

(Trabajo de la Clínica Ginecotologica del Prof. Manuel B. Rodriguez Lopez)

COMO DEBE MANEJARSE EL CIRUJANO EN EL ACTO QUIRURGICO DURANTE UNA OPERACION POR ECTOPICO INTERRUMPIDO

**Prof. Dr. Manuel B. Rodriguez López
y Dr. Homero Roig.**

Es indudable que la cirugía del especialista en el campo de su especialidad está más perfeccionada y va día a día superándose al empuje de nuevos fundamentales conceptos funcionales y biológicos. Estos perfeccionamientos tardan en general en llegar al cirujano general, desbordando éste por el amplio campo de la cirugía general por lo que muchas veces no pueden estar den-

tro del alto tecnicismo, del que enfoca el problema quirúrgico en un solo y limitado sector del mismo. Por ello estos Congresos Uruguayo de Cirugía, tienen un doble interés: reunir a los cirujanos del país y dar la oportunidad de oír y aprender de todos, cuando hay interés de aprender y cuando hay interés de enseñar.

Hoy estamos felizmente en un momento auspicioso y generoso y ésta nuestra generación médica, siente el placer de darse en extensión y profundidad, y cada uno de nosotros, que posea o conozca algo eficaz para luchar contra las enfermedades, con un sentir superior de su misión de médico, no retacea nada de lo que sabe, nada de lo que ha experimentado y ha conceptualizado beneficioso y eficaz.

Es por ello, que hoy trae la Clínica Ginecotocológica que yo dirijo, a este Congreso Nacional de Cirugía, la experiencia de sus integrantes, en un tema tan interesante como el del "Diagnóstico y tratamiento del embarazo ectópico". Es esta frecuente complicación en la patología femenina, la que obliga al cirujano general a intervenir para salvar una vida, que sin su acción operatoria y efectiva se extinguiría.

Entre lo que podemos puntualizar como aporte eficaz y práctico al relato que hace el Dr. Beloso, distinguido integrante de nuestra clínica, están por su valor práctico, algunos consejos que puntualizan conceptos fundamentales, para poder actuar con tranquilidad en el acto quirúrgico, para no ser más traumático que lo necesario y además para no hacer amputaciones innecesarias que pueden repercutir desfavorablemente en la fisiología de la mujer, dejando muchas veces en ella una pesada carga psíquica y una cantidad de complejos psicossomáticos difíciles de corregir y algunas veces imposibles de subsanar.

Vamos a hacer un enfoque esquemático de cómo el cirujano puede ver un panorama distinto en el campo operatorio, según sea la interrupción del ectópico en el curso de los primeros meses, como es frecuente, o que accidentalmente está obligado a intervenir un ectópico a término o casi a término, es decir, de los últimos meses de esta gravidez, cosa ésta muy rara, pero cuyas normativas fundamentales es necesario encarar. Tomamos como ejemplo por ser el más frecuente el ectópico tubárico y poder esquematizar así el tema en el enfoque práctico que queremos darle.

Cuando el ectópico se interrumpe en los primeros meses surge la indicación operatoria y puede ésta tener modalidades distintas:

a) El ectópico interrumpido con gran cuadro de hemorragia interna a gran anemia, como sería el tipo de la hemorragia cataclísmica de Barnes, donde al abrir el vientre el cirujano lo encuentra inundado de sangre.

b) El ectópico generalmente pequeño, que al interrumpirse, da habitualmente una menor cantidad de sangre líquida o coágulos recientes.

c) Frente a estas interrupciones recientes del ectópico está la que se diagnostica tardíamente, dando tiempo a la sangre que se ha extravasado llene el Douglas y por su fibrina adhiera las vísceras conglomerándolas. Entre estos casos extremos hay toda una gama de cuadros clínicos que podríamos esquematizar en la siguiente forma.

a) El ectópico ampular interrumpido, dando solamente un hematosalpinx;

b) El ectópico interrumpido dando un hematosalpinx y un hematoma peri-tubárico conglomerando los anexos del lado afectado;

c) El ectópico interrumpido que da un hematosalpinx y un hematocele más o menos importante.

d) El ectópico interrumpido que dando la ruptura de la trompa, origina un hemoperitoneo que llena la pelvis, ocultando en ese conglomerado de coágulos, fibrina y el epiplón, las vísceras y útero, sea recientemente formado o datando de largo tiempo.

e) El ectópico interrumpido que da la inundación peritoneal, originando el cuadro cataclísmico de Barnes.

Todos estos cuadros tienen un importante interés desde el punto de vista de la **táctica operatoria; solo aspecto a que nosotros nos vamos a referir**. Así veremos la importancia de un pequeño gesto operatorio, y la necesidad de tener el concepto funcional exacto de lo que vale el aparato genital interno de la mujer.

Nos vamos a referir deliberadamente volvemos a repetirlo a los ectópicos interrumpidos en los primeros meses, a localización tubárica, por ser lo más frecuente, casi podríamos decir, porque ellos son los que prácticamente siempre se encuentran en causa, por ser excepcional el ectópico ovárico y excepcional

también el ectópico abdominal interrumpido en los primeros meses.

Enfocado el tema en este aspecto de la cirugía del ectópico interrumpido en los primeros meses, veamos cuáles son los consejos a dar, para que el acto quirúrgico, sea más simple y poder ser más eficaces y más seguros durante la intervención.

Lo primero que ha de hacer el cirujano, es orientarse rápidamente en el campo operatorio y para ello es un precepto clásico, pero que no debemos cansarnos de repetir, que hay que ubicar como centro de los movimientos operatorios, gestos o actos quirúrgicos a el útero, que es la llave que da al cirujano, la noción exacta donde él se mueve. Esto es una importante noción topográfica, sin la cual el cirujano se pierde, puede ser agraviante involuntariamente y además puede llegar en un gesto simple a crear una complicación seria. Insistimos en esto, porque hemos visto operaciones simples, que se han complicado o se han vuelto dificultosas por no tener presente los elementos básicos y fundamentales, que nosotros creemos que siempre deben primar y centrar los movimientos quirúrgicos.

En este aspecto, debemos también subrayar que el cirujano debe una vez localizado el útero, que a veces está libre, como en el caso del ectópico en el **"Cuadro cataclísmico de Barnes"**, pero otras veces está más o menos adherido a procesos inflamatorios o en el conglomerado hemático envejecido, tomarlo para movilizarlo fácilmente. Y esta prensión todavía hay quienes la efectúan usando el histerolabo, instrumento siempre traumático, cualquiera sea el modelo, aún el más aparentemente suave, y que nosotros hemos completamente irradiado de nuestro instrumental quirúrgico. Hemos visto con estos instrumentos serios traumatismos, debido a que el útero por su gravidez y por estar sumergido en un ambiente sanguíneo, se hace extremadamente friable. Otras veces hemos visto pinza: los anexos, colocando en ellos una pinza prensora, para usarlo como elemento movilizador del útero, con el riesgo de que la pinza de anillo que generalmente se emplea para esta maniobra, pueda hacer estallar el cuerpo amarillo de la gestación. Este elemento, de una gran riqueza sanguínea puede, desconociéndose la rotura, ser fuente de graves hemorragias post operatorias, que obligan a reoperar y mismo aún pueden las mujeres perder la vida por esta complicación. Hay que saber que el cuerpo amarillo, por la riqueza de sus ca-

pilares no tiene tendencia a hemostasiarse espontáneamente cuando él se ha desgarrado, por lo que la hemorragia es continua, persistente y acaba por vaciar a través de las pequeñas brechas hemorrágicas un gran volumen de la masa sanguínea, que en límites extremos puede llegar a ser mortal.

Otra complicación a que puede dar lugar el pinzamiento de los anexos y la tracción de los mismos para movilizar el útero, es el desgarro de la trompa, con desgarros de los vasos de su meso, complicación ésta que a veces es enojosa, por la dificultad de hemostasia que puede crear. Y aquí hay que tener presente un hecho: la trompa y su meso por la acción de la sangre en el cual se encuentra sumergida, se edematiza y se ponen excesivamente friables, tanto que sorprende para quien no está habituado y no piensa en esta posibilidad. De tal manera pues que debe pros- pinzamiento de la parte interna de los tres alerones con pinza de cribirse en absoluto el pinzamiento anexial. Podría hacerse un aro, pero sólo de manera pasajera. Mientras el cirujano ubica bien los elementos sobre los cuales tiene que actuar.

Hay dentro de los elementos que integra el aparato genital femenino, uno que no sufre ninguna influencia en cuanto a disminución de su resistencia y a sus características anatómicas en el ambiente hemático del ectópico que es el ligamento redondo. Es tomando estos ligamentos con una pinza de aro, que el cirujano puede movilizar el útero a voluntad, sin que la tracción traumate para nada ningún sector del aparato genital.

Hemos insistido pues, en un hecho fundamental de gran importancia al cual queremos en este momento darle un alto valor. Nos referimos a la localización fundamental, llave y clave de los movimientos operatorios del cirujano en cualquier operación ginecológica, que es la localización uterina. Por ella vamos después de acuerdo a los conceptos topográficos de la región y a las localizaciones y relaciones de las vísceras que muchas veces están desplazadas y aún ocultas en los conglomerados hemato-visceral, a ir al encuentro del anexo que tiene la localización gravídica ectópica para actuar sobre él.

Frecuentemente el conglomerado o hematoma peri-tubárico engloba también el ovario, dando una masa hemática en donde están sepultados la trompa y el ovario, y es frecuente ver al cirujano hacer la excéresis del anexo, sacando innecesariamente un ovario de tanto valor en el equilibrio hormonal de la mujer. Hay

que tener el concepto fisiológico fundamental de que hay que respetarlo al máximo, por circunstancias que no hay necesidad de aclarar. Sobre esto insistimos siempre, hay que desbrozar en esa masa hemato-visceral, desprendiendo los coágulos para separar el ovario de la trompa, cosa que se consigue siempre. Una referencia importante en esta maniobra es localizar el pedículo ovárico para desde allí ir a la glándula que se desprende a dedo o a gasa, fácilmente de la trompa, adherida por la fibrina del hematoma peri-tubárico, adherencia que en los ectópicos interrumpidos de larga data es más difícil que en los recientes.

El cirujano debe actuar no perdiendo de vista los tiempos fundamentales y que podemos esquematizar así:

1º.— Localización del útero.

2º.— No pinzar los anexos.

3º.— Tomar los ligamentos redondos cerca del cuerpo uterino con pinzas de aro, para así poder movilizar el órgano, de acuerdo a las exigencias operatorias del caso.

Luego de estos tiempos, localizado el anexo enfermo y expuesto éste en el campo operatorio, entonces hay necesidad de reseca la trompa enferma, salpingectomía ésta que debe hacerse ligando su meso, al ras de la trompa, reseándola parcialmente o totalmente de acuerdo a las circunstancias, según sea la mujer multipara o sea una estéril. No conviene poner pinzas en el mesosalpinx, como todavía se ven en las descripciones de las técnicas operatorias y aún muchos cirujanos lo hacen, porque el meso por su friabilidad es fácilmente desgarrable.

Nosotros aconsejamos y hacemos con frecuencia la salpingectomía empezando de la parte interna próxima al útero, dejando más o menos trompa sana si hay que cuidar la fecundidad de la mujer, como quien fuera a hacer un apéndice retrógrada. Cortamos sólo la trompa en la porción ístmica y traccionando del sector incidido, vamos presentando el meso, y a ras de la trompa misma, vamos ligando con puntos separados ese meso. La trompa sale libre, dejando el meso y respetando de esta manera el arco vascular de importancia nutricia para el ovario. Esta maniobra es muy fácil y es mucho más sencilla en su realización, que empezando a liberar la trompa, desde el pabellón hacia la porción ístmica.

Insistimos que nunca deben ponerse pinzas en los mesos, porque estos son muy friables.

Resumiendo en el ectópico interrumpido en los primeros meses, los consejos a reiterar son los siguientes:

1º.—Localización del útero; principio elemental en cirugía ginecológica por vía abdominal.

2º.—Localización rápida del anexo en donde asienta el ectópico accidentado.

3º.—Pinzamiento de los redondos para movilizar el útero a voluntad; no pinzar nunca la trompa y cuidarse de pinzar el ovario.

4º.—Liberar siempre el ovario del lado accidentado del magma fibrinoso que lo conglojera a la trompa. Extirpar solamente la trompa accidentada, total o parcialmente de acuerdo a las circunstancias o exigencias, aconsejando la extirpación de la misma, en forma retrograda.

5º.—Examinar siempre el otro anexo. Puede ocurrir que pueda existir un quiste ovárico simple, o dermoideo, o una trompa muy enferma y solamente en esos casos actuar quirúrgicamente sobre ese otro anexo. Cuidarse de ser sistemático en la resección de la otra trompa y no tomar por patológica la trompa sana, que siempre se presenta edematosa, gruesa y aún con sangre en su interior, porque ella sifona la sangre de la colección pélvica hacia el exterior a través del útero.

Dicho lo que antecede, como directrices importantes en el movimiento del cirujano en el campo quirúrgico del ectópico interrumpido en los primeros meses, vamos a dar las normativas elementales del ectópico que accidentalmente y por excepción puede presentarse en los últimos meses de esta gestación patológica.

Tres son las tendencias o directrices que se discuten después de haber vaciado el contenido ovular.

1º.—Debe extirparse el saco ectópico.

2º.—Debe marsupializarse.

3º.—Debe cerrarse una vez vacío sin sacar la placenta y abandonarse.

Extirpación del saco: Cuando el saco ovular sea fácilmente extirpable con resección de sectores viscerales sin importancia,

epiplón, trompa, etc., deben ligarse sus pedículos y extirparse. Sin embargo lo frecuente no es esto. La placenta se ha desarrollado asentándose en órganos que no se pueden extirpar y entonces hay quien intenta vaciado el contenido fetal, sacar la placenta. Si la placenta es de un ectópico recientemente interrumpido o aún con feto vivo, la hemorragia que se produce es por lo copiosa peligrosa. Mientras que si la interrupción del embarazo data de larga fecha, las trombosis vasculares han cerrado los vasos y no hay ningún riesgo en decolar la placenta que a veces resulta una maniobra fácil y prácticamente sin hemorragia.

Marsupialización: El saco avenado al exterior se infecta, hay supuraciones prolongadas, degeneraciones amiloideas orgánicas importantes, resultado de las largas supuraciones por lo que la marsupialización está contraindicada.

Cierre y abandono del saco: Si no se puede o no se debe sacar la placenta, ésta se abandona, cerrando el saco ovular después de limpio. Esta placenta va a irse desintegrando lentamente, generalmente sin ninguna complicación, máxime, en el momento actual donde los antibióticos dan una protección tan evidente en los días del post operatorio.

En definitiva, en el ectópico en los últimos meses, se debe extirpar el saco en bloc si es posible y no origina hemorragias peligrosas. Si no, se debe desprender la placenta en el ectópico interrumpido de largo tiempo, donde no hay circulación placentaria por estar trombosados los vasos, desprendimiento que se hace fácil, cerrando luego el vientre. Y si la placenta tiene aún una irrigación importante por ser reciente la interrupción del embarazo, se debe limpiar el contenido sacular, dejar 2.000.000 de U. de penicilina y 2 gr. de dihidroestreptomocina en la cavidad, cerrar el saco y abandonarlo, impregnando luego a la mujer con antibióticos por vía parenteral en los primeros días del post operatorio.

Tales son los consejos que hemos de dar a los cirujanos generales principalmente a los colegas del interior que deben abarcar todo el vasto campo de la cirugía general en todos sus aspectos. Así podrán manejarse con eficiencia en el campo operatorio de un ectópico, de manera segura, sin crear complicaciones y haciendo una cirugía lógica, correcta y funcional.