

## Dificultades Diagnosticas del Embarazo Ectopico

Por José Llixiona Mateu

JATIVA

Del Instituto Rubio de Madrid

La alta frecuencia de la gestación ectopica y las dificultades que en muchos casos se oponen a su diagnóstico hacen de este proceso uno de los más interesantes de la patología abdominal, ya que los riesgos que corre la enferma obligan a la resolución de los distintos problemas que nos plantea el tratamiento, no solamente a especialistas curtidos en la exploración ginecológica sino que en muchas ocasiones han de ser los médicos alejados de la especialidad las que decidan sobre tan urgente cuestión.

Las dificultades diagnósticas se acentúan ante los casos que no van acompañados del síndrome catclismo clásico, ofreciendo, en cambio, síndromes situados en los límites de la especialidad, que fácilmente pueden conducirnos a errores diagnósticos, responsables muchas veces de tristes y fatales desenlaces.

Me sugiere estas consideraciones la experiencia de algunos casos que fueron diagnosticados como procesos residentes en otros aparatos, destacando entre todos ellos, por lo notable e interesante, el de la mujer que sufriendo un embarazo tubárico ofreció desde

sus primeras manifestaciones un síndrome de aparato urinario que justificó en parte el diagnóstico erróneo planteado por su médico de cabecera, llevando a la enferma a derivaciones irremediables, que motivaron su ingreso en la consulta de ginecología que el doctor Botín dirige en el Instituto Rubio, siendo operada por mi maestro el 11 de Noviembre 'le 1921, concediéndome el privilegio de ser su ayudante en dicha intervención.

Un esqueleto fetal que contaba unos cinco meses de edad había sido expulsado por la uretra después de muchos años de retención.

I. (J., de sesenta y tres años de edad. Tres partos normales a los veintitrés y veintisiete años, respectivamente. Aparte de las amenorreas propias de sus embarazos no faltó a su catamienno una sola vez. No observó tumoraación ni aumento del volumen abdominal, faltando toda sintonía que le hiciera sospechar un nuevo embarazo.

A los treinta años padece un fuerte dolor en hipogastrio, con retención de orina por varias horas, y después de sonarla desaparece todo. Este cuadro se repite

a los cuarenta años y nuevamente a los cincuenta y ocho, ya menopáusicas, desapareciendo igualmente después del sondaje. En Marzo de 1920 se presentan dolores en el abdomen inferior, escalofrío, fiebre alta, cefalea intensa y guarda cama cuarenta y ocho días. Al cabo de este tiempo se enturbia su orina, luego se hace purulenta y termina por ser francamente pus. comenzando a expulsar por la uretra, durante las micciones, huesos fetales, que algunos hubieron de ser extraídos por el médico de cabecera. Entre los huesos que expulsó conservó los siguientes, que trajo a la consulta: Dos parietales, un temporal, occipital, un fragmento de maxilar, la tibia y peroní del lado derecho, los húmeros, una clavícula, costillas y otros, que resultaron imposible de diagnosticar por la deformación calculosa que las sales de la orina originaron al depositarse sobre ellos. El estado actual era de intensa polaquiuria, regiones lumbares muy sensibles a la palpación, grandes molestias en las micciones, piuria, alteraciones digestivas, fiebre oscilando hacia los 38" y el pulso pequeño y frecuente. Por ceterismo uretral con sonda metálica se (oca un cálculo, al parecer de grueso tamaño.

El síndrome de la enferma es el de una infección ascendente de riñón, de forma crónica, con agudizaciones relacionadas con el aumento o disminución de la estancación de orina y la inhibición de la función secretora del riñón.

Las exploraciones de vías altas no fueron posibles, ya que la enferma no toleraba la sonda permanentemente, no siendo posible sanear la vejiga siquiera con lavados. En estas condiciones hubo que decidirse a intervenir practicando una talla hipogástrica, ya que la deficiente función renal aumentaba la intoxicación urinosa y posteriores momentos habían de acumular gravedad a la propia de la intervención.

Se extrajo un calculo de sesenta gramos formado sobre algunos restos óseos. En el fondo de la vejiga, hacia el lado izquierdo, existía en la mucosa una retracción cicatricial semejando a una umbilicación, que seguramente correspondía al sitio donde se perforó el quiste fetal.

La enferma murió a las cuarenta y ocho horas de operada por intoxicación úrica. Había llegado a la completa anuria.

La evolución de este proceso fue interpretada por mi maestro, doctor Botín. Una gestación tubárica en sus primeras semanas había-se convertido en abdominal secundaria estableciendo adherencias entre el huevo y vejiga, que al vascularizar proporcionaron suficiente nutrición al feto durante cinco meses, al cabo de los cuales murió sufriendo posteriormente el proceso de reabsorción de partes blandas conocido con el nombre de esqueletización.

Los aparatosos fenómenos que acompañan a la rotura de trompa no pueden pasar desapercibidos, y

la enferma no acusó ningún síntoma cataclísmico que justificara la posibilidad de haber ocurrido dicho accidente. En cambio el aborto tubarico completo, de dos a cinco semanas, puede **evolucionar** sin provocar el mas **pequeño** de los fenómenos catadísmicos, acaeciendo así los hechos en el caso de nuestra enferma, puesto que no hubo más interrupciones de sus catamenios **que** las correspondientes a sus tres embarazos, y ello fundamenta que el despinzamiento ovillar hacia cavidad peritoneal se **verificara después** de una corta implantación en trompa.

Después de una **retención** del quiste fetal durante muchos años sin producir apenas molestias **llega a** infectarse y supurar, perforando **la vejiga**, en donde es evacuado el pus y el esqueleto fetal.

La fecha en que tuvo lugar el embarazo hemos de fijarla entre los veintisiete y los treinta años, pues razonando la historia de esta mujer nos encontramos: A los treinta años, dolor agudo en región hipogástrica, con retención de orina, que cede todo al ser sondada;

pero como estos síntomas se repiten a los cuarenta y cincuenta y ocho años ya no pueden achacarse al aborto tubárico sino a las agudizaciones del proceso flogístico **crónico** pericistítico, que **forzosamente había** de existir antes de la evacuación del absceso en vejiga, cuyo accidente se produjo durante las complicaciones ya referidas, que comenzaron el veinte de Marzo de 1920.

Conocida la evolución de este proceso salta a la isla una I<sup>ª</sup> fase que pudiéramos llamar **aséptica**, muy parca en **sintomatología**, contrastando con un segundo período aséptico mucho más rico en molestias y con síntomas **tan** expresivos que conducen con evidente diafanidad a un diagnóstico distinto al establecido primeramente, que por ser tardío ya no permite la aplicación de los recursos quirúrgicos, que practicados anteriormente hubieran ido acompañarlos de resultados lisonjeros.

La precocidad diagnóstica del proceso que estudiamos tiene una alta trascendencia, puesto que **los** riesgos que corren las enfermas cu-

va trompa se rompe o aborta el huevo en cavidad abdominal pueden encerrar tal gravedad que la muerte ponga trágico fin al problema que intentábamos plantear. A pesar de estos posibles serios accidentes se continúan cometiendo errores referentes a este proceso, siendo de absoluta precisión nos preocupemos de las causas de estos errores, puesto que al conocerlas habremos de evitarlas con **mayor** frecuencia. Cierta proporción de **los casos**

de embarazo extrauterino no diagnosticados es debida a la general creencia de considerarle como un proceso de extremada rareza, tanto, que los no especialistas **llegan a** olvidar su posible existencia. Este olvido en que se tiene a la gestación ectópica ha llegado al extremo de que ante las dudas en algunos casos se han visto sumidos algunos compañeros, sin atreverse a establecer un diagnóstico ha bastado la simple mención de gestación ectópica para que rotundamente este diagnóstico fuera lanzado por quien hasta entonces vacilaba en un mar de confusiones. Torre Blanco propone que para evitar el error del olvido debemos aceptar la afirmación de que toda enferma que dentro de su época de actividad genital padezca un proceso abdominal agudo de localización baja tiene un embarazo **ectópico** en tanto no se demuestra lo contrario. Esta afirmación que el mismo reconoce exagerada, puesto que muchas veces se demostrara ara la no existencia de embarazo, será

siempre **útil**, por ser menos perjudicial para las **enfermas** esta exageración **que la** contraria.

Si en la enferma objeto de nuestra historia se hubiese tenido presente esta afirmación cuando a la edad de treinta, cuarenta y cincuenta y ocho años sufría un dolor agudo *en* región hipogástrica es seguro que al continuar explorando a la enferma en el sentido de un posible embarazo **ectópico** hubiera sido comprobado, a pesar de la ausencia de amenorreas que también constituyen otra causa de **error**, ya que existe posibilidad de evolucionar un **embarazo** con asistancia de sus catamenios.

Con el aborto vulgar es fácil el error no explorando con todo detenimiento, y máxime cuando **en algunos** casos puede decirnos la enferma que entre la **sangre** expulsada **vio salir** una membrana, que con facilidad **podríamos atribuirle origen ovular**, tratándose de la expulsión de la mucosa uterina con **reacción decidua!**; ésta suele observarse siempre que una gestación **ectópica** cuente más de diez semanas.

Las membranas que pueden desprenderse en las dismenorreas menbrunosas también pueden confundirle con la mucosa con reacción dicidual y sólo podremos distinguir microscópicamente por la presencia de células deciduales existentes en los estados de gestación. Para no confundir los cuadros de aborto vulgar y gestación ectópica hay que tener *en* cuenta el pulso y temperatura, que general-

gara a 10.000 como máximo, habiendo predominio de mononucleares

La reacción de Fahraeus es de **gran** importancia para aclarar las dudas de diagnóstico; yo la he practicado en muchos casos de diagnóstico difícil surgidos en el Instituto Rubio y en otros de m<sup>l</sup> particular consulta, aclarando siempre el caso. La velocidad de **sedimentación** de hematíes interpreta el caso como de proceso inflamatorio agudo si dura menos de cuarenta minutos y el **sedimento** de veinticuatro horas pasa de 0'30 c. c; en las gestaciones ectópicas la sedimentación dura más de cuarenta minutos y la cantidad **de** sedimento no llega a 0'25 c. c-

Cuando el médico general tenga **en** su clientela casos como los que acabamos de referir cumplirá con su deber llamando al ginecólogo, ya que tales enfermas presentan los síndromes más confusos que en la especialidad puedan existir, y sólo con atribuirles un origen genital le exime de mayores esfuerzos.

También se ha dado el caso de que un embarazo tubárico haya simulado un ataque apendicular, y si bien es verdad que en algunos casos puede resultar muy difícil su

diferenciación hay que reconocer en la mayoría de las ocasiones no llegaría a cometérsele! error si un **detenido** reconocimiento de la enferma **hubiérase** practicado con antelación (1) Schockaert (de Louvain) cita el **caso de** una mujer atacada bruscamente de dolor en fosa derecha, con irradiaciones **hacia el** muslo. El último catamenio, finco días antes del ataque. Mac-Burney doloroso, con defensa muscular; no hay fiebre. El reposo, dieta láctea y fomentos calientes hacen desaparecer el dolor. Un **día** después repite la salida de sangre por genitales y al siguiente aparece de nuevo el dolor y nueva metrorragia. La ausencia de fiebre, los cólicos intermitentes y la salida de sangre le inclinan hacia embarazo tubárico. a pesar de la existencia del catamenio cinco días antes.

Tres días después tuvo dolor violento en todo el abdomen, descubriendo la tactación vaginal un tumor muy sensible en forma de morcillón en el fondo de saco derecho. La **laparotomía** confirma el diagnóstico de embarazo **tubárico**.

La litiasis en determinadas oca-

(1) Schockaert: *Gynecologie et obstetrique*,—Año 1920, tomo I, num. 4.

siones puede recordar la sintomatología del embarazo ectópico, especialmente cuando está constituida por fase dolorosa de localización baja, con síntomas de reacción peritoneal por propagación de exudados a lo largo del colon ascendente. Madinaveitia dice que con frecuencia va acompañado de un estado lipotímico, y entonces será verdaderamente difícil descartar uno de los procesos, para lo cual habrá necesidad de recurrir a un ginecólogo, puesto que para aumentar la confusión aparecen metrorragias repetidas veces en las enfermas de litiasis biliar.

En clínica es de suma importancia valorar todas las manifestaciones, y aun aquilatando tan rigurosamente casos hemos de presenciar de imposible afirmación categórica, siendo prudente y científico mantener la duda en nuestra mente y estar predispuestos a recibir

las lecciones que de tales casos se desprenden.

#### CONCLUSIONES

1.º El olvido de la posible existencia de embarazo ectópico es causa de error diagnóstico.

2.º La poca gravedad de los síntomas no excluye la posibilidad de un embarazo ectópico.

3.º La amenorrea no es indispensable para la existencia de un embarazo extrauterino,

4.º El médico general cumple con su deber llamando al especialista antela duda entre embarazo ectópico y procesos inflamatorios de origen genital.

5.º La ausencia de fiebre, cólicos intermitentes y pequeñas metrorragias puede descartar la apendicitis, siempre que el embarazo no sea febril.

*Crónica Médica de Valencia*