogenia a las adherencias provocadas por operaciones anteriores; por procesos inflamatorios apagados.
 - 3) En algunos casos raros es la implantación angular del huevo la causa del dolor.
 - 4) Consideramos un signo de gran valor en el diagnóstico diferencial con el ectópico el hecho de encontrar sistemáticamente el Douglas libre.
 - 5) Hecho el diagnóstico correcto, el tratamiento es puramente médico.
-