

Un caso de embarazo tubario. Laparotomía. Curación

POR EL SOCIO TITULAR

DR. MANUEL GODOY ALVAREZ

La Sra. C. C. de R., de 26 años de edad, es una persona de mediana estatura, de buena constitución y sin antecedentes patológicos hereditarios ni personales dignos de mencionarse hasta su matrimonio verificado hace cinco años. Con menstruación regularizada desde los 15 años, tuvo en el primer año de casada un embarazo que se suspendió a los seis meses por haber sufrido una operación quirúrgica en los órganos genitales externos con objeto de extirparle unas vegetaciones.

Después del aborto hubo una infección puerperal y desde entonces quedó sufriendo de la cintura, faltándole a veces las reglas, degeneradas en verdaderas metrorragias, y a menudo con dolores en el vientre, que por su intensidad y persistencia la obligaban a guardar cama; molesta, en fin, casi constantemente por el flujo blanco.

Mediante los diversos tratamientos que sus médicos le impusieran logró estar relativamente bien: durante seis meses el período se había vuelto a regularizar, mientras la leucorrea y los fenómenos dolorosos casi habían cesado.

Así estaban las cosas cuando faltó la menstruación en los meses de noviembre y diciembre del pasado año a la vez que se presentaban ciertos trastornos de las vías digestivas como los que de ordinario acompañan a la gestación.

Hacia fines del propio mes de diciembre, sin motivo aparente alguno, tuvo la mencionada señora un dolor en el bajo vientre, que atribuyó a la vuelta de las reglas; pero ese dolor, de carácter paroxístico, no era acompañado de corrimiento alguno, y como fuera cada vez más intolerable obligó a una consulta facultativa.

Por esto ví a la paciente el 29 de diciembre.

La enferma, en el decúbito dorsal, señalaba un dolor muy intenso en la parte baja del vientre, que por la palpación presentaba su máximum un poco a la derecha de la línea media, con irradiaciones hacia ambas fosas ilíacas; no había contractura muscular ni tumefacción perceptible alguna. El examen de los genitales en esta vez fué poco fructuoso, por no permitir la agudeza del dolor practicar eficazmente la palpación bimanual; sólo pudo comprobarse que la porción vaginal del cuello era pequeña, el orificio externo estaba cerrado y la matriz casi inmóvil. No había reacción febril y el pulso ofrecía caracteres normales.

Por el reposo y alguna medicación, calmante la enferma se sintió aliviada y pudo venir al consultorio el 2 de enero, requerida para reiterar la exploración ginecológica, la cual mostró la matriz apenas abultada en posición casi normal, un poco hacia adelante, más móvil que en el examen anterior; el anexo derecho ligeramente aumentado de volumen y algo sensible aún.

La verdad es que con los datos adquiridos no era posible establecer definitivamente un diagnóstico de embarazo; pero sí era evidente que el anexo derecho era sitio de una lesión quizás relacionada con la infección puerperal ya referida. Por de pronto se le aconsejó a la enferma que guardase cama, y con una medicación calmante y resolutive se pretendió influir sobre la lesión anexial.

En apariencia, aquellas medidas daban resultado satisfactorio, pues los dolores se alejaron hasta desaparecer; pero cinco días más tarde volvieron, y esta vez sí acompañados de sangre por la matriz. La enferma se sintió aliviada, pues creía que aquellos trastornos sólo obedecían a la detención del período. Se estableció la terapéutica aconsejada para detener un aborto, bien que el cuello permanecía cerrado.

Habiendo tenido por deber profesional que salir de la ciudad, encargué que se viera a algún compañero que siguiera atendiendo a la paciente; pero la familia no lo juzgó necesario porque después de la noche del 6 en que los dolores fueron sumamente intensos, la enferma volvió a entrar en calma; sólo persistiendo algún corrimiento sanguíneo.

El 15 fuí llamado de nuevo y encontré a la enferma perfectamente tranquila; ratifiqué los datos anteriores y que, en efecto, el dolor, al decir de la misma, la molestaba una que otra vez y de modo muy leve; el estado general acusaba alguna debilidad, pero nada inquietante que atribuir a la persistencia de la metrorragia. El examen de los genitales mostró el cuello cerrado y ofreció un dato nuevo harto significativo: había una tumefacción renitente de forma un poco alargada y del volumen de un plátano guineo, que se elevaba por encima del hipogastrio quedando un poco abajo y afuera del ombligo. Aquel exudado que se había desarrollado a tal grado en nueve días, y aquella metrostaxis, me hicieron pensar en el aborto tubario. Desgraciadamente en este caso no pude comprobar la expulsión de fragmentos de decidua; si tal hubiera sido, el diagnóstico habría tenido una claridad meridiana. Esto no obstante, fuerte en la convicción de que había un aborto tubario, y fiel a la doctrina que prescribe la intervención tan pronto como se establece el diagnóstico, propuse desde luego la operación, la cual no causó poca extrañeza, pues la enferma se juzgaba en franca mejoría. Sin embargo, fué tal la firmeza con que insistí en la operación, que hubo de aceptarse.

Mas ¿por dónde intervenir, por la vía abdominal o por la vaginal?

Era probable que los primeros fenómenos del aborto databan desde hacía cuatro semanas; se trataba de esos casos de desarrollo lento e insidioso y que en su mayoría se resuelven en un hematocèle retrouterino, que a menudo son del entero dominio de una simple colpotomía posterior, operación sencillísima que está de ordinario lejos de ofrecer los peligros de una laparotomía suprapubiana; aunque puede tener los inmediatos peligros de una hemorragia mortal y los posteriores de la infección.

En efecto, en México y en manos de ginecólogos reputados, que desgraciadamente no estaban prevenidos para la eventualidad de una hemorragia, han fallecido las enfermas en la mesa de operaciones. Pero hay más, en el extranjero y operando en medios bien provistos, hábiles cirujanos perdieron en semejantes casos a algunas enfermas, a pesar de haber amplia y rápidamente laparotomizado, después de la colpotomía.

Estos hechos siempre son un argumento de poderosa fuerza para preferir la laparotomía suprapubiana, a no ser que se trate de viejos derrames o que éstos hayan evolucionado hacia la supuración.

En el caso que presento había otro motivo para dejar a un lado la colpotomía, y era que la tumefacción de la trompa había tomado un desarrollo francamente abdominal. Pero si hubiera quedado alguna duda respecto del proceder operatorio, del todo se habría disipado por el curso mismo del procedimiento: fué que el día 20 la enferma presentó síntomas de irrupción en la cavidad peritoneal, pues el do-

lor que en los últimos días se había mantenido limitado al lado derecho, bruscamente y con viva intensidad se extendió al lado izquierdo a la vez que se marcaban los signos de una hemorragia interna.

Efectivamente, al abrir el vientre se encontró una buena cantidad de sangre en la cavidad libre; se extirpó la trompa derecha, turgente como una voluminosa salchicha, y se comprobó en el tejido subperitoneal una extensa infiltración de sangre ya coagulada que fué necesario evacuar desbridando aquí y allí; después de lo cual quedó una cavidad de múltiples anfractuasidades, que hizo necesaria una amplia canalización tanto por el abdomen como por la vagina. Hay que observar que para cohibir la hemorragia no bastó la ligadura de la uteroovárica y de la extremidad central del oviducto, sino que fué preciso aplicar algunas ligaduras en el piso pelviano, lo cual me hizo comprender cuán difícil o quizás imposible habría sido dominar la hemorragia si se hubiera seguido la vía vaginal. Sin duda este caso habría obligado a abrir al fin el abdomen ampliamente o a sacrificar la matriz; mientras que por el proceder descrito no se puso en peligro la conservación de este importante órgano.

El curso postoperatorio fué de los más felices, pues en rigor no hubo ni la más leve reacción peritoneal; la enferma comenzó a arrojar gases por el recto antes de las veinticuatro horas. Sí hubo los primeros días una ligera reacción febril, que fué decreciendo gradualmente, acompañada de ese pulso amplio, un poco dicrótico que se observa en la reabsorción de los exudados sanguíneos.

Del cuidado postoperatorio sólo hay que mencionar que al retirar las gasas del Mikulicz y de la fosa de Douglas, se sustituyeron por un tubo de caucho que desde la herida abdominal desembocaba en la vagina.

Actualmente la enferma, en perfecto estado general, está a punto de ser dada de alta, faltándole sólo por cicatrizar un pequeño resquicio de la incisión abdominal.

México, febrero 20 de 1916.