



La douglascopía como un recurso diagnóstico a utilizar en las emergencias ginecológicas*

Por el Dr. Manuel Urrutia Ruiz
Ginecólogo del Hospital General de México, D.F.

¿Hay realmente emergencias en ginecología que requieran una Cirugía de Urgencia? Todos aquellos médicos que ya tengan algunos años de trabajar en el vasto campo de la ginecología, fácilmente recordarán algunos casos apurados en que han tenido que actuar con premura para salvar la vida de una mujer.

Repasemos someramente cuáles son esos casos de extrema urgencia diagnóstica y que requieren una terapéutica quirúrgica también urgente.

Tal vez los más numerosos sean los embarazos ectópicos, particularmente los tubarios y especialmente en sus fases de ruptura o de aborto tubario abdominal. Los cuadros clínicos son a veces de tal modo dramáticos, especialmente en aquellos de hemorragia cataclísmica en un tiempo, con lipotimias, dolor abdominal agudo y todo el cortejo sintomático de hemorragia interna, que nadie discute en tales ocasiones la actuación urgente del cirujano. Indudablemente que menos aparatosos pueden presentarse el embarazo tubario roto, con hemorragia grave en dos o más tiempos y el aborto tubario, pero eso no excluye que ambas modalidades reclamen intervención operatoria con relativa premura.

Un poco menos frecuentes son aquellos casos de torsión de quistes ováricos, de hidrosalpinx y hablando en términos generales torsiones o vólvulos

anexiales, en que el dolor es tan agudo, que apenas lo mitiga por horas la morfina, y acompañándose de vómitos y de otros síntomas, de irritación peritoneal, que marcan un cuadro clínico de abdomen agudo, que aparea intervención quirúrgica inmediata.

Con muchísima menor frecuencia se ven esos casos de hemoperitoneo agudo por ruptura de quistes foliculares ováricos (más excepcionalmente ruptura de quiste lúteo), que se acompañan de todo un conjunto sindromático que impone el diagnóstico de abdomen agudo, casi sinónimo de laparatomía de urgencia. En cuanto a las hemorragias que puede dar el ovario, además de las antes señaladas, mencionaremos aquellas hemorragias foliculares y del cuerpo amarillo, y además se citan contados casos en la literatura médica mundial de hemorragia del estroma ovárico por apoplejía ovárica.

Contados son los casos de síndromes abdominales agudos por ruptura de quiste ovárico que también dan sintomatología ruidosa que obliga a intervención quirúrgica en corto plazo.

Las perforaciones uterinas por instrumento, ya sean accidentales durante una intervención uterina de legrado o bien por abortos criminales, determinan cuadro abdominal agudo. En uno o en otro caso, la enferma acusa de inmediato dolor agudo y síntomas de irritación peritoneal muy marcados que, si se acompañan de ruptura vascular y hemorragia, van a agregarse los síntomas de hemorragia interna. Tanto para atender la pérdida sanguínea, que puede venir a

* Reproducido de: Ginecología y Obstetricia de México 1950;V(Marzo-Abril):126-30.

ser peligrosa por su cantidad, como y muy principalmente para evitar la infección peritoneal, tan grave en estos casos, debe operarse de urgencia a estas enfermedades.

Son contadas las ocasiones de quistes anexiales y especialmente ováricos que se infectan y supuran y obligan a una terapéutica quirúrgica inmediata y todavía son más raros de encontrarse aquellos miomas uterinos infectados que condicionan intervención quirúrgica urgente; también puede darse el caso de miomas subperitoneales con su pedículo sufriendo torsión y acompañándose de cuadro abdominal agudo. En cambio, son menos excepcionales aquellos piosalpinx o bien ovaritis supuradas que se rompen en peritoneo libre, que dicho sea de paso, por la reacción pelviperitoneal que despiertan estas lesiones se forman adherencias que tabican el proceso y muchas veces la ruptura se hace en una víscera hueca (vejiga, recto, intestino delgado), pero puede hacerse en peritoneo libre, dando cuadro abdominal agudo que obliga a intervenir quirúrgicamente en plazo perentorio.

Indudablemente que debe contarse con la posibilidad de otras hemorragias intraperitoneales de origen genital no gravídico, que aunque son casos excepcionales pueden encontrarse en la práctica. Se han señalado contados casos de reflujo: útero-tubo-peritoneal, ruptura de vena subserosa en mioma o de un varicocele del ligamento infundibulopélvico. La misma trompa puede dar lugar a hemorragias, fuera de todo embarazo tubario, ya en los casos de torsión o vólvulos de la trompa, bien en los casos de salpingitis hemorrágica, o en las salpingitis tuberculosas de forma ulcerosa perforante, también en la salpingitis sífilítica y en las neoplasias malignas tubarias; pero todos estos casos son verdaderamente excepcionales y hallazgos muy raros en clínica ginecológica.

En otro orden de ideas, numerosísimos son los casos de aparente y engañosa urgencia en ginecología, como son en su gran mayoría los procesos inflamatorios, particularmente las salpingitis y anexitis agudas y las pelviperitonitis y pelvicolitis también agudas. El cuadro clínico impresiona por el dolor agudo, los síntomas de irritación peritoneal: náuseas y vómitos, paresia intestinal con imposibilidad absoluta o relativa de expulsión de gases y materias fecales

y el meteorismo concomitante y las reacciones de defensa con contractura muscular e hiperestesia cutáneo-abdominal. Y agréguese a todo esto la hipertermia, los escalofríos y el carácter más o menos punzitivo del dolor, va a obligar al médico a confrontar una situación apurada, que debe manejar con atingencia, porque un gran número de casos cede ante una terapéutica antiflogística y antiinfecciosa apropiada, más ahora que se cuenta con el valioso apoyo de los antibióticos. Raros, muy raros, serán aquellos de estos casos en que obliguen a una terapéutica quirúrgica urgente y en cambio, el diferirla garantiza el poder hacer a posteriori, si se impone la necesidad de intervenir una cirugía más conservadora. Resumiendo, estos casos apurados no deben tratarse quirúrgicamente de inmediato, no imponen cirugía de urgencia, sino que se benefician más con una terapéutica de prudente expectación. Pero es innegable que se prestan muchos de estos casos de infecciones agudas de las estructuras pélvicas a confusión diagnóstica con otros cuadros abdominales agudos que sí requieren cirugía de urgencia, entre ellos pueden recordarse la confusión frecuente con apendicitis agudas, con diverticulitis, con síndromes de obstrucción intestinal, etc.

Esto nos lleva de la mano a recordar la importancia de un correcto diagnóstico, la necesidad de pulirlo y afinarlo y no conformarnos con etiquetar el caso simplemente de "abdomen agudo", que algunos clínicos hasta lo rechazan, pues al lado de claras emergencias que se benefician de la intervención operatoria precoz, existe ese numerosísimo grupo de afecciones agudas de los genitales internos, en los que es infinitamente superior un tratamiento expectante que una precipitación quirúrgica injustificada e intemperante que va a agravar el caso o bien impone grandes mutilaciones, que resultan innecesarias si se tiene la prudencia de saber esperar.

En buena clínica, con un cuidadoso análisis por interrogatorio de los antecedentes de la enferma, una investigación cuidadosa del estado actual del padecimiento y un metódico, acucioso y completo examen físico con exploración ginecológica, se llega a una conclusión diagnóstica acertada en un buen número de casos. Pero es innegable que en muchos otros ape-

nas se puede sentar un diagnóstico presuncional aproximado que requiere del concurso de pruebas de laboratorio y de exploraciones armadas para complementarlo y acercarse a la exactitud requerida para establecer una terapéutica apropiada.

Las pruebas de laboratorio pre-operatorias y de rutina son bien conocidas en cuanto a la aportación con que contribuyen para establecer el diagnóstico y a ellas deberá recurrirse en todos los casos. Esto nos exime de hacer hincapié al respecto. Algunas pruebas especiales y de exploración armada sí van a detenernos por su particular aplicación a estos casos de diagnóstico en las emergencias ginecológicas.

Desde luego las pruebas biológicas de embarazo no son positivas y por tanto decisivas en el diagnóstico del embarazo ectópico si no hay tejido trofoblástico activo, de aquí que, en cuanto haya aborto tubario o ruptura tubaria y en ambos casos desprendimiento y desvitalización del tejido trofoblástico, ya no se encontrarán estas pruebas biológicas del embarazo positivas y por ende pierden su valor para el diagnóstico de esos casos de embarazo ectópico ya referidos.

El estudio de la citología vaginal no es enteramente típico en los casos de embarazo ectópico para permitir apoyar un diagnóstico con esta sola prueba.

La biopsia de endometrio hasta cierto punto sí es de utilidad al permitir encontrar en el estudio histopatológico abundantes celdillas deciduales.

Los rayos X, sobre todo manejados por expertos, permiten imágenes a veces bastante elocuentes, señalando derrames hemáticos abdominales y en otras ocasiones imágenes hidroaéreas, especialmente cuando hay perforación uterina y de algunas otras vísceras huecas.

En todas estas pruebas hay que contar con especialistas, instrumental y tiempo para realizar dichas pruebas. En cambio, se antoja que es mucho más fácil y rápido proceder a hacer la endoscopía de la cavidad peritoneal a través del fondo de saco de Douglas, o sea la exploración armada denominada Douglascopía y en caso necesario proceder a la operación de inmediato con la enferma en la misma mesa.

En efecto, el instrumental que se requiere para ella es mínimo, a saber:

Una pinza de curaciones uterinas

Una sonda vesical

Cuatro pinzas de campo

Una valva de Simms

Una jeringa y agujas para anestesia local del fondo de saco vaginal posterior

Una cánula y trocar para perforar el Douglas y

Una lente telescópica del Douglascopio.

En un caso de emergencia ginecológica de los ya antes expuestos, qué cosa más fácil que poner inyección sedante, de Demerol, por ejemplo, sondear la vejiga y colocada la enferma en posición genupectoral proceder a anestesia local del fondo de saco vaginal posterior para a continuación hacer la perforación del mismo con la cánula trocar y reemplazar el mandril-trocar por la lente del Douglascopio y proceder a la observación visual de la excavación pélvica y de los genitales internos.

CASOS CLÍNICOS

Con este criterio es como hemos actuado en unos cuantos casos muy seleccionados de emergencias ginecológicas en que hemos tenido la oportunidad de aplicar dicha exploración en los pocos meses que tenemos de estar utilizando el procedimiento. Uno de ellos fue el caso de un embarazo ectópico tubario en que la imagen que se visualizaba por el douglascopio era la de un goteo de sangre por el pabellón de la trompa derecha, que se presentaba en su porción ampular distendida y de una coloración rojo vinosa, por lo que se hizo el diagnóstico de aborto tubario, que quedó confirmado a la intervención quirúrgica que se hizo casi de inmediato.

Otro caso clínico en que se aplicó la Douglascopía con un criterio semejante, fue el de un embarazo ectópico recientemente roto, pues tenía muy pocas horas de haberse presentado la sintomatología dramática de la ruptura cuando se le hizo la Douglascopía, y se pudo ver una trompa también derecha, que se presentaba distendida, de coloración rojo vinosa y con un pequeño desgarro longitudinal del que manaba sangre en su porción ístmica. La operación corroboró plenamente el diagnóstico.

El tercer caso fue el de una torsión de pedículo de quiste ovárico izquierdo en una persona sumamente

obesa, a quien ya se le habían presentado crisis de torsión, que no habían sido debidamente diagnosticadas y como por su obesidad, la exploración ginecológica era mucho muy difícil, tiene el mérito la Douglasscopía de haber permitido el ver francamente que a partir del cuerno izquierdo de la trompa se desprendían unos cordones retorcidos sobre sí mismos en múltiples espiras de color rojo-violáceo y que hacia arriba se perdían en una masa que se adivinaba esférica por su brillo y su coloración blanco-azulada, pero de la cual no se tuvo la imagen completa. Con este dato presuncional dado por la Douglasscopía, se planteó la necesidad de una intervención quirúrgica urgente que confirmó el diagnóstico de torsión de quiste ovárico izquierdo.

Finalmente, tuvimos recientemente una enferma que presentaba cuadro agudo abdominal con síndrome de hemorragia interna y dolor localizado perfectamente en el cuadrante inferior derecho del abdomen. Como por la exploración ginecológica apenas si se tuvo la impresión de sensibilidad dolorosa exagerada del Douglas y del anexo derecho, aunque

no presentaba irregularidades menstruales de ninguna especie la enferma, se pensó en la posibilidad de un embarazo ectópico y se procedió a la Douglasscopía, encontrándose por este medio de exploración armada, sangre líquida en el Douglas, que procedía de la ruptura de un quiste folicular pequeño, del ovario derecho, con integridad anatómica y funcional de ambas trompas. La intervención operatoria subsecuente comprobó ampliamente el diagnóstico.

CONCLUSIONES

Se antoja inútil y atrevido sentar conclusiones de una tan parca experiencia, que se reduce a cuatro casos clínicos, pero tomando en consideración lo elocuente de ellos, bien vale formular más que una conclusión, una cordial invitación para que los ginecólogos hagan mayor y más frecuente uso de la Douglasscopía, y posteriormente, cuando se tenga la suficiente experiencia se formulen conclusiones definitivas sobre su valor como coadyuvante del diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- BAILEY, HAMILTON.- *Cirugía de Urgencia*. 1943.- Edit. Emecé. Buenos Aires.- Capítulo XXX.- Organos Genitales femeninos pág. 386.
- 2.- BENAVIDES, LUIS.- *Embarazo extrauterino abdominal de 7 meses, presentación de un caso clínico*. Rev. Ginec. y Obst. de México.- Tomo III Marzo-abril 1948. Pág. 129.
- 3.- BENTHIN, WALTHER.- *Diagnóstico y diagnóstico diferencial de las afecciones ginecológicas*; 1932. Págs. 60-68.
- 4.- BERGER, H. I.- *Gynecology Diagnosis*. 1932. Págs. 97, 49, 91, 92, 43 y 39.
- 5.- CALATRONI, CARLOS J. Y RUIZ, VICENTE.- *Terapéutica Ginecológica*. 1946. Edit. El Ateneo. Buenos Aires. Págs. 171-197.
- 6.- CONILL MONTUBIO, V.- *Tratado de Ginecología y de Técnica Terapéutica Quirúrgica*.- 1946. Edit. Labor, "Síndromes Abdominales Agudos". Págs. 743-749.
- 7.- CORACHAN GARCÍA M Y DEMENECH-ALSINA, F. *Clínica y Terapéutica Quirúrgicas de Urgencia*.- 1937. Edit. Labor. Afecciones ginecológicas. Págs. 713-719.
- 8.- DIOS, EDUARDO.- *Clínica Quirúrgica*. 1941. Edit. Aniceto López, Buenos Aires. Págs.
- 9.- DELGADO, RICARDO. - *El Abdomen Agudo Quirúrgico*.- Metodología del Diagnóstico. La Prensa Médica Argentina. N° 31.- 3 de agosto de 1945. Pág. 1473.
- 10.- GUIBAL, PAUL.- *Semeiologie Chirurgicale*. 1929. Edit. Maloine. Le drome Abdominal. Págs. 135-169.
- 11.- IGARZABAL, JOSÉ E.- *Cirugía de Urgencia*. 1947. Edit. Libr. Hachette Rotura del embarazo ectópico. Págs. 1499-1508.- Pelvipéritonitis y Celulitis pélvica. Págs. 1509-1515. Tomo II.
- 12.- JIMÉNEZ ABAD, L. H.- *Semiología del dolor en la fosa iliaca derecha*.- Rev. Novedades Médicas. N° 6. Diciembre 15 de 1946.
- 13.- LEJARS, FÉLIX.- *Cirugía de Urgencia*.- 1931. Órganos Genito-Urinaros. Págs. 511-533.
- 14.- MONDOR, H.- *Diagnostic Urgents, Abdomen*. 1946. Edit. Masson Págs. 381-415; 589-656; 1050-1078.
- 15.- PAVLOVSKY, ALEJANDRO J. *Abdomen Agudo Quirúrgico*. 1938. Edit. Ateneo. Cap. VII. Afecciones ginecológicas agudas. Págs. 337-410.
- 16.- RABAGO, JOSÉ.- *Embarazo extra-uterino a término*. Rev. Ginec. y Obst. de México. 1er Tomo. Octubre. Diciembre 1946. Pág. 229.
- 17.- RICCI, JAMES V.- *Diagnosis in Gynaecology*.-1948. The Blakiston Co. Págs. 204-239.
- 18.- STAJANO, CARLOS. *Las Leyes de Fisiopatología del dolor esplácnico que surgen de la clínica*. Rev. Mexicana de Ginec. y Cáncer. Año XIV. N° 3. Pág. 83. Marzo 1946.
- 19.- URRUTIA, MANUEL.- *Valor semiológico del dolor de la fosa iliaca derecha*. Rev. Sugestiones. Año XII. N° 143. Julio 1947. Págs. 66-74.
- 20.- URRUTIA, MANUEL.- *Douglasscopía. Comunicación preliminar*. Rev. Ginec. y Obst. de México. Vol. IV. Año IV. N° 4. 1949. Págs. 287-295.
- 21.- ZENTENO, GENARO.- *Fisiopatología del Embarazo Tubario*. Rev. Cirugía y Cirujanos. Junio 30 1941. Págs.
- 22.- ZUCKERMANN, CONRADO.- *Volvulus Salpingiano*. Rev. Ginec. y Obst. de México. 1er. Tomo. Octubre-Diciembre. 1946. Pág. 239.
- 23.- ZUCKERMANN, CONRADO.- *Hemoperitoneos Ginecológicos*.- Rev. Mex. de Cirugía. Ginec. y Cáncer. Agosto 1948. Págs. 267.