

Sr. COORDINADOR. — Tiene la palabra el Dr. José A. Aguerre.

DIAGNOSTICO PRECOZ EN EMBARAZO ECTOPICO REITERADO

Dr. José A. Aguerre (Montevideo)

y Dres. Mario Pareja Piñeyro y Guillermo Bayarres (Las Piedras).

Nos ha parecido interesante comunicar a esta Seccional de Ginecología del IV Congreso Uruguayo de Cirugía, este caso de **Embarazo ectópico reiterado**, por tratarse más que nada de un caso práctico con características singulares.

El 23 de enero de 1946, recibimos en el "Sanatorio Dr. Luis P. Lenguas" del Circulo Católico de Obreros, a la enferma B. C. de B., de 33 años, enviada por su médico tratante, Dr. Pareja Piñeyro, de Las Piedras, con un cuadro de vientre. Su última menstruación había sido el 16 de diciembre y ya una semana atrás había comenzado con discretas pérdidas, cuando la amenorrea era sólo de **cinco días**, siendo observada por el Dr. Pareja durante 48 horas. Pulso 70-80 y dolor en bajo vientre, exacerbado a la decompresión. Pérdida discreta de sangre oscura. En la carta que envía el médico tratante **ya habla de diagnóstico de embarazo ectópico**, con útero grande y comienzo brusco. Se deja en observación y mejora, levantándose y efectuando quehaceres, pero siente de nuevo el día 28, fuertes dolores que obligan a ser más activos, decidiendo intervenir. La operación se hace con anestesia de Eter CO. Incisión de Pfannenstiel (Dr. Aguerre y Ptes. Valcarcel y Algorta). Numerosos coágulos negruzcos en el Douglas procedentes de un embarazo ectópico roto, situado en el pabellón de la trompa izquierda, yuxta ovárico. Al separar trompa de ovario éste sangra por lo que se hace anexectomía. Cierre por planos. Agrafes en la piel. Drenaje subaponeurótico con haz decrínes. Alta al 7º día. Presión arterial al salir de la mesa, 12-8.

Año y medio mas tarde, el 26 de julio de 1947, nos es enviada de nuevo, esta vez por el Dr. Guillermo Bayarres, colaborador del Dr. Pareja en la misma ciudad de Las Piedras, con la siguiente historia. Ultima menstruación el 30 de junio, (es decir, que todavía no ha cumplido un ciclo lunar) con caracteres completa-

mente normales. Bruscamente, sin más antecedentes que algunas molestias de tipo premenstrual, tiene en la madrugada fuertes dolores predominando en FID. Ingresa en estado lipotímico con presión arterial de 8-6½. Anemia conjuntival. Tacto muy doloroso, sobre todo al movilizar el útero. Fondos de sacos laterales y Douglas libres y menos dolorosos. Sin descartar la posibilidad de un nuevo embarazo ectópico (no hay amenorrea ni metrorragia) se piensa en apendicitis, aunque el cuadro parece de hemorragia interna, con 2.420.000 glóbulos rojos, 47 % de hemoglobina y 0.97 de valor globular. Previa transfusión sanguínea y bajo anestesia de Ciclopropano-Eter-CO2 (Pte. Caviglia) se efectúa incisión de Pfannenstiel resecando la cicatriz anterior (Drs. Aguerre y Ruiz Arce). Se encuentra hemorragia en peritoneo libre. Algunas adherencias epiploicas de la operación anterior. Rotura de embarazo tubario ístmico yuxta intersticial. Salpingectomía derecha. Resección de un trozo de epiplón. Cierre por planos. Agrafes y crin subaponeurótica. La presión arterial al final de la intervención era de 12-8 ½ y al día siguiente de 11-7. Se hicieron dos transfusiones de 500 cc.. Al 7º día la fórmula sanguínea era de 3.840.000 gl.r. 65 % de hemoglobina y 0.85 valor globular. Alta al 7º día.

Posteriormente nos ha consultado diversas veces por flujo, hipomenorreas, várices y frigidez. En junio de 1951 nos consultó por una amenorrea de dos meses con pérdidas oscuras que a pesar de todos los pesares, nos hizo hacerle una reacción de Friedmann, lógicamente negativa.

Este caso ofrece al comentario los siguientes puntos:

1º) La ventaja de pensar en embarazo ectópico toda vez que ocurra una amenorrea, por corta que sea, con dolor (el signo de Pouey-Stajano fué observado la primera vez) sobre todo si tiene los caracteres de frénico.* Importa menos que haya modificaciones pelvianas, a veces no constituidas aún como en el segundo episodio en que sólo hubo dolor (Signo de Mondor o grito de Prout). La primera vez no hubo mayor anemia ni caída ni ístmico, no así la segunda.

* En Francia, según de Saffont.

2º) La extrema precocidad de la rotura tubaria. Ya la primera vez era precoz, aunque nunca como la segunda, en que puede colegirse que por las fechas el embarazo roto era de diez días y no más. Se explica por la gran agresividad del trofoblasto y por la pobreza circulatoria de la región ístmica, el hecho de la rotura precoz. Por la vecindad uterina, la gran hemorragia.

3º) Como elemento de diagnóstico precoz, posible en el primer episodio, pudo haberse intentado el **diagnóstico radiológico** mediante histero-salpingograma, al sospechar la localización tubaria. Arnaldo de Moraes ha publicado en "Anais Brasileiros de Ginecología", Año IX - Vol. 17, Nº 5 (mayo 1944) dos casos de diagnóstico radiológico, luego de haber hecho un interesante estudio de conjunto con Jaime Rozado en "Obstetricia y Ginecología Latinoamericana", Año I - Nº 1, febrero 1943, con referencia a tres casos personales. En esos dos trabajos pueden leerse los detalles de técnica de que aquí hago gracia.

4º) La extremada rareza de la coincidencia del embarazo ectópico reiterado y la oportunidad de volver a discutir la intervención profiláctica, luego de la primera intervención.

Sobre estos puntos señalados podríamos abundar en consideraciones. Pero consecuente con el principio de considerar innecesario lo que ya ha sido bien dicho, sólo conceptúo útil señalar las fuentes donde pueden leerse con fruto los datos que se han aportado sobre estos tópicos: diagnóstico precoz, EE reiterado, signos radiológicos y fisiopatología de la rotura tubaria.

A los trabajos de Arnaldo de Moraes y Jaime Rozado ya citados, pueden agregarse, para discutir la oportunidad del diagnóstico radiológico, el de A. Campos da Paz F. "A Histerografía no diagnóstico da gravidez ectópica" ("Obstetricia y Ginecología Latinoamericana", Año III - Vol. III, setiembre 30 de 1945, pág. 704: que se pronuncia en contra del método. Y el de Joao Alfredo "Gravidez tubaria recidivante rota" (Anais Brasileiros de Ginecología", Año VII - Vol. 13, Nº 8, marzo 1949, pág. 209. También un estudio de A. Câmara y E. Paes Barreto ("Rev. de Ginecología e d'Obstetricia", Vol. I - Nº 2, febrero 1944, pág. 36), sobre "Diagnóstico precoce da rotura de gravidez tubaria", como elementos de la bibliografía brasileña sobre este tema.

En la bibliografía argentina podemos citar en las VII Jornadas Rioplatenses de Obstétrica y Ginecología, el trabajo de Silvestre Sala sobre "Embarazos ectópicos a repetición" en que estudia ese porcentaje de 5'4 de incidencia de este accidente reiterado, el que en su estadística es algo superior (8,8 %) aunque equidistante de los extremos descritos (entre 2 y 14 %). Señala también que la posibilidad de embarazo uterino después de un ectópico es diez veces superior a la de otro ectópico, lo que invalida la salpingectomía profiláctica. Juan León y Nino Castberg, se han referido a "Embarazo tubario incipiente no complicado". Ambos trabajos se han publicado en "Obstétrica y Ginecología Latinoamericanas" respectivamente en el Vol. V, Año V, N° 12, octubre 1948, pág. 654 y Vol. VI, Año VI, octubre 1948, pág. 477.

Conrado Zuckerman, de México, se ha referido a "Embarazo tubario incipiente íntegro" en la misma revista, Vol. IX, Año IX, enero-febrero 1951, pág. 28.

En cuanto a nuestro país ha sido un tema poco tratado, aunque todos tienen experiencia. De lo publicado hay una referencia en "Actas Ginecotológicas" del Ateneo de Clínica Obstétrica del Prof. Infantozzi, de los Dres. Ambrosoni y Alvarez, publicado en 1951. Fuera de ello, no recuerdo que en nuestra Sociedad Ginecotológica hayan sido expresamente tratados estos puntos de diagnóstico precoz y reiteración de E.E. por lo que creemos que este aporte a la casuística nacional debe ser tenido en cuenta.