

TRAUMATISMOS DEL ABDOMEN DESDE EL ASPECTO GINECOTOCOLOGICO *

Dr. ARTURO ACHARD

Traemos a consideración de los congresistas el estudio de los traumatismos del abdomen, que afectan la esfera del aparato genital, y en el estudio de este tema, vamos a adoptar una clasificación, que difiere en algunos puntos de las presentadas por otros autores que se han ocupado del mismo, siendo nuestro enfoque de tener en cuenta la vía seguida por el agente traumático, ya sea a través de la pared abdominal, o del conducto genital por vía vaginal, perineal o rectal.

De acuerdo a esta clasificación estudiaremos en primer término:

I.— TRAUMATISMOS DEL APARATO GENITAL REALIZADOS POR VIA ABDOMINAL

A) HERIDAS PUNZANTES Y CORTANTES

Dentro de este grupo cabe una división de acuerdo a la vía que el agente traumático tomó para herir el aparato genital. Este grupo es poco numeroso y en la estadística realizada por Brunze sólo aparece en 20 de 16.000 tratadas por accidentes. Lo más frecuente, es que la vía de entrada sea la perineal o por uno de los orificios naturales (recto o vagina), y si bien el agente vulnerante choca hacia un lado, se desvía luego hacia la línea media, y tiene tendencia a penetrar en una de las cavidades na-

* Casuística clínica del Servicio Ginecotoecológico del Prof. M. Rodríguez López, y protocolos de necropsias de la Morgue Judicial efectuadas por el Prof. Agdo. Dr. Juan J. Scandroglío.

turales; más raramente la penetración se realiza en la cercanía de estas cavidades, hacia las tuberosidades isquiáticas.

Con menos frecuencia el agente traumático actúa por vía abdominal; es el caso de los politraumatizados en accidentes de tránsito, con múltiples fracturas de la pelvis o las lesiones criminales de arma blanca.

Respecto del primer grupo el mecanismo habitual de producción es la caída sobre el agente que produce el traumatismo, y se observan más habitualmente en mujeres o niñas del ambiente rural (caída sobre rastrillos, estacas, etc.).

Se conoce en la literatura médica una serie de historias clínicas de este tipo de traumatismos (casos de Brunzel, Keszly, Weber, Richter, Pofick).

Desde el punto de vista de nuestro enfoque nos referiremos a los grupos 3, 4 y 5 de la clasificación de Weber (3, penetración de cuerpos extraños a través de los orificios naturales con abertura del peritoneo sin lesión orgánica; 4, traumatismos del peritoneo con lesión orgánica y, 5, ensartamiento total de abdomen y tórax con lesión de diversas vísceras).

Del punto de vista de la conducta a seguir frente a estos traumatismos, debe establecerse en todos los casos un diagnóstico seguro de las lesiones producidas por el agente traumático, recurriendo, si es preciso, a la anestesia general como complemento del examen.

El síntoma habitual es la hemorragia más o menos intensa, de acuerdo a la región interesada, a la cual se agrega el shock traumático de distinta intensidad de uno de los casos y el tiempo transcurrido a partir del accidente.

Debe destacarse la importancia fundamental, de no omitir en el estudio de la traumatizada todos los síntomas, aun los de aparente poca importancia, que van a conducirnos al exacto diagnóstico, y guiándonos en la conducta a seguir con el criterio general de todas las heridas abdominales, es decir, que deben ser exploradas sospechando siempre la participación peritoneal y visceral, aun en los casos en que los síntomas de estas lesiones no aparezcan en los primeros momentos o se oculten en una calma traicionera.

Esto queda certificado por la diferencia estadística de la gravedad de las heridas sin participación peritoneal (5,7 %, Weber)

y las intraperitoneales (66,4 %), máxime cuando se señala que la mortalidad se reduce al 25 % cuando se actúa con urgencia, y ésta se eleva al 84,6 % ante la expectación. Por tanto, la conducta es la laparotomía que establecerá con precisión la magnitud y carácter de las lesiones efectuando el tratamiento necesario de las mismas, llegando así a una mejoría del pronóstico.

Frente a la cavidad abdominal abierta por una brecha vaginal, consideramos que fuera del lógico tratamiento de las lesiones de las vísceras intraperitoneales esta brecha debe conservarse previa a la regularización de sus bordes y hemostasis de la vagina, aprovechando esta abertura para efectuar el avenamiento con "mecha cigarrillo", a lo que puede agregarse el taponamiento vaginal.

Las lesiones del grupo 5 están constituídas por atentados criminales (empalamientos) de gravísimo pronóstico por las lesiones viscerales que se producen.

Las heridas punzantes producidas exclusivamente por vía abdominal, pueden determinar graves lesiones al nivel del aparato genital, existiendo en los protocolos necrópsicos casos muy demostrativos al respecto, por lo cual es necesario actuar con laparotomía con la mayor urgencia. Vamos a hacer una referencia especial a las heridas punzantes producidas por cornadas de vacunos, de las cuales existen casos demostrativos en la literatura médica.

Una mención especial debe hacerse para el caso de los traumatismos, en general y en particular, por agentes punzantes o cortantes, producidos en los órganos prolapsados de las grandes múltiparas cuyo aparato genital está particularmente expuesto a los mismos debido a su distopia. En estos casos pueden producirse con facilidad heridas perforantes intraperitoneales.

B) CONTUSIONES Y HERIDAS POR ARMAS DE FUEGO

En este aspecto debemos considerar el aparato genital *fuera de la gravidez o en el curso de ésta*. En el primer caso, las heridas por arma de fuego son poco comunes, dado que el aparato genital está relativamente resguardado dentro de la pelvis menor de la acción de los proyectiles, favorecidos también por la relativa movilidad de los órganos genitales.

Cuando se trata de úteros grávidos, éstos al salir de la pelvis, y ocupar la cavidad abdominal se hacen más vulnerables a los agentes traumáticos.

Son conocidos los casos estudiados por Kehrer, Matyas y L. S. Smead, quien hizo un estudio de la casuística de heridas por arma de fuego.

Resulta de interés señalar también, el estudio y discusión realizado sobre los efectos explosivos de la *presión hidráulica sobre el útero ocupado, en su carácter de cavidad hueca, ocupada por líquido*.

En la *sintomatología* prima el síntoma hemorragia interna y cuadro de shock concomitante.

La peritonitis secundaria va a instalarse a continuación de estos traumatismos, si no se interviene de inmediato. Por tanto, el problema vinculado a la contaminación peritoneal, y a las heridas de otros órganos intraabdominales, van a dar la pauta de la gravedad del cuadro y del pronóstico a formular, siempre grave.

En cuanto al feto, sus posibilidades de sobrevivida dependen del carácter del traumatismo, y de la rapidez con que se actúe quirúrgicamente.

En lo relativo al tratamiento debe estar conducido, en primer término, a tratar la hemorragia; el útero debe ser evacuado de su contenido, después de lo cual, y siempre que sea posible, debe tentarse la cirugía reparadora del útero siguiendo las normas de la cirugía conservadora.

Sólo ante la imposibilidad absoluta de poder actuar con estas directivas, debe recurrirse a la cirugía radical.

En cuanto al drenaje, si bien discutido por algunos cirujanos, debe utilizarse en forma de "mecha cigarrillo", lo que da una seguridad mayor en el postoperatorio, el cual es extraído después de las cuarenta y ocho horas, si la evolución favorable muestra que éste puede ser retirado sin inconvenientes.

C) OTROS TRAUMATISMOS

Dentro de éstos vamos a hacer especial referencia a los graves traumatismos de los accidentes de tránsito, a los arrollados con múltiples fracturas de la pelvis.

En estos casos, lo más común es que acompañando a la fractura se produce un hematoma subperitoneal, que puede extenderse al espesor de los ligamentos anchos, y es quien va a dar el cuadro abdominal reflejo, con abdomen distendido por meteorismo acentuado y una contractura de la pared, que es diferente, sin embargo, de la que se produce ante la perforación de una víscera hueca, lo que unido al gran meteorismo y al estado de shock grave, crea la duda de la posibilidad de lesión visceral, con cuadro de hemorragia interna.

Es cierto que el órgano más afectado resulta la vejiga, siéndolo mucho menos los órganos del aparato genital femenino, los cuales sólo en casos muy especiales se ven directamente afectados, como sucede frente a la existencia de un tumor quístico de ovario en evolución, de un piosalpinx o de un embarazo ectópico, como en estos tres casos que conocemos, en los cuales se produjo el fallecimiento (casos necrósicos), y frente a los cuales se discutió la causa de la muerte.

Hemos citado estos casos porque fuera del interés médico-legal, muestran cómo en situaciones similares, el aparato genital se ve realmente afectado por el traumatismo. Fuera de estas eventualidades solamente en los graves politraumatizados, con múltiples fracturas de la pelvis, además de los hematomas subperitoneales y del ligamento ancho —en dos de los cinco casos— que analizamos, *existía en dos el arrancamiento del útero a nivel del cuello y de los anexos.*

El aparato genital aparece, pues, en la mayoría de los casos, como protegido por la cintura ósea de la pelvis menor, y se libra de la agresión frente a la mayoría de las fracturas de la pelvis; no así cuando la violencia del agente contundente es tan brutal como en los grandes traumatizados, como en el caso de los arrollados por locomotora que esta protección inicial queda suprimida, y aparecen las lesiones viscerales por arrancamiento que encontramos en los protocolos de necropsias que comentamos.

Antes de terminar este capítulo haremos mención a los traumatismos directos producidos sobre los úteros prolapsados de ciertas mujeres, en las caídas sobre la región perineal y de los cuales existe casuística bien conocida.

No nos referiremos al traumatismo visceral en el curso de intervenciones ginecológicas, porque prolongaría y desbordaría los límites de nuestro enfoque.

II.— TRAUMATISMOS A PUNTO DE PARTIDA DEL CANAL GENITAL

A) TRAUMATISMOS EN EL CURSO DEL ACTO SEXUAL

Este punto merece un estudio más detallado, que realizaremos con la base de los estudios realizados recientemente (trabajos de Stewart, A. Fish, en *Amer. J. O. and Gyn.*, Set. 1956) y de la casuística del Servicio a que pertenecemos desde el año 1947 hasta la fecha, con un total de 24 casos de desgarros vulvo-vaginales postcoito, a lo cual agregamos el comentario de algunos casos de nuestra casuística personal, que consideramos que por la gravedad de su evolución revisten un interés particular.

De acuerdo al análisis de dicho material, del cual estudiaremos en particular los traumatismos vaginales que afectan el peritoneo o sus vecindades, podemos expresar en *primer término*, que este tipo de traumatismo genital, de relativa frecuencia, y cuya gravedad está vinculada a la hemorragia inicial en ciertos casos profusa, llevando a la anemia grave y, secundariamente, a la infección con los microbios huéspedes habituales de la vagina o transportados en el curso del acto sexual, la que puede adquirir caracteres graves, de verdadera septicemia, cuando intervienen los anaerobios o el estreptococo hemolítico.

De modo, pues, que fuera de la extensión de la herida vaginal, la cual en un gran porcentaje de casos tiene su ubicación en la parte alta de la vagina en la vecindad de los F. de S. (75 por ciento de los 135 casos estudiados por Diddle en 1948, *W. Est. Surg.*, 56: 414) y, particularmente, en el F. de S. P. y de la profundidad de dichos desgarros (historia N^o 26.253 de nuestra serie de 24), dió lugar a una importante celulitis pélvica, y en ninguno hubo apertura del peritoneo, debe tenerse muy presente a los efectos del pronóstico la posibilidad de la septicidad del medio vaginal y de la infección constante de estos desgarros que pueden traer aparejado complicaciones de gravedad inusitada, que ponen en serio peligro la vida de la enferma.

En los tres casos graves que hemos tenido oportunidad de tratar en la etapa preantibiótica, se produjeron infecciones con exitus en un caso, y en el cual se agregó a esto la participación de la apertura del F. de S. de Douglas con hemorragia intra-

peritoneal y peritonitis séptica, lo que agravó más aún el cuadro clínico.

No podemos extendernos en el detalle de las historias clínicas, las cuales, por otra parte, no representan traumatismos intra-abdominales, salvo el caso que ya citamos. Son muy demostrativos los casos reunidos en la literatura médica por Neugebauer con apertura del Douglas y prociencia de asas del intestino delgado, así como los muy interesantes descritos por Schambacher y Kober, los cuales representan un núcleo pequeño, frente al número grande de casos en los cuales no aparece la participación peritoneal.

Varias causas pueden crear el medio propicio para la producción de estos desgarros, entre las que cabe citar como más comunes: desproporción genital entre ambos cónyuges, ya sea por excesivo desarrollo del miembro masculino o por la existencia de cierto grado de hipoplasia genital femenina, a lo que puede agregarse los inconvenientes del primer acto sexual, realizado con brutalidad o que se efectúe en mujeres excesivamente jóvenes, o en postmenopáusicas; las posiciones anormales durante la realización del acto sexual predisponen también a los desgarros, el útero retrovertido, así como las malformaciones genitales, son también causas predisponentes, y las vaginas acortadas, o con una cicatriz de histerectomía total, han dado lugar también a la rotura o la efracción a nivel de la cicatriz.

Una última causa predisponente se vincula al estado grávido-puerperal, en el curso del cual existe una friabilidad de los tejidos, que puede favorecer la rotura.

Puede agregarse a estas causas, en ciertos casos, la intervención de la introducción de los dedos del cónyuge dentro de la vagina, iniciando el desgarro que completa el pene, en ciertos casos en que interviene, además, una voluptuosidad patológica, o el estado de ebriedad de los actuantes, hechos conocidos particularmente en Medicina Legal.

En cuanto a la *sintomatología*, la hemorragia genital es, en general, el síntoma dominante, a lo que pueden agregarse los dolores.

Cuando ésta no es profusa, puede suceder que en el deseo de ocultación, la enferma consulte tardíamente y en ese caso, a la anemia consecutiva a la hemorragia, se ha agregado la infección

con marcado ascenso febril y taquicardia, y la *parametritis séptica*, la *pelvipерitonitis* o la *peritonitis difusa*, acompañan a ésta agravando considerablemente a la enferma.

Surge de lo expresado, la necesidad de llegar lo más rápidamente posible a un diagnóstico correcto, que puede establecerse con precisión en la verificación objetiva del desgarró vaginal, y de los límites del mismo en ancho y profundidad, estableciendo, además, si es penetrante a través del peritoneo, con salida de epiplón o ansas delgadas, lo que obligará en este caso, a verificar la excepcional lesión de las vísceras intraperitoneales.

Menos raras son, en cambio, las lesiones de recto o vejiga, que se ponen en evidencia por la salida de heces u orina, comprobados particularmente en casos de desviación sexual o de atentados criminales (empalamientos), que han determinado la introducción en la vagina de agentes traumáticos de consistencia muy dura o de bordes irregulares. En los casos de empalamientos el agente traumático puede haber entrado a través del periné, perforando luego la vagina. En cuanto *al pronóstico*, éste se vincula directamente al carácter del desgarró, la profundidad del mismo, y a la gravedad de la complicación séptica.

En la antigua estadística de Neugebauer aparecen 22 muertes en 175 casos; en la reciente de S. Fish no hubo mortalidad en 24 casos; lo mismo podemos decir de la estadística que comentamos en 24 casos con 0 mortalidad, y sólo queda como caso mortal el que ya mencionamos, de una enferma fallecida con peritonitis séptica, de lo que *surge que si bien los traumatismos vaginales por coito pueden revestir un carácter grave, raramente son mortales, máxime si éstos son tratados precozmente.*

En cuanto *al tratamiento*, éste debe tener como directivas esenciales tratar la hemorragia y las lesiones viscerales, y evitar la infección. Por tanto, si la enferma llega precozmente, un correcto inventario de la lesión traumática con la enferma anestesiada y colocada en posición ginecológica, nos permitirá suturar el desgarró previo pinzamiento y ligadura de los vasos que sangran.

Si la herida llega hasta el peritoneo y se verifica la indemnidad visceral que es lo habitual, previa hemostasis, es mejor mantener un discreto avenamiento con "mecha cigarrillo" y espolvoreado con sulfamida, además de la intensa terapéutica anti-

biótica por vía parenteral, y la restitución del volumen sanguíneo mediante transfusiones de sangre.

Si la herida está infectada porque ha transcurrido bastante tiempo desde el accidente, lo suficiente para permitir la proliferación séptica, debe efectuarse la ligadura de los vasos que sangran y desistir de la sutura del desgarro, que cicatrizará por segunda intención. En estos casos está indicada particularmente la mecha vaginal, yodoformada o no, con espolvoreado de sulfamida.

Frente a las lesiones de vejiga o recto, debe tentarse la sutura por planos, agregando en el primer caso la colocación de una sonda vesical a permanencia.

B) HERIDAS Y PERFORACIONES DEL ÚTERO

1) EN EL ÚTERO GINECOLÓGICO.— Dentro de este capítulo, caben todos los traumatismos que pueden producirse en el curso de maniobras instrumentales en la práctica de la ginecología diaria.

Es el caso de las dilataciones uterinas que se realizan con bujías de Hegar o tallos de laminaria, previas a una biopsia endometrial, o para preparar el canal uterino a la colocación de tubos de rádium, o tallos intrauterinos correctores de distopias uterinas.

En el curso de estas maniobras, máxime si se trata de úteros postmenopausia, puede con facilidad crearse falsas rutas, con traumatismo serio del conducto y penetración del extremo del dilatador, ya sea lateralmente en uno de los parametrios o en vejiga, recto, o en plena cavidad peritoneal.

Este tipo de accidente, nada raro por otra parte, y frente al cual se debe estar muy prevenido, puede dar lugar a complicaciones, si se produce la entrada en una víscera hueca, siendo, en general, menos trascendente la penetración peritoneal.

Respecto a las laminarias, la complicación puede ser mayor aún ante la posibilidad del enclaustrado de las mismas, que crean en ciertos casos enormes dificultades en su extracción, y es en el curso de la misma, si no se conoce la forma de actuar (apertura del canal cervical), que puede traumatizarse gravemente el útero o perforarlo.

Y en cuanto al curetaje con fines biópsicos, cabe señalar idénticos riesgos, en especial en el frágil y atrófico útero de las viejas, máxime cuando existe un carcinoma de endometrio en evolución, en cuyo caso es preciso proceder con suma cautela en la necesaria maniobra biópsica; tan es así que frente a la piometría de las ancianas, mismo después de hecho el drenaje de las secreciones purulentas y tratada convenientemente con antibióticos suscita muchas dudas la realización del legrado biópsico, que algunos ginecólogos desaconsejan ante el peligro de una perforación con pasaje del contenido séptico al peritoneo.

Cabe expresar que fuera de este caso particular, la perforación del útero ginecológico no tiene mayor trascendencia cuando el cirujano la advierte a tiempo y detiene la maniobra instrumental.

El reposo en cama, la colocación de una bolsa de hielo en el hipogastrio, y la administración de antibióticos, resuelven, en general, el problema sin mayores apremios.

El peligro está en no percibirse de la falsa ruta efectuada, y persistir en el legrado, con la amenaza de herir ansas delgadas, recto o vejiga.

Otro aspecto particular de este subcapítulo, es el de los cuerpos extraños intrauterinos, colocados con fines anticoncepcionales o trozos de cánulas delgadas en el curso de maniobras inhábiles, o buscando la producción del aborto. Sobre estos diversos aspectos existe una nutrida literatura, particularmente a base de trabajos europeos, a través de los cuales aparecen traumatismos del útero y, en ciertos casos, con apertura del peritoneo por cuerpos extraños de diverso tipo (aguja de tejer, catéteres, horquillas, tallos de acero, cánulas de hueso, tapones de algodón, sondas de goma o de vidrio, etc.), y en los trabajos alemanes los llamados Sterilets, utilizados como anticoncepcionales, contruidos en hueso o goma dura, y que en ciertos casos fueron abandonados durante años, produciendo un traumatismo crónico con progresivas agravaciones.

De un modo general, puede expresarse que dentro de lo heterogéneo de los cuerpos extraños citados, la terapéutica a seguir está directamente en relación con el inventario cuidadoso de las lesiones que los mismos puedan haber determinado, de las cuales interesan particularmente en este enfoque, las intraperi-

toneales, que obligan en ciertos casos a la laparotomía como único procedimiento de establecer con precisión la magnitud de las lesiones y su tratamiento correcto, siendo necesario guiarse con el criterio de que se actúa en la mayor parte de los casos en un campo séptico, que obliga a un imprescindible drenaje de seguridad.

2) EN EL ÚTERO OBSTÉTRICO.— A) *Heridas y perforaciones uterinas.*— a) *En el aborto provocado criminal:* Es indudable que de este correlato, es a los traumatismos por aborto criminal que debe reservársele una parte importante por su frecuencia, y por la gravedad de las complicaciones que se producen en el curso del mismo.

Múltiples trabajos y monografías han sido publicadas sobre el tema; nos referiremos en la consideración del mismo a nuestra propia experiencia del Servicio de Guardia del Hospital Pereira Rossell.

Vamos a mencionar, también, en forma sucinta y sin desarrollar este aspecto particular del tema, a los traumatismos químicos que dan lugar al infarto uterino con necrosis de la pared uterina, perforación secundaria con peritonitis, determinados por las inyecciones intrauterinas de productos anticoncepcionales o soluciones de agua de jabón. En cuanto a las perforaciones uterinas instrumentales cabe formular tres grupos iniciales de distinta importancia pronóstica:

1º) Las perforaciones en el curso del aborto criminal; 2º) en el curso de las evacuaciones por abortos incompletos con hemorragia; 3º) en las evacuaciones uterinas del puerperio reciente hemorrágico, por retención de secundinas.

Si bien en estas tres eventualidades puede producirse la perforación uterina, es evidente que la gravedad de esta complicación pertenece particularmente al primer grupo, dado las circunstancias anormales en que estas maniobras abortivas se realizan, y la incompetencia de los actuantes.

Estos traumatismos pueden dividirse según la vía seguida por el agente traumático en: 1º) *hacia la gran cavidad abdominal* (simples o complicadas); 2º) *hacia el espacio peritoneal véscouterino*; 3º) *hacia los ligamentos anchos.*

Dentro de este cuadro general nos ocuparemos, en particular, de las lesiones perforativas incluidas en el numeral uno, que es el que corresponde a los traumatismos intraperitoneales, objeto de este relato.

I) *Perforaciones uterinas simples sin lesión visceral asociada* (70 casos en 100 de la estadística de Peham y Katz).

Digamos, en primer término, que puede tratarse de una o varias perforaciones, y que la lesión del útero adquiere múltiples variantes en la forma de presentarse (estrechas y rectilíneas, desgarradas, crateriformes, bifurcadas o trifurcadas, tejidos isquemizados e infartados, con o sin abscesos intermediarios).

El lugar de la perforación atribuida inicialmente al istmo como el más frecuente, lo es, en realidad, en el cuerpo uterino, como surge de numerosas estadísticas y de la nuestra.

Consideramos, pues, que si bien la retroflexión predispone a las lesiones ístmicas, no crea, sin embargo, esta lesión como la de mayor frecuencia.

Este tipo de perforación simple puede dar lugar a tres clases de complicaciones: *hemorrágicas*, que en ciertos casos pueden adquirir caracteres graves; *peritoneales*, precoces o retardadas, complicando y agravando las enfermas; *gangrenosas*, favorecidas por las lesiones de infarto y necróticas locales, actuando como factor desencadenante de las mismas el perfringens; el estreptococo hemolítico, y las asociaciones de éstos con el colibacilo y el pneumobacilo de Friedlander. En este tercer caso, la complicación adquiere un carácter de enorme gravedad que puede conducir a la muerte.

Pueden agregarse, además, como complicaciones sépticas, la tromboflebitis, la celulitis pelviana, la sépticopiohemia y la septicemia.

II) *Perforaciones uterinas complicadas* (30 casos en 100 en la estadística de Peham y Katz).

a) *Con heridas vasculares*: Se trata en estos casos de las lesiones perfectamente comprobadas de la íliaca primitiva y de las venas íliacas, dando inicialmente un grave cuadro de hemorragia interna.

b) *Con heridas viscerales*: Ha sido de frecuente comprobación las heridas de colon, ciego y recto, de la vejiga, de las ansas delgadas y del epiplón.

En los casos de exteriorización de vísceras, han sido generalmente el epiplón y una y dos ansas delgadas, que han sido atraídas a través del cuello y vagina, apareciendo en ciertos casos en la vulva, desprendidas del mesenterio.

Existen casos en que el intestino ha sido seccionado, confundido con el cordón umbilical.

Como en el grupo anterior, y de modo casi constante, la peritonitis acompaña en mayor o menor grado estas lesiones.

La sintomatología de este tipo de traumatismos es variable en cuanto a la gravedad mayor de las complicaciones que presenta, y del tiempo de evolución.

No obstante tienen algunos rasgos clínicos que les son comunes:

El dolor, desde el momento del accidente, que puede adquirir un carácter sincopal, localizado en el bajo vientre a nivel del epigastrio o de una de las fosas ilíacas; menos comúnmente bajo el reborde costal (reacción pélvica), que es persistente, o por empujes.

La *metrorragia*, variable en intensidad, pero es casi constante.

El cuadro general, es de anemia más o menos intensa, y shock traumático y hemorrágico, con la sintomatología propia del mismo.

Debe tenerse presente, sin embargo, que en algunas enfermedades éste es muy atenuado, pudiendo equivocar el diagnóstico.

Resulta sorprendente, frente a ciertos casos de herida de ansa delgada, o lesión de los vasos mesentéricos que se han retraído, sangrando escasamente, cómo los síntomas generales son atenuados, y una calma traicionera borra los síntomas principales, el intestino se necrosa subrepticamente, y la peritonitis pútrida adquiere desarrollo para matar a la enferma. Hemos tenido oportunidad de ver dos enfermas de este tipo, enviadas con tres y cinco días de evolución de la perforación. Es, pues, necesario estar muy alerta frente a estas aparentes mejorías de las enfermas.

El *examen ginecológico*, mostrando en primer término, el útero grávido, con su cuello permeable, y su cuerpo mal invo-

lucionado, conteniendo restos abortivos, y el estudio del ambiente periuterino, mostrando una sensibilidad dolorosa del F. de S. de Douglas; una sensibilidad dolorosa y contractura a nivel del hipogastrio o las fosas ilíacas; y la existencia de matidez declive en los flancos, en que puede encontrarse la base del diagnóstico, junto al estudio de los antecedentes, y la sintomatología general que la enferma acusa con mayor o menor intensidad.

El *examen al espéculo*, muestra también, en ciertos casos, traumatismos de cuello o vagina, o la saliencia a través del cuello de una franja epiloica que el tacto no había denunciado.

La exploración instrumental con histerómetro o bujía, es peligrosa, y puede complicar el cuadro inicial que la enferma presenta. En cuanto a la punción del F. de S. de Douglas, es un recurso diagnóstico que, bien manejado, puede resultar un útil complemento diagnóstico.

Es con estos elementos sintomatológicos y de ayuda diagnóstica que nos hemos auxiliado habitualmente para concretar en estos casos un diagnóstico, y una terapéutica, que puede ser salvadora, si se sitúa con rapidez antes que el proceso infeccioso peritoneal haya podido evolucionar con carácter irreversible.

Tratamiento.— Las normas del mismo surgen, en primer término, del diagnóstico correcto de las lesiones producidas.

Debe expresarse que, como norma general, una perforación por maniobra abortiva u operatoria, exige la inmediata internación en una clínica quirúrgica, colocando la enferma en cama, con bolsa de hielo al vientre y administrándole antibióticos (penicilina, estreptomycin, terramicina) y sometiéndola a constante vigilancia. Ante cualquier signo de alarma (taquicardia, aumento del dolor, de la contractura abdominal, de la anemia, debe intervenir de inmediato mediante laparotomía exploradora.

Si abierto el vientre comprobamos sólo *una perforación simple*, y ésta es tratada precozmente, siempre es posible la regularización de los bordes desgarrados de la o las heridas uterinas, y sutura en tres planos, a lo cual puede hacerse luego una peritonización a lo Pestalozza, recubriendo con peritoneo del F. de S. véscouterino, la herida operatoria.

Resulta más difícil y de resultados más aleatorios, cuando la enferma es traída tardíamente con varios días de evolución, como en las citas ya hechas de nuestra casuística. Aquí las suturas

hechas correctamente pueden fallar en los días sucesivos, por las modificaciones profundas que ha sufrido el tejido uterino traumatizado e infectado.

Es para este tipo de enfermas que se ha planteado la cirugía radical mediante histerectomía subtotal, la cual es hoy de indicación excepcional.

La operación debe siempre terminarse con un espolvoreo de polvos de sulfamida, un millón de U. de penicilina dejados en plena cavidad abdominal y un avenamiento correcto por vía abdominal con “mecha cigarrillo” y en ciertos casos de peritonitis en evolución por vía vaginal, mediante la colocación del drenaje, efectuando la colpotomía retrógrada de técnica fácil y bien reglada.

Frente a las *perforaciones complicadas* con exteriorización visceral, que requieren en todos los casos y con la máxima celeridad la laparotomía, debe hacerse una vez el vientre abierto, un exhaustivo inventario de las lesiones producidas en el acto del aborto.

La víscera traumatizada puede haber conservado su vitalidad, y su mesenterio estar intacto. En este caso nos limitaremos a proceder como en la anterior eventualidad, tratando la lesión uterina.

Frente a la herida intestinal con lesión seria de la misma y pérdida evidente de la vitalidad del ansa, debe procederse de inmediato a la resección intestinal y enteroanastomosis consecutiva, tratando luego la brecha perforativa uterina por la técnica ya descrita, y terminando la operación por un avenamiento correcto de la cavidad abdominal.

Debe agregarse en todos los casos a esta terapéutica, el tratamiento del shock con transfusiones de sangre, y de la infección con los antibióticos que están indicados. Frente a la herida de vejiga, lo que es raro, en las perforaciones del útero en cavidad peritoneal, y más frecuentes, en las ístmicas, extraperitoneales, la técnica a seguir es la de la sutura vesical en tres planos, y sonda a permanencia que asegura, en general, una buena evolución de este tipo de heridas.

En cuanto a las aperturas en el ligamento ancho, pueden determinar heridas vasculares o del uréter, y grandes hemato-

mas, que van a la supuración, lo que exige su abordaje extra o intraperitoneal ante la comprobación de la progresiva agravación.

En *síntesis*, debe quedar de este capítulo tan importante, y de siempre renovada actualidad, la convicción, como lo expresaba J. Quénu, “*que si perforar un útero es grave, desconocer la perforación es de mayor gravedad aún*”. Por tanto, con este concepto debemos manejarnos frente a posibles perforadas, no confiando demasiado en las calmas traicioneras, que dejan evolucionar silenciosamente una peritonitis pútrida.

En cuanto a las *perforaciones uterinas* efectuadas accidentalmente en el curso de la evacuación de restos abortivos *frente al aborto incompleto hemorrágico, o en la retención de secundinas con hemorragia durante el puerperio reciente*, las condiciones asépticas en que estas intervenciones son efectuadas, y el diagnóstico hecho de inmediato, con lo cual se detiene la intervención, hace que la vigilancia estricta bajo tratamiento médico, pueda solucionar favorablemente el caso sin necesidad, salvo casos de excepción, de recurrir a la laparotomía.

En cuanto a las lesiones que puedan producir sustancias químicas introducidas con fines abortivos, de las cuales son las vías comunes, las pastas jabonosas o el agua de jabón, pueden determinar secundariamente al infarto y la necrosis uterina, la perforación con peritonitis secundaria, pero, como lo expresamos al comienzo de este trabajo, no será tratada, dado que salen del marco que nos hemos trazado en el mismo.

C) ROTURAS UTERINAS DEL EMBARAZO Y DEL PARTO

Dentro del gran capítulo de las roturas uterinas, tema fundamental de la obstetricia patológica, y del cual existe una nutrida bibliografía, hay una parte del mismo que debe ser objeto de estudio en este correlato. En efecto, es clásica ya la división de roturas uterinas *durante el embarazo y durante el parto*; y dentro de estas dos grandes categorías cronológicas cabe separar también: 1º) las roturas espontáneas con sus causas predispo-

nentes que modifican la cavidad de la fibra uterina (multiparidad, procesos de endometritis, cicatrices a nivel del útero, degeneración de la fibra uterina por lesión molar, carcinomatosa o fibromatosa), malformación congénita, hipoplasia, y otras que provocan la *hiperdistensión exagerada* (pelvis estrecha, tumor previo, atresia de las partes blandas del canal del parto, hidrocefalia, presentaciones viciosas, gigantismo fetal).

Concomitantemente con las causas predisponentes debe existir siempre la *causa determinante*, que es la contracción uterina, quien al poner en marcha el útero, va a provocar la efracción de la fibra uterina en sus puntos de menor resistencia, a punto de partida de una lesión histológica que, en síntesis, está constituida por edema del tejido conjuntivo, y de las fibras musculares, degeneración y necrosis de las fibras transversales, lesión y rotura de los vasos de la pared muscular.

Tenemos en *segundo término*, las *roturas traumáticas*, de las cuales nos vamos a ocupar en especial. Estas pueden producirse también en el embarazo o durante el parto, siendo más comunes las segundas.

Desde luego, que si bien el traumatismo interviene aquí en forma capital para la producción de la efracción uterina, pueden actuar como causas predisponentes, la mayoría de las señaladas anteriormente para las roturas espontáneas.

Entre las *roturas traumáticas del embarazo*, las cuales pueden producirse desde los primeros meses, figuran las heridas punzantes, cortantes o por armas de fuego; las contusiones violentas de los accidentes de automóvil, o caídas, y las intervenciones intrauterinas. La mayoría de estas causales, ya fueron analizadas anteriormente. Cabe decir, sin embargo, en lo referente a los accidentes por aplastamiento, que si bien el útero puede estallar, en otros casos, debido a la elasticidad de las membranas, el huevo permanece íntegro y el feto protegido por el líquido amniótico puede ser extraído vivo.

En cuanto a las roturas por caída, acaba de ser publicado por B. Asnier y E. Castiglioni un trabajo sobre "Rotura del útero grávido por traumatismo extraabdominal" (*Bol. de la Soc. de Cir.*, t. XXVII, 1956).

Entre las causas de rotura traumática del parto, las cuales afectan particularmente el segmento inferior, tenemos en pri-

mer lugar, la *versión interna* en la presentación de tronco abandonado, o efectuada para realizar la extracción fetal con otras indicaciones obstétricas. En una reciente estadística de Johnston y colaboradores, con la base del estudio 1:131.430 partos, hubieron 766 roturas (1/1477), y en éstas la versión fue la causa más frecuente de las mismas (*Missouri Med.*, 51, 918, nov. 1954). Debemos de considerar otras maniobras quirúrgicas, como el fórceps o la *embriotomía*, cuando éstos son aplicados altos, a nivel del estrecho superior. Puede producirse también la herida directa por la rama del fórceps o del basiotribo y, en muy pocos, a punto de partida de una herida del cuello uterino.

Del punto de vista de la A. P. cabe señalar, los desgarros a nivel del cuerpo uterino y del segmento inferior, siendo éstos los más frecuentes.

Pueden ser ambas *completas* o *incompletas*, señalándose que la rotura del cuerpo, rara vez es incompleta. A nivel del segmento inferior, la rotura *completa* es la más frecuente (Davis en 82 roturas, 64 completas).

En estadística del Servicio en nueve años, 5 roturas completas, todas segmentarias, seguidas de evolución postoperatoria favorable. En las roturas completas el cuerpo de feto muerto y la placenta están en plena cavidad abdominal. Pueden ser complicadas, con participación de la vagina o de la vejiga (aparece en este caso hematuria), y su trazo es de bordes anfructuosos con hematomas; longitudinal u oblicuo. La rotura transversal es menos común.

Dentro de *las roturas incompletas* en su forma más común la *subperitoneal*, produciéndose en este caso con gran hematoma que decola el ligamento ancho.

Las roturas extramucosas, muy raras, se han visto sobre todo en las incompletas corporales.

En cuanto a la *sintomatología*, también muy bien conocida, no vamos a considerar aquí los síntomas de *inminencia de rotura*, que pertenecen al grupo de las espontáneas y sí los de *rotura consumada*.

Señalemos en primer término, un síntoma que es infaltable, el *dolor brusco abdominal*, con localización preferente en el sitio del desgarro, acompañado de *shock*, con vómitos, sudor frío, taquicardia y taquipnea, en el cual interviene el traumatismo vio-

lento, el cambio brusco intraabdominal por pasaje del feto y placenta al abdomen, y la *hemorragia consecutiva* a la rotura que puede adquirir gran intensidad, provocando la muerte por anemia aguda.

Es habitualmente mixta, interna y externa, siendo la sangre de esta última negruzca, siruposa, por contener en su interior tejido muscular parcialmente destruido. El pulso es hipotenso, la P. A. desciende bruscamente, particularmente en su máxima, reduciéndose la diferencial.

El *examen clínico* permite comprobar, además de las profundas modificaciones del estado general, a la palpación abdominal del feto muerto muy superficial, y en actitud deflexionada, y el útero roto ocupando la F. I. o el otro flanco opuesto al del feto.

El signo de Clarck, dando el enfisema de la piel, no es constante.

Si el feto está en la cavidad abdominal, la mano que explora por la vagina puede percibir claramente el sitio y la extensión de la rotura.

Frente a las *roturas incompletas* los signos pueden no ser tan categóricos, aunque permiten también *el diagnóstico*. Este debe apoyarse en todos los elementos clínicos que anotamos, y la certificación de la rotura está dada por la exploración manual, la cual nunca debe ser omitida cuando se termina una intervención obstétrica por vía baja, que pueda haber hecho peligrar la integridad del útero a nivel del segmento inferior.

La discriminación entre desgarro completo o incompleto, puede también realizarse por el tacto, destacando que la libertad fetal en la cavidad abdominal certifica la rotura completa.

Respecto del pronóstico, cabe expresar que es de enorme gravedad para la madre, aunque el diagnóstico precoz y el tratamiento correcto y urgente, ha llevado los índices de mortalidad del 70 % al comienzo del siglo, a una disminución progresiva que llega al 27,2 % en la estadística de F. Maisel en los últimos diez años (*Am. J. and Gyn.*, vol. 72, julio 1956).

En cuanto a la mortalidad fetal, es siempre muy elevada y llega al 81,6 % en esta reciente estadística; sólo en casos en que la placenta quede adherida en parte, y el feto intrauterino puede ser posible la sobrevida, lo que es muy poco frecuente.

Tratamiento.— Existe, evidentemente, un tratamiento profiláctico de estas roturas traumáticas, y es evitar en la grávida todo traumatismo violento que importe un riesgo para el útero, máxime si éste está predispuesto al desgarro por las causas predisponentes ya enumeradas.

De un diagnóstico exacto, que descarte para las extracciones por vía vaginal todos los casos de desproporciones pelvifetales absolutas o relativas, o aquellos en que la tonicidad uterina se halle visiblemente modificada, o la ruptura de la bolsa de las aguas haga riesgosa una versión interna, surgirá la verdadera profilaxis de las roturas del parto, reduciendo el número de las mismas.

Frente a la *rotura confirmada* sólo cabe la laparotomía sin dilaciones, que debe ser realizada bajo transfusión de sangre, y la cual va a proceder, en primer término, a la extracción fetal, la placenta y los coágulos, y luego a tratar la herida uterina.

Frente a ésta caben dos posibilidades. La *más común* cuando ésta presenta bordes regulares y la infiltración sanguínea es discreta, es la reconstrucción de la pared en tres planos.

Excepcionalmente, cuando las lesiones son muy extensas, los bordes irregulares y los infiltrados hemáticos muy diseminados con lesión de la arteria uterina, es necesario recurrir a la histerectomía subtotal.

La técnica a seguir está, pues, subordinada a la discriminación de acuerdo a la categoría de las lesiones, aunque desde luego, tratándose de mujeres jóvenes es preciso empeñarse al máximo en la conducta conservadora.

Un correcto drenaje por vía abdominal o vaginal y la ayuda valiosa de los antibióticos, nos defienden de la peritonitis postoperatoria que elevaba hasta hace pocos años la cifra de mortalidad en este grave accidente del parto.