
Sr. COORDINADOR. — Tiene la palabra el Dr. Manuel B. Rodríguez Rocha.

**LA PUNCION DEL DOUGLAS EN EL DIAGNOSTICO
DEL EMBARAZO ECTOPICO INTERRUMPIDO
CON HEMOPERITONEO**

**Prof. Manuel B. Rodríguez López
y Dra. Gladys Canale**

La punción del Douglas es sin disputa alguna el medio más eficiente y seguro del que el clínico puede valerse para confirmar o desechar el diagnóstico de un ectópico interrumpido que ha producido un hemoperitoneo, y cuya sangre, en parte se colecta en el Douglas. La ocupación hemática del mismo, sea de sangre líquida reciente extravasada o de sangre organizada está ofreciéndose al clínico, para mostrarse en la simple punción del fondo de saco vaginal posterior y no es perdonable dejarlo de lado, cuando es tan fácil su realización.

Sobre este importante medio de diagnóstico, muchas veces ya nos hemos ocupado en Congresos, en conferencias, en la cátedra,

y hoy volvemos a insistir en este IV Congreso Uruguayo de Cirugía, para darle al cirujano general y en especial al cirujano del interior el exacto valor que tiene este método de exploración, que creemos fundamental en el diagnóstico y del cual nunca se debe prescindir, y sobre el cual equivocadamente aún, muchos médicos manteniendo arcaicas ideas pretenden proscribirlo.

Hoy que se hacen punciones no solamente de cavidades, sino también de vísceras nobles, no vemos el motivo por el cual se ataca infundadamente la **Punción del Douglas**, creando en algunas circunstancias confusión sobre su práctica.

Insistimos que la **Punción del Douglas**, es anodina. La experiencia ajena de miles de casos, entre los cuales podemos puntualizar la de una autoridad mundial como es la de Hinsselman, que punciona Douglas aún libres de colecciones, como elemento importante en su **Prueba de azul de metilenc** para diagnosticar con sencillez la obstrucción tubárica en el diagnóstico de Esterilidad y que lleva más de 10.000 punciones practicadas sin ningún accidente. A todo esta ajena experiencia, está nuestra experiencia adquirida a través de muchos años de intensa y buena clínica. La efectuamos casi sistemáticamente, sin ningún temor, sabiendo que la enferma no corre ningún riesgo, y con la confianza que nos dá, el que nunca puede haber una complicación, por mínima que ella sea. Esto nos autoriza a aconsejarla como elemento práctico, diríamos de rutina en los casos de "Colecciones del Douglas", con fines diagnósticos y principalmente como complemento del estudio clínico, en un cuadro de ectópico interrumpido, para confirmar o desechar la posibilidad del diagnóstico que habíamos efectuado, máxime cuando la clínica se presenta confusa.

Insistimos con énfasis que la "**Punción del Douglas**" **no tiene ningún riesgo**. Mientras que las otras punciones que hoy se practican habitualmente en clínica con otros fines diagnósticos, pueden tenerlo, a los cuales sin embargo no se les dá ninguna importancia. Nos referimos a las punciones de órganos, como hígado, bazo, etc. o a las punciones de úteros grávidos, que creemos también anodinas, a pesar de que pueda haber posibilidades de puncionar las placentas, para llegar a la cavidad ovular o de puncionar accidentalmente el niño contenido en el interior del huevo, en partes que pueden ser importantes. Sin embargo esta punción que es conceptuada riesgosa por autores extranjeros, en nuestro medio no está conceptuada así, y nosotros mismos la reputamos

sin mayores riesgos cuando la hemos practicado, para efectuar una inducción por el método de Aburel, o cualquier otro método de inducción del parto, cuando se eligen los métodos que buscan provocar excitaciones intraovulares con este fin o cuando la hemos practicado, para diagnosticar el sexo del feto contenido en la cavidad uterina.

Traemos estos ejemplos, para ubicar a la **Punción del Douglas** como la más anodina de todas las punciones que se practican con fines diagnósticos o experimentales. Si es anodina, si es simple, si no tiene riesgo, no vemos el motivo que tienen los que atados a viejos conceptos la atacan sistemáticamente o la proscriben por creerla peligrosa o innecesaria. Nosotros creemos que es inocua en cuanto al peligro que ella puede acarrear y que es siempre necesaria, que dá un dato más, que confirmará una presunción diagnóstica, principalmente en el ectópico. A veces dá ella el elemento fundamental para desechar el diagnóstico clínico, evitando así, una operación inútil, innecesaria y a veces peligrosa, cuando sin esta pequeña maniobra de la punción se hubiera tenido que intervenir.

Todos sabemos como el ectópico interrumpido es proteiforme en sus manifestaciones semiológicas y cómo él puede simular cualquier afección de la cavidad abdominal y cómo él a veces se disimula bajo cuadros clínicos que orientan hacia un falso diagnóstico. Es por ello, volvemos a insistir, que aprovechamos este Congreso Uruguayo de Cirugía para afirmar la jerarquía de la **Punción del Douglas** como elemento diagnóstico confirmatorio o no, del ectópico clínicamente diagnosticado. Y para dejar sentado de una vez por todas en nuestro medio que la **Punción del Douglas**, es fácil, no es peligrosas y es sencilla en su ejecución y que no debe prescindirse de ella entre los elementos de diagnóstico, cuando se está en el planteo diagnóstico del ectópico interrumpido.

Dejando pues sentado este principio que para nosotros es fundamental, que es necesario que quede de una vez por todas así jerarquizado y así incorporado a los elementos de diagnóstico, en los ectópicos interrumpidos, vamos a encarar el problema diagnóstico del ectópico interrumpido, en cuanto a **Punción del Douglas** se refiere, como elemento de diagnóstico y el valor que esta punción tiene, afirmando el hemoperitoneo o negándolo, para confirmar el diagnóstico de ectópico interrumpido cuando el hemoperitoneo exis-

te como elemento semiológico de esa interrupción del embarazo extra uterino.

Y así como principios fundamentales para que la **Punción del Douglas** tenga todo su valor y sea exacta como elemento de diagnóstico, es necesario no olvidar ciertos hechos fundamentales para no errar en la punción o para no hacer que esta punción que tiene un fin confirmatorio de la existencia de un hematocele, pueda llegar mal interpretada o mal ejecutada a hacer errar o equivocar al clínico.

Técnica de la Punción del Douglas

Lo primero que debemos hacer es dar las normativas de cómo debe hacerse la punción; desde el empleo de la jeringa hasta el lugar exacto en que debe puncionarse y cómo debe puncionarse.

1° Hay un hecho que no debemos olvidar; la jeringa además de estéril debe estar seca. Podría estar humedecida con agua estéril o suero, pero nunca utilizarse jeringas mantenidas en alcohol, porque este elemento que a veces queda en una pequeña proporción en la jeringa puede coagular sangre normal, que accidentalmente ha sido extraída, al puncionar un vaso en una punción mal efectuada o mal orientada.

2° Debe emplearse una aguja larga, de punción raquídea, que adapte bien a la jeringa, para poder crear en el cuerpo de la jeringa, el vacío necesario para extraer la sangre del hemoperitoneo, si éste existe. Esta aguja debe ser más bien gruesa, debe estar desobstruida. Siempre debe comprobarse la permeabilidad de la misma porque muchas veces puede accidentalmente estar obstruida por un elemento extraño o por alguna sustancia que se ha carbonizado en la esterilización, etc. De manera que, jeringa y agua estéril, comprobada en su buena adaptación y en su buen funcionamiento de aspiración eficaz.

3° **Lugar de la punción:** Debe ser en la línea media y en la cúpula del fondo de saco posterior a dos centímetros por detrás de la inserción vaginal en el cuello. La enferma está colocada en posición ginecológica.

Este fondo de saco vaginal posterior se expone ampliamente tomando con una pinza de garfio el tercio posterior del cuello, con la cual se va a traccionar el tercio hacia arriba y hacia afue-

ra, deprimiendo al mismo tiempo con una valva adecuada, la pared vaginal posterior y el periné. Con esta maniobra se presenta el fondo de saco posterior ampliamente.

La punción del fondo de saco posterior en algunas circunstancias es fácil efectuarla en posición genupectoral, sorprende como se presenta el fondo de saco vaginal posterior en toda su amplitud con esta posición, solo deprimiendo la pared posterior y el periné con una valva. Por ello es que llamamos la atención en ese sentido para cuando fuera necesario tener amplia exposición del Fondo de saco posterior por el cual abordamos al Douglas.

Expuesto el fondo de saco, se desinfecta éste con mercurio cromo y se introduce la aguja hacia la colección o hacia la masa del hematocele que habíamos localizado por el tacto combinado. Recién entonces cuando el clínico tiene noción que la aguja está dentro de la colección o de la masa a investigar, aspira. Puede sacar sangre y esta sangre puede ser de colección o puede ser sangre que accidentalmente se ha extraído de una punción vascular; aunque rara esta procedencia, es posible.

Cuando la **punción es positiva**, se hace diferenciación de sangre colectada o de sangre accidentalmente extraída por punción vascular, porque en la primera, en la sangre colectada, si es reciente la colección la sangre no coagula, pero como en general es sangre con más o menos tiempo de colectada, es generalmente negruzca y tiene pequeños coágulos en suspensión. Esto es patognómico de sangre colectada, siempre que se haya empleado una jeringa seca o húmeda, pero donde no haya alcohol o líquidos capaces de coagular rápidamente la sangre que se extrae: el microcoágulo es elemento primordial de certificación de punción positiva.

De manera que puede haber en una **punción positiva** dos posibilidades; que sea realmente una **punción positiva verdadera** o **falsamente positiva**.

Cuando la **punción es negativa**; ésta puede ser negativa porque no exista la colección sanguínea, cualquiera sean sus características, o porque existiendo esta sangre colectada, no puede llegar al cuerpo de bomba de la jeringa que aspira, porque la aguja no cayó en la colección o porque la aguja está tapada. Pueden pues existir también en la punción negativa dos posibilidades; que la punción sea **francamente negativa** o **falsamente negativa**.

Si tenemos la seguridad de que la aguja estaba destapada, cosa primordial antes de hacer la punción y que la sangre no llegó porque la aguja está fuera de la colección hemática, se rectifica por tacto combinado el sitio exacto de la colección, se dirige la aguja de la punción hacia ese sitio, y en general si existe sangre, se retira negruzca, no coagulable, con pequeños microcoágulos. Otras veces no sale sangre a pesar de estar ella en la colección sanguínea, porque un coágulo en la aspiración se ha introducido en la luz de la aguja y la ha obliterado. En ese caso retiramos previamente la jeringa de la aguja, para sacar la aguja sola, sin que en la extracción pueda haber aspiración de sangre de los sectores que la aguja atraviesa. Luego conectando la jeringa en la aguja, con el émbolo desplazado, se proyecta aire hacia afuera sobre una gasa y entonces el microcoágulo es expulsado, viéndose francamente en la gasa que lo recoge. Basta un pequeño coágulo en estas condiciones para afirmar la colección sanguínea, es decir que estamos dentro de una punción falsamente negativa, porque la sangre no había llegado al cuerpo de la jeringa a pesar de existir la colección y la aguja estar sumergida en ella, por habérselo impedido el coágulo obliterante, pero la existencia de este microcoágulo dá la positividad de la punción.

A veces es necesario guiar la aguja, después de haber atravesado la vagina, con los dedos que tactan, para dirigirla hacia la localización de la colección; maniobra que a veces la empleamos cuando fracasamos en una punción y tenemos seguridad que existe sangre colectada y que nos hemos caído en la zona de colección.

Otras veces la punción es negativa, porque evidentemente no hay colección líquida: es la punción francamente negativa. Conviene dar aquí al mismo tiempo un consejo práctico. Cuando la punción es negativa, al retirar la aguja conviene desconectar la jeringa de la misma, para que al efectuar su extracción no vaya a aspirar sangre del trayecto tisural que ella recorre, en especial de la vagina. Podría esta pequeña cantidad de sangre aspirada por la jeringa, confundir al clínico.

Hay una táctica o técnica de punción del Douglas que a veces el clínico debe conocerla para utilizarla en el caso de que la enferma no convenga trasladarla a la mesa de examen. Es la punción en el lecho de la enferma sin emplear ningún instrumento, ni exponer el fondo de saco posterior. Esta sencilla técnica es la siguiente. Se toma una larga pinza de curaciones

y con ella se toma un grueso tapón de algodón o gasa; se embebe en mercurio cromo y con la enferma acostada en el lecho y con sus miembros inferiores flexionados para exponer la vulva y el introito vaginal: un ayudante entreabre la vulva y a través del introito se introduce el tapón de algodón impregnado de mercurio cromo, hasta los fondos de saco vaginales. Con esta maniobra se desinfecta toda la vagina y el cuello. Luego al retirar el tapón se desinfecta la vulva. Este es el momento en que el que va a practicar la punción, el operador cuyas manos están enguantadas con guantes estériles lleve la aguja de punción raquídea entre sus dedos índice y medio extendidos, como se hace para efectuar un tacto, llegando hasta el fondo de saco posterior, localizando la colección. En este momento el dedo pulgar de la otra mano, empuja la aguja, para que ésta se introduzca en el Douglas. Luego dejando la aguja introducida allí retira sus dedos, que han orientado la punción y adaptando la jeringa, aspira.

Otro hecho importante que queremos destacar, es que pueden repetirse las punciones sin ningún inconveniente.

A continuación exponemos un cuadro que muestra de manera esquemática, las posibilidades que puede dar la punción, confirmatoria a veces, no confirmatoria otras del diagnóstico de ectópico interrumpido que habíamos efectuado. En alguna ocasión también se tiene la sorpresa de que la punción nos da otro diagnóstico, con lo que, esta punción corrige el diagnóstico clínico; por ejemplo en el caso en que pensado en una colección sanguínea, la punción nos objetiviza una colección purulenta, etc., etc.

Al terminar esta comunicación, que es además un alegato sincero en favor de la **punción del Douglas**, tenemos la imperiosa necesidad de aconsejarla ampliamente y defenderla contra los que la atacan sin fundamento alguno.

PUNCION DEL DOUGLAS

(Elemento importante en el diagnóstico del ectópico interrumpido)

Punción positiva	Positiva verdadera	La sangre extraída, tiene todos los caracteres de la sangre colectada, negruzca, no coagula, tiene microcoágulos.
	Positiva falsa	La sangre extraída es de una accidental punción vascular en la maniobra. La sangre tiene los caracteres de sangre de extracción reciente. Sangre roja, o ligeramente oscura. Coagula rápidamente y no tiene microcoágulos en suspensión.
Punción negativa	Negat. verdadera	No llega sangre a la jeringa a pesar de todos los requisitos de la maniobra correctamente efectuados y estar la aguja en el Douglas y en la colección que se sospechaba hemática, pero que no lo es.
	Falsa negativa	No llega sangre a la jeringa por no estar la aguja en la colección o por estar la aguja obstruida: desde antes de la maniobra o por taparse con un microcoágulo en la maniobra de aspiración.

Puede existir una punción positiva pero retirar líquido que no es sangre. En este caso a pesar de ser positiva la punción, debe considerarse negativa con respecto al diagnóstico de ectópico interrumpido, pues el líquido retirado al no ser sangre, excluye el hemoperitoneo. Puede este líquido retirado ser pus, líquidos puriformes, hemáticos, etc.