

Revista Médica de Costa Rica

Director: Dr. JOAQUIN ZELEDON

TOMOVI

San José, Costa Rica, Abril de 1944

No. 120

AÑO XI

Dos fracasos de diagnóstico de embarazo extrauterino*

POR EL DR. ESTEBAN A. LOPEZ

I. C., de 36 años, casada, consulta el 24 de noviembre p.pdo por un fuerte dolor en el bajo abdomen y flujo sanguinolento.

Sus podecimientos se le iniciaron bruscamente por un dolor en barra en el bajo abdomen, dos días después de una caída en la que se golpeó ligeramente el vientre. Dicho dolor se acompañó de un flujo escaso sanguinolento que al tercer día fue más abundante y de sangre negra. Su regla se le había atrasado 3 días cuando se inició el proceso. La palpación del abdomen es dolorosa en el hipogastrio y fosas ilíacas pero no hay defensa:

Examen Ginecológico: Hay flujo escaso y ligeramente sanguinolento, de color obscuro; al tacto se aprecia un cuello pequeño y blando, cerrado y rozgado transversalmente. El cuerpo y el fondo del útero no se pueden apreciar bien debido al dolor que despier-ta el examen, sin embargo, pareciera tocarse hacia adelante y aumentado moderadamente de volumen. El fondo de saco de Douglas se siente abombado y da sensación de tenencia, es sumamente doloroso. Los fondos laterales están en parte ocupados por la misma masa del Douglas y son un poco menos dolorosos.

En presencia de este cuadro clínico me incliné a pensar en el extrauterino y vista que fue la enferma por el Dr. Quirce quien corroboró mis sospechas, ordenamos un recuento globular dejando a la enferma en expectación armada hasta el siguiente día en que viendo continuar el cuadro sin ninguna modificación, y con 7200 glóbulos blancos que descartaban un pio-salpix, nos decidimos a intervenir.

Abierta la cavidad encontramos los anexos sanos, no había extraute-

*) Trabajo presentado al "Centro Moreno Cañas" en Junio 1943

rino, abundantes várices de las trompas y una matriz grávida y retroflexionada.

Redunda decir que fue el fondo del útero caído en el Douglas el que tomamos por un hematocele, y antes de hacer más comentarios quiero presentar el reverso de la moneda, que fue un caso visto con los Drs. Vega y Morúa el 23 de diciembre último.

C. A. O., de 20 años, enviada por el Dr. Morúa con la etiqueta de fibroma uterino.

Desde hacía 5 meses venía padeciendo esta enferma de metrorragias quincenales acompañadas de dolor, las cuales le duraban de 8 a 10 días. Anteriormente había sido bien reglada pero sus reglas siempre fueron dolorosas.

La enferma dice que el 4 de diciembre p.pdo. tuvo su regla y que el 11 (7 días después) le vino nuevamente hemorragia que se le que se le prolongó hasta el día de la consulta.

Al examen se encuentra un abdomen flácido con dolor localizado en la fosa ilíaca derecha el cual se irradiaba a la pierna del mismo lado declarando la enferma que muchas veces antes le había sentido. *Examen Ginecológico:* Genitales externos sin particularidades fuera de la presencia de sangre roja sin coágulos. Cuello del útero cónico, grande y sumamente duro con nudosidades.

El cuerpo en ante-flexión moderada se toca aumentado de volumen y particularmente firme. El fondo de saco posterior parece libre y su palpación no es dolorosa lo mismo que la exploración de los fondos laterales que también están libres.

Todo esto nos hablaba en favor de un fibroma de útero. Habiendo interrogado y explorado el mismo día de la intervención el Dr. Vega, concluyó con nosotros en que se trataba de una fibromatosis uterina, agregándose posiblemente una apendicitis crónica, a lo cual nos indujo más un recuento que dió 11000 glóbulos blancos.

Intervenimos con el Dr. Vega, y nuestra sorpresa la dió la presencia de un extrauterino roto con gran derrame hemorrágico en la cavidad, además de un útero fibromatoso y grande y de un apéndice lleno de adherencias, traducción de una apendicitis crónica antigua.

Comentarios

He querido al presentar estos dos casos de error, poner una vez más de manifiesto lo difícil del diagnóstico de embarazo ectópico, que por entrar en el dominio de la cirugía de emergencia, requiere un

diagnóstico pronto y preciso, constituyendo uno de los más delicados de la cirugía de urgencia.

Hay síntomas que son tan constantes, que van adquiriendo en determinadas circunstancias mayor valor, pero que por encontrarse presentes con frecuencia en otras entidades nosológicas, los dejamos pasar sin darles la importancia que se merecen, que uno cualquiera de ellos por separado carece de valor, es la suma de todos lo que nos guía, y me atrevo a decir, que en esta materia a veces el síndrome más claro puede iducir a error, como en el caso de I. C. que acabo de relatar.

Voy a considerar una triada sintomática: hemorragia, dolor, y suspensión de reglas basándome en porcentajes sacados por mí en 82 síndromes de extrauterino que estudié hace 2 años en el Consultorio Ginecológico del Hospital Rosales de San Salvador.

1º Metrorragia. Es uno de los más frecuentes, habiendo obtenido en 82 casos el 89%, es decir que en el 11% solamente faltaron las pérdidas rojas. Esta hemorragia puede revestir diferentes caracteres, ser escasa, apenas ligeras manchas, o de mediana intensidad simulando un período catamenial normal o en muchos casos ser profusa con grandes coágulos como en un aborto vulgar. Puede presentarse roja, pero con mucha mayor frecuencia es de color café oscuro, sepia, como dicen las enfermas "requemada", carácter este último que no es patognomónico, como a menudo se cree pues todo extrauterino no tiene necesariamente sangre negra, ni toda sangre negra es extrauterino.

2º El dolor también es constante, pero antes de analizarlo debemos establecer su diferencia en los casos de extrauterino roto, y en el que la trompa aún está intacta y el huevo mal implantado sigue su crecimiento.

En el hematosalpinx he comprobado el 1% que se presentó sin dolor a pesar de que la trompa estaba estallada desde varios días antes de la intervención. Sin embargo el elemento dolor se sigue considerando como el más constante de los síntomas, desde el dolor cataclínico, en puñalada que dobla y angustia a las enfermedades, hasta los dolores soportables que a veces confunden las enfermas con dismenorreas a las cuales están de antemano habituadas como en el caso de C. A., que acabo de relatar, y que fue una de las causas por las cuales no pensamos en el extrauterino. Por eso no exagero en decir que en toda meno o metrorragia dolorosa debe pensarse en el extrauterino y tratar de descartarlo.

En el extrauterino no roto los dolores son aún más variados, siendo a veces agudos pero en punzada de aguja, como lo expresan algunas enfermas; otras una simple sensación de peso o de distensión de un órgano interno, y en un gran porcentaje (casi en el 50%) antes de la ruptura no hay dolor, puesto que al interrogarles niegan todo dolor o molestia antes del episodio agudo, lo que equivale a decir que mientras la trompa resistió el embarazo, el extrauterino pasó desapercibido.

III: El último de la triada es la *suspensión de reglas* lo cual constaté en el 89% de los casos, desde el retraso de un día hasta varios meses. En 27 extrauterinos comprobé los siguientes días de retraso menstrual; de 1 a 5 días hubo 3 — de 6 a 10 días 7; — de 11 a 15 días 1, de 16 a un mes 2; — de uno a dos meses 8; — de 2 a 3 meses 8. No presentaron ningún retraso 3 enfermas. Es decir que los retrasos más frecuentes son de 6 a 10 días y de 1 a 2 meses.

Con estos tres síntomas procedemos al examen ginecológico el que arroja mucha luz, pero desgraciadamente no siempre es concluyente. El abombamiento del Douglas es constante en los hematoceles, especialmente en los que hay hemorragia interna. En el hematocele enquistado, puede ser un fondo de saco lateral el que se encuentra ocupado. Además, el signo más precioso unido a todo esto, es el dolor exquisito e intolerable del Douglas, los que algunos han dado en llamar "el grito del Douglas".

El fondo del útero es de enorme importancia determinarlo en todo examen ginecológico, y con mucha mayor razón en un síndrome de extrauterino, pues se debe descartar siempre la retrodesviación con incarceration de una matriz grávida o de un fibroma. Es ahí donde estriba un elemento de nuestra equivocación, que debido al dolor que despertaba el tacto no pudimos apreciar con claridad la posición del fondo. Hay un recurso más de clínica, cual es la punción del fondo de Douglas sobre el cual yo insistí en el caso de I. C. lo que nos habría puesto en el camino de descartar el extrauterino, pero desgraciadamente no se pudo llevar a cabo por razones que no es del caso traer aquí.

La punción se puso en boga en El Salvador en el año de 1936 y desde entonces se practica sistemáticamente en todos los casos requeridos y nunca se ha tenido que lamentar ninguna complicación.

En mis observaciones 16 punciones hechas en síndromes de embarazo ectópico, 11 fueron correctas, es decir, correspondieron exac-

tamente al proceso patológico. No es de despreciar este recurso que en las más de las veces constituye la clave de un diagnóstico. Mi objeto antes que todo al presentar estos casos, es despertar entre nosotros el deseo de llevar a la práctica esta investigación que se ha dejado de hacer desde algún tiempo y que a mi modo de ver es conveniente continuarla en todos los casos requeridos.

No quiero terminar sin dedicar unas cuantas líneas al valor de los exámenes complementarios que sería objeto de un análisis más detenido. El recuento globular y las reacciones biológicas del embarazo.

El primero puede en determinadas circunstancias ayudar al diagnóstico pues la leucocitosis moderada con polinucleosis es frecuente en el embarazo extrauterino.

En nuestros dos casos de hoy, recordémoslo, el primero tuvo 7200 leucocitos, elemento que nos habla en contra del extrauterino; y el segundo 11000 que nosotros tomamos como apoyo de la apendicitis crónica, siendo en realidad la traducción del extrauterino, ya que el apéndice con adherencias no pareció inflamado.

Más ayuda un recuento en los casos de duda entre un hematocrito y un piosalpinx, lo mismo que las reacciones biológicas del embarazo en determinadas circunstancias constituyen un aporte de gran valor. En resumen y para sacar un provecho práctico de estos dos errores, diré que es de importancia I^o, solicitar el acopio de los colegas que más hayan experimentado, para llevar a cabo más a menudo la punción del Douglas y II^o, recordar la importancia del recuento globular y de las reacciones biológicas del embarazo en el esclarecimiento de un diagnóstico de extrauterino.
