

Sr. COORDINADOR. — Tiene la palabra el Dr. Mendel Dulman.

ESTADÍSTICA DEL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA DE LA
CLÍNICA GINECOTOCOLÓGICA DEL PROF. JUAN J. CROTTIGINI

EMBARAZO ECTOPICO

Dr. Méndel Dulman

Periodo comprendido entre los años 1946 al 1953, inclusive.

INTRODUCCION

Motivo de la publicación: Como forma de contribuir a este 4º Congreso Uruguayo de Cirugía, teniendo en cuenta la importancia que el problema presenta también para los cirujanos generales, sin olvidar desde luego los del Interior del país.

Interés estadístico: Hemos preferido desarrollar los principales datos estadísticos, para objetivar la experiencia acumulada en la Clínica, durante 8 años.

Desde el año 1946 al 1953 inclusive se internaron 7819 enfermas de las cuales fueron intervenidas quirúrgicamente 4.400, es decir el 56.28 %. De las operadas el 3.36 % correspondieron a E. Ectópico.

Del total de internadas 1.89 %.

El total de internadas y operadas con diagnóstico de E. Ectópico fueron: 148 enfermas, cuyos ingresos se efectuaron:

Año 1946: 21.	Año 1950: 27.
Año 1947: 14.	Año 1951: 14.
Año 1948: 13.	Año 1952: 20.
Año 1949: 12.	Año 1953: 27.

Es decir que el término medio de E. Ectópicos anuales es de 18.5.

Con respecto a los meses en que notamos mayor incidencia, totalizando las enfermas de todos estos años y de acuerdo al mes de su ingreso e intervención, encontramos los siguientes datos:

Enero	17	Julio	10
Febrero	18	Agosto	14
Marzo	15	Setiembre	13
Abril	10	Octubre	9
Mayo	11	Noviembre ...	8
Junio	9	Diciembre	14

Efectuando una gráfica notamos que el mayor número de casos fueron en los meses de enero y febrero.

EDADES

Predominar notablemente y en forma más o menos igual las enfermas en el segundo y tercer decenio de la vida, como era lógico esperar.

De 15 a 19 años:	2.77 %	De 30 a 39 años:	41.44 %
De 20 a 29	48.61 %	De 40 a 49	4.16 %

Antecedentes ginecológicos

Llaman la atención los antecedentes inflamatorios habiendo presentado las enfermas:

Flujo:	54.54 %	Ectópicos anteriores:	10.60 %
Anexitis:	28.78 %	Metrorragias:	6.06 %

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

Predominan las historias de abortos, sobre todo los provocados, como se puede ver a continuación:

Sin embarazos antrs.:	16.90 %	Con abortos espont.:	33.80 %
Con abortos provoc.:	47.88 %	Tratadas por esteril.:	1.40 %

El estudio de la anamnesis menstrual nos muestra que en un total de 93 casos, en 43 no hubo alteración. Los 55 E. E. restantes se distribuyeron así:

Atrasos menstruales hasta de 40 días	19 enfermas
" 50	25 "
2 meses.....	9
	2

La historia 40873 nos cita un E. E. aparecido durante una amenorrea post-parto. (9 meses de amenorrea).

REACCIONES BIOLÓGICAS

Las reacciones biológicas fueron efectuadas en los casos de diagnóstico dudoso. Sólo hacemos figurar historias en las que se efectuaron simultáneamente Galli Mainini y Ascheim y Zondek:

Galli Mainini 13... 9 positivos, 4 negativos
Ascheim y Zondek 13... 9 positivos, 3 positivos débiles y 1 ne-
[gativo.

Hemos efectuado tomas de endometrio con cureta de Novak. Aunque sólo ha sido efectuado en un pequeño número de casos creemos que no tenga mayor importancia ese estudio para finalidad.

DIAGNOSTICO

Reacciones deciduiforme:	4
Endometrio en proliferación:	4
En secreción:	1
Endometritis:	1

Dentro de los métodos clínicos de diagnósticos utilizamos en una forma sistemática, salvo en los casos de evidencia indiscutible, la **punción del fondo de saco de Douglas**. Hemos obtenido resultados positivos en un 96.25 % de los casos y negativos 3.75 %.

Localización de la lesión

En el examen de las lesiones, comprobamos las localizaciones:

Tubaria derecha:	68.
Tubaria izquierda:	59.
Ovárica:	1.

es decir, que las localizaciones tubarias fueron más o menos iguales a derecha y a izquierda.

Es llamativa la Historia N^o 34709, que se refiere a un Hematosalpinx doble.

Dentro de la localización tubaria, predominan netamente la istmica y ampular.

Los porcentajes que obtuvimos fueron:

Intersticiales	4,81 %
Istmica	49,39 %
Ampular	42,16 %
Pabellón	3,61 %

Las localizaciones ístmica y ampular totalizan el 91,55 %.

TRATAMIENTO: INCISIONES

Hemos preferido la incisión de Pfannenstiel sobre la Celiotomía mediana como puede verse a continuación:

Pfannenstiel:	108	73,5 %
Mediana:	39	26,5 %

De las cifras notamos que $\frac{3}{4}$ de las incisiones fueron de Pfannenstiel.

Como tratamiento quirúrgico se ha efectuado:

salpingectomía unilateral	92 casos	
" bilateral	12	Tomando cuerno uterino 4
" parcial	4	Tomando cuerno y fondo 2
" unilateral		
con ovariectomía parcial	— 7	"
anexectomía unilateral	12	"
anexectomía bilateral	1	"

Desde luego, el tratamiento de elección fué la salpingectomía.

Los casos en que hubo asociación con lesiones de tipo inflamatorio crónico quístico o tumoral motivaron el aumento de las exéresis.

Coincidiendo con las intervenciones por el embarazo ectópico en diez casos se efectuaron apendicectomía habiendo sido la evolución de los post operatorio favorables, salvo un caso (historia 40104) en el que se formó un absceso del fondo de saco de Douglas, que posteriormente evolucionó favorablemente.

En cuanto al tiempo de evolución citamos dos embarazos tubarios con fetos de tamaño que corresponderían a 3 $\frac{1}{2}$ meses de gravedad y otro de 4 $\frac{1}{2}$ meses (historia 37434).

Como errores de diagnóstico, en 4 enfermas del total de la estadística, se les había efectuado legrados evacuadores, con fines abortivos que posteriormente llegaron con cuadros claros de E. E. al Servicio.

Citamos las historias 38272 y 37219 que fueron roturas de cuerpo amarillo con hemorragia intra-peritoneal.

Dentro de las historias que nos llaman especialmente la atención, citamos:

Historia 36919: embarazo gemelar tubario

35933: además del proceso ectópico en la trompa derecha existía una gran infiltración sanguínea en el ligamento ancho del mismo lado.

40121: presentaba coincidentemente neumotórax.

Finalmente (historia 38124) que falleció al ser reoperada por cuadro de shock hemorrágico a las 12 horas de la 1ª operación.

En síntesis, sobre 148 casos de E. Ectópicos operados, fallecida 1 enferma.

El signo de Cullen Hofstaetter fué comprobado en dos casos de esta serie.

CONSIDERACIONES

Prof. JUAN J. CROTTOGINI.— La estadística presentada por el Dr. Mendel Dulman, abarcando los ocho años de funcionamiento de la Clínica Ginecológica bajo nuestra dirección, comprende 148 casos de embarazo ectópico, cifra ni extraordinaria ni despreciable, que permite sentar el criterio con que se enfocan entre nosotros, los distintos problemas planteados por afección tan proteiforme.

En un Departamento con casi mil ingresos por año, se intervinieron quirúrgicamente el 56.28 %, lo cual confirma la orientación médico-quirúrgica de la verdadera ginecología, correspondiendo al E. E., siempre de indicación operatoria, el 3.36 %.

En cuanto a la distribución cronológica, diremos que es muy común, por lo menos entre nosotros, la observación de verdaderas "rachas" de ectópicos.

Sin mayores particularidades para anotar en lo referente a edad de los pacientes, así como a los antecedentes inflamatorios de las mismas.

En cambio, parece algo elevada la cifra de 10.60 % de casos, en los cuales se presentó anteriormente otro E. E. (mal llamado recidivado).

De todos modos, esta cifra no invalida el criterio de tratarlos por salpingectomía simple, respetando la otra trompa, siempre que esté sana, sin temer demasiado un nuevo ectópico.

Los abortos provocados, que figuran en alto porcentaje entre los antecedentes, no deben sorprender, ya que es el más común a registrar, en medio hospitalario, para cualquier ginecopatía.

Fueron previamente tratados por esterilidad el 1,40 % de los casos, siendo conocido el hecho de ectópicos preferentemente después de diagnóstico y tratamiento del factor tubárico, lo que, desde luego, no debe desanimar ni hacer cambiar de rumbo en el enfoque de los problemas por esterilidad.

Referente a la ausencia de alteraciones menstruales en un número importante de casos, subrayamos que corrientemente las enfermas son malas observadoras y que muchas veces, un segundo interrogatorio, a posteriores, pone las cosas en claro.

En la Clínica se sustenta el criterio que las reacciones biológicas de embarazo deben practicarse en todos los casos dudosos; pero eso sí, la interpretación de las mismas será bien balanceada, siendo en muchas oportunidades, de real valor su resultado, incluso decisivo.

En nuestra opinión, es un recurso diagnóstico a emplear sistemáticamente en los casos dudosos; en cambio, las reacciones cuantitativas, nos parecen más de orden experimental o especulativo que de utilidad práctica en un servicio con abundante movimiento clínico.

El legrado con cureta de Novak, con ciertos riesgos sobre todo en embarazos uterinos, es infiel en su traducción microscópica, siendo de jerarquía diagnóstica práctica, poco importante.

En cambio sistemáticamente se hará el estudio histológico de los fragmentos expulsados espontáneamente, ("pellejitos", "membranas", etc.) así como de los moldes mucosos mayores.

Nuestra opinión es francamente favorable a la punción del fondo de saco de Douglas, creyendo se trata de un procedimiento de real valor práctico, con orientación diagnóstica. Desde luego que no ignoramos las argumentaciones en su contra, pero nuestro objeto es señalar criterios y no embarcarnos en discusiones.

Con la misma finalidad, decimos que en nuestra Clínica está prohibida la salpingografía como método complementario de diagnóstico.

La peritoneoscopia no es aconsejable y frente a la cudoscopia, por el momento por lo menos, preferimos la exploración laparotómica.

Debe decirse y repetirse, que la intervención es, en caso de duda, un importante medio también de diagnóstico y que excepcionalmente el ginecólogo se arrepentirá de explorar un vientre dudoso, con probabilidades serias de afección, capaz de matar.

En síntesis, si nos preguntamos la evolución en materia de diagnóstico del embarazo ectópico, en veinte años, contestamos que la clínica sigue siendo soberana, con buena historia y semiología cuidadosa, ayudada de la punción del Douglas y las reacciones biológicas de embarazo, siendo la intervención, en caso de persistir dudas, formalmente indicada. Este plan puede cumplirlo todo cirujano del interior de nuestro país, sin necesidad de clínica especializada bien montada y seguramente sin errar más sin curar menos que nosotros.

En el porcentaje de localización lesional, aparece un tanto elevado el 4,81 % de la variedad intersticial; debemos recordar que es necesario un examen macro y microscópico muy cuidadoso antes de poner tal etiqueta. Referente al tratamiento por vía abdominal siempre, no hay problema; la vaginal será, no para el ectópico, sí para ciertas complicaciones supuradas de algún accidente.

Sobre la incisión, aunque en nuestro medio somos mas partidarios que en otros del Pfannenstiel, dependerá de las circunstancias, entre las cuales sobre todo la urgente gravedad del caso y la inseguridad diagnóstica, inclinarán por la mediana infraumbilical.

Parece inútil decir que en la casi totalidad de los casos, la salpingectomía es perfectamente practicable y suficiente. Tal debe ser la orientación terapéutica, con variantes operatorias según el estado lesional de la pelvis.

En 10 casos se extirpó además del apéndice; sin estar totalmente convencidos aún de su beneficio en estas pacientes, es posible que en esta era antibiótica, se deba revisar el criterio clásico.

Este punto queda en espera de mayor material, antes de incorporarlo a las normas quirúrgicas de nuestra Clínica.

En cuanto a las salpingectomías parciales, (4 casos) deben ser del resorte exclusivo del especialista, ya que numerosos factores de distinto orden deberán ser pesados antes de ejecutarla.

A veces es mejor ignorar ciertos procedimientos y conformarse, lo que no es poco, con salvar una vida mediante la salpingectomía total.

El tratamiento puede ser diferido por diagnóstico erróneo en la forma clínica muy especial (4 casos) de maniobras uterinas pretendidamente abortivas; el celo clínico y la desconfianza deben llegar al máximo en estos casos generalmente más graves que lo común, por asociación infecciosa fundamentalmente.

El signo de Fofstaetter-Cullen, comprobado en dos casos, si aparece, bien; pero no perdamos tiempo en su búsqueda.

En un caso el ectópico era ovárico, reuniendo las condiciones indispensables, en una hermosa pieza operatoria, para ser catalogada como tal. (Publicado por el Jefe de Sala, Dr. E. Schaffner).

Nos parece fuera de lugar discutir la urgencia, la extrema urgencia y firme decisión, con que se deben operar los casos de inundación peritoneal sin preocuparnos del choc, suscribiendo las clásicas frases de "nunca es tarde para operar un ectópico" y "dejemos los perros y las teorías y operemos de urgencia".

Desde que la hemostasis está hecha y la sangre pasando, se gana la partida.

Por último, en este total de 148 casos, se perdió una enferma, lo que siendo muy de lamentar, no desmerece un resultado vital aceptable.

No nos extenderemos en más consideraciones, pretendiendo haber recalcado el criterio seguido en nuestra Clínica y las normas de cordura y mayor seguridad, fundamentalmente para el cirujano práctico, frente a una enfermedad común y de evolución mortal librada a sí misma.