

Sr. COORDINADOR. — Tiene la palabra el Dr. Moisés Rearden.

TRABAJO DEL SERVICIO DEL PROF. L. P. BOTTARO

CONTRIBUCION AL TEMA OFICIAL DE EMBARAZO ECTOPICO

Dr. Moisés Rearden

Nuestra breve contribución al tema tratado se refiere a los datos tomados de las historias clínicas de los últimos 8 años (1946-1953) de la Clínica Ginecológica del Ministerio de Salud Pública, Servicio del Prof. Luis P. Bottaro, a cargo del Dr. Ernesto J. Tarigo.

Surge de la observación de unos 100 casos debidamente controlados, teniendo por finalidad puntualizar algunos aspectos del problema

En la etapa diagnóstica en general, no existió dificultad contándose sin embargo un porcentaje de 5% en que el mismo fué dudoso, apenas sospechado; o bien surgió del acto operatorio. Es de hacer notar que en esta Clínica no se recurre sino por excepción a la punción diagnóstica del fondo de saco de Douglas, por lo tanto se basa en general en la apreciación clínica; y ese porcentaje de errores está perfectamente justificado por la proteiforme expresión de muchos casos de embarazos ectópicos. Se puede afirmar que no existe gran dificultad en la orientación diagnóstica para clínicos de experiencia.

En las manifestaciones clínicas se ven los variados aspectos, desde la hemorragia aguda cataclísmica aunque poco frecuente,

hasta la manifestación larvada que lleva al acto quirúrgico con diagnóstico presuntivo o aún erróneo.

Sin embargo a pesar de la poca frecuencia de hemorragias graves, debe primar el concepto de que: "embarazo ectópico diagnosticado debe ser inmediatamente operado", para no exponer innecesariamente a riesgos de hemorragias graves a las enfermas.

En el aspecto vital todos los casos han evolucionado favorablemente, siendo la mortalidad 0 por ciento; tanto en los casos obtenidos en observación por dudas diagnósticas que han requerido más de una vez intervenciones de urgencia por hemorragias graves; como en los que llegan a la consulta por cuadros similares.

La evolución post operatoria ha sido normal con algunas pequeñas incidencias sin importancia en reducido número de casos.

Las directivas terapéuticas se pueden resumir en dos palabras: **cirugía conservadora**, valorando en sus justos términos las glándulas gonadales femeninas que deben ser conservadas siempre, salvo que en el acto operatorio surja una indicación precisa para su extirpación parcial, uni o bilateral. Igual procedimiento sobre la vía canalicular opuesta, que se conserva con o sin tratamiento para mejorar su estado funcional, pudiendo sin embargo llegar a estar indicada su resección por múltiples factores patológicos y aún por factores sociales (múltipatas, obreras, etc.) y más cuando existe agregado a esos elementos de juicio un pedido expreso de la paciente.

Puede tener interés puntualizar, que en la técnica quirúrgica se utiliza siempre la incisión de Pfannenstiel sin que ello signifique desconocer la urgencia de llegar al foco hemorrágico y cohibirlo; presentando esta incisión grandes ventajas para el futuro de las enfermas.

En lo que nos es personal, y quizás por tratar muchas enfermas de problemas de infertilidad por factor canalicular tubárico. —ya que actuamos a cargo de la Sección "Estudio de la concepción y sus Trastornos" de la clínica Ginecotocológica a cargo del Prof. J. J. Crotogini—, realizamos siempre que sea posible resecciones parciales de la trompa afectada con formación de neo-boca, lo que agregado a una toilet cuidadosa y a la anteposición del útero, nos permite en general aumentar las chances de integridad canalicular en esas mujeres, que en un alto porcentaje arrastran un problema de infertilidad.

Y tiene mayor interés puntualizar esta orientación si recordamos algunos casos de enfermas estériles a quienes en el curso de un embarazo ectópico se les ha practicado la Salpingectomía total bilateral con carácter preventivo en trompas afectadas, creando un problema de muy difícil solución.

Sobre localización los hechos particulares anotados en estos 100 casos, son dados por la existencia de un segundo embarazo ectópico intra peritoneal al parecer primitivo, historia 18808, en una enferma operada 1 año antes por embarazo ectópico tubario con técnica de Anexectomía, y encontrándose en el 2º embarazo ectópico la trompa sana y libre con el hematocele localizado en la zona de la Anexectomía junto a la cara posterior del útero. En dos casos se repitieron los embarazo ectópicos en la trompa opuesta, siendo practicadas en ambos casos la Salpingectomía total a pesar de ser enfermas estériles: jóvenes, sin hijos.

Finalmente otra localización particular lo constituye un embarazo ectópico ovárico, historia 17857, que permite la individualización fetal radiológica en zona del Douglas y al acto operatorio se encuentra rodeado de una cápsula constituida por el ovario con taje, intentando la rehabilitación de esa vía canalicular con forma infértil por ser abortadora habitual.

En resumen: nos interesa con carácter fundamental puntualizar la orientación terapéutica donde se deben valorar todos los elementos presentes en cada caso: fertilidad, número de hijos vivos, deseo de tener nueva descendencia, estado biológico de la madre, aspecto médico social, para poder adaptar una correcta orientación terapéutica frente a un balance global del problema.

En los casos relativamente frecuentes de infertilidad creemos se debe realizar cirugía conservadora al máximo con **resección parcial de la trompa afectada**, lo que resulta posible en alto porcentaje intentando la rehabilitación de esa vía canalicular con formación de neo-boca que se completará con toilet cuidadosa y anteposición del útero completando con insuflaciones en el post-operatorio; además de tratar la posible lesión de la trompa supuesta sana.