



Hace 55 años

Lugar de la cirugía en el aborto

Por el Dr. Fernando PERERA CASTILLO
Profesor de Clínica Quirúrgica
Universidad Nacional de México

Dejando asentado que el aborto, según el concepto clásico, es la interrupción de la gestación antes de que el producto llegue a alcanzar el límite de su probable viabilidad, que se calcula alrededor de los seis meses de vida en el vientre de la madre, hay que agregar que esta interrupción podrá tener lugar en un huevo anidado en el útero o fuera de él, que el mecanismo de producción podrá deberse a causas intrínsecas o extrínsecas, terapéuticas o criminales y que el producto expulsado podrá también estar integrado por un embrión, feto o masa molar.

Tratándose de un aborto, sean cuales fueren las condiciones en que se verifica, la mujer que se encuentra en ese trance, debe ser atendida por técnicos en la materia que se encarguen de comprobar si el huevo y sus anexos han sido completamente expulsados o si su retención total o parcial actuarán como cuerpos extraños, que acarrearán trastornos si en un plazo perentorio no son debidamente retirados. El hecho de que una mujer se encuentre en inminencia de interrupción de su gestación, cae dentro del dominio del arte quirúrgico gineco-obstétrico que en pocos casos se podrá resolver dentro de una expectación armada pero que en su mayoría obliga a la comprobación quirúrgica bajo anestesia. Precisando más, debe de asentarse el criterio de que el que atienda a una mujer en peligro de aborto, debe de estar preparado técnicamente para poder solucionar todos y cada uno de los incidentes que puedan presentarse, inclusive, el de llevar a ejecución intervenciones operatorias delicadas que puedan ofrecerse en el curso del mismo. Debe ser un cirujano entrenado en las técnicas quirúrgicas gineco-obstétricas, tanto por la vía vaginal, como de la abdominal. Aparte de la preparación y entrenamiento manual,

debe de poseer experiencia suficiente para poder aplicar la mejor táctica quirúrgica posible, teniendo en cuenta, y valorizando los múltiples factores que se presenten. En una palabra, estar preparado para plantear y ejecutar "*una conducta quirúrgica*". Creer que aborto y legrado uterino es la única fórmula con que se resuelven esas situaciones es caer en un perfecto error que ha conducido a muchos fracasos.

La conducta es distinta si se está en presencia de un aborto uterino o extrauterino con expulsión de caduca al exterior que muchas veces se confunde con el huevo. Deberá pensarse más a menudo de lo que lo hacemos, en la posibilidad de un aborto molar, recogiendo con acuciosidad los datos anamnésicos.

Bien asentadas estas premisas entremos en materia sobre la conducta quirúrgica en el aborto.

Cuando se está en presencia de una mujer que dice abortar, debe precisarse si está embarazada. Se dice en clínica que toda mujer bien reglada, llevando vida marital normal, si se le suspende la menstruación, es sospechosa de embarazo mientras no se demuestre lo contrario. Las pruebas hormonales de gabinete tardan en efectuarlas, son costosas, y tienen todavía su índice —aunque pequeño— de incertidumbre. Los datos clínicos son siempre más abundantes y por la positiva cuentan: fecundidad, modificaciones mamarias en las primigestas, síntomas vago-simpáticos o neuróticos, alteraciones en la conducta, hiperestesias sensitivas y sensoriales, polaquiurias, etc., y principalmente los datos que proporciona el tacto abdómino-genital y rectal para registrar reblandecimientos cervicales, flujos, aberturas del hocico de tenca, signos de Hegar, Budín y Oclander así como lo relativo a los anexos en tamaño, sitio, sensibilidad de los mismos para poder pensar en los embarazos extrauterinos y molares. Yo soy partidario y lo aconsejo, de la exploración ginecológica en casos de amenaza de aborto, por considerarla

* Reproducido de: Ginecología y Obstetricia de México 1951;VI:427-430.

de gran utilidad diagnóstica, y creo que la mayoría así lo piensa. Es indispensable para el diagnóstico del embarazo, saber su sitio, el período evolutivo del mismo aborto y las causas extrañas a él que puedan complicarlo. Es preciso hacerlo siempre con reservorios pélvicos vacíos.

La comprobación de la contracción uterina dolorosa, del cuello abierto y el tocar el polo ovular inferior hablan en favor de huevo desprendido, en cuyo caso, hay pérdida sanguínea abundante en coágulos o en sangre líquida. Esto es lo habitual de observarse en el aborto de 10 a 12 semanas. En tales casos, la conducta aconseja taponamiento vaginal, para disminuir la pérdida sangrienta, favoreciendo de paso la dilatación del cuello. Se transportará a la paciente a un medio quirúrgico en donde se procederá al vaciamiento del útero bajo anestesia. En este período de la gestación, el aborto es muy sangrante, porque, grande extensión del corión es muy rico en trofoblastos y a su vez pueden retenerse en útero, organizarse, seguir luego dando sangre hasta que no se va a expulsarlos. La biometría hemática con las cifras del hematocrito nos guiará para reemplazar la sangre perdida.

Cuando el aborto se presenta después de las doce semanas de la gestación, tiene lugar casi siempre en dos tiempos. El saco ovular, más lleno de líquido amniótico, cede más pronto y se rompe prematuramente a las contracciones uterinas; dejando escapar el producto de la concepción reteniendo los anexos ovulares. Por el tacto, se comprueba el útero grande, blando y dando sangre. Este es el caso del aborto recién consumado con retención de placenta y saco ovular. La conducta será pues el vaciamiento digital del útero con maniobras suaves, evitando la instrumentación al mínimo, por el riesgo de perforar el órgano, recurriendo en el transoperatorio después de comprobar la permeabilidad del cérvix, al Ergotrate o al Pitocin endovenoso, que contraen el cuerpo del útero y poder trabajar en útero contraído que aleja así el peligro de perforación.

En nuestro servicio de la Sala 8 de este Hospital, más del 80% de las enfermas que se internan con riletorragias son ocasionadas por abortos que a menudo tratan de ocultar, omitiendo datos importantes para el diagnóstico, llevando ya varios días del incidente inicial y como es de suponer con cuenta hemática dan-

do cifras muy bajas en hematíes, hemoglobina y con hematocrito en cifras alrededor de 30. Estas enfermas cuya mayoría se hallan en plena edad genital y que se internan por metrorragias con síndrome doloroso intermitente inicial, aún cuando no proporcionen el dato (que a menudo ocultan) de suspensión menstrual, las catalogamos como de aborto, cuando los datos de exploración así nos inducen a pensar. Si se confirma la sospecha del aborto incompleto, con retención de restos ovulares, procedemos al vaciamiento del útero y a la reposición de la sangre perdida en los límites que nuestro banco de sangre nos lo permite. Se remite sistemáticamente al Patólogo el producto obtenido para su clasificación histológica. Esta medida nos permite comprobar la existencia de tejido corial. En algunos casos hemos sido informados por el Patólogo sobre la presencia de otros tejidos como adenocarcinomas endometriales (tres casos), pólipos uterinos, hiperplasias de endometrio, y, aun de simple caduca uterina como sucede en el aborto tubario en evolución, simulando aborto del útero.

El aborto molar se puede presentar con las características clínicas de un aborto ovular, por no coexistir el crecimiento exagerado del órgano, ni el síndrome de gestosis. La conducta que se debe de aplicar sería semejante a los abortos ovulares cuando el órgano dé señales de retener restos molares, como sangrado, etc. Las pérdidas morenas (flujo en pozo de café) que preceden al aborto molar y a las contracciones uterinas, deben hacer pensar en la anormalidad del embarazo, más si se presentan con dolores vagos abdominales hacia las fosas, flancos y fosas lumbares. Debe de hacerse exploración minuciosa vagino-abdominal y rectal para comprobar modificaciones del tamaño de los anexos (quistes luteínicos debidos a la gonadotropina coriónica circulante). Con frecuencia las hemorragias se suceden y aparecen dolores de contracciones uterinas que no logran la dilatación del cérvix, ya sea por esclerosis, estenosis o desplazamiento del mismo. El síndrome de gestosis grave con ataque serio a la célula hepática que se hace ostensible por la ictericia pone más en peligro la vida de la enferma. Es en estas condiciones, de molas tóxicas, sangrantes, con cérvix desplazado o no dilatado al taponamiento y al Demerol y con amenaza de ataque a la célula hepática y en donde la extracción de la mola por la vía vaginal

expondría a la paciente a riesgos mayores, tales como hemorragias de difícil control, es de plantear como indicación seria la histerotomía abdominal, como la hemos venido haciendo y recomendando hacer en nuestros servicios sucesivos de las salas 10 y 8 de este Hospital Juárez.

En seis años hemos tenido oportunidad de seguir esta conducta unas ocho veces, cuatro en el Hospital y cuatro en clientela privada. Un caso de estos de una mola enorme de tres meses de gestación simulando un embarazo a término y con el cérvix totalmente desplazado arriba del pubis y prácticamente inalcanzable por vía vaginal. En estos casos hemos decidido elegir la vía abdominal, como más segura por ofrecer mayor control en la pérdida sanguínea y en la extracción total de la mola (profilaxis contra el corio-epitelioma), ya que el que haya abierto un útero gestante de mola, se habrá podido dar cuenta de lo difícil que es desprender toda la implantación, teniendo en cuenta sus características especiales de insinuarse aún hasta dentro, disociando las fibras del miometrio.

Esta intervención, la hemos llevado a efecto, sin tener que lamentar secuelas de propagación peritoneal, ruptura uterina o cualquiera de las secuelas que se le han atribuido. Repito que esta táctica no se aplicará más que en casos de molas hidatidiformes que sean imposibles de extraer por la vía natural, dado su tamaño, toxicidad avanzada, peligro de anemiar más a la enferma y no contar con el caudal de sangre suficiente para reponer la ya perdida y la que se perderá durante el acto operatorio; los casos que no admiten espera y que llegan a los servicios de emergencia. Igualmente tiene indicación en las mujeres ya con prole suficiente y que pasen de los 4 años, en las que la degeneración corioepiteliomatosa es más de temer. Es en donde el criterio del cirujano puede decidir amputar o no el órgano.

La cirugía tendrá lugar en el curso de las complicaciones de los legrados uterinos por aborto, cuando ocurre el incidente desgraciado y relativamente frecuente cuando la enferma ha sido atendida por cirujano improvisado o no familiarizado con la técnica del legrado de una perforación uterina dando cuadro de hemorragia interna o signos evidentes de lesiones viscerales. Hay que proceder a reparar el daño dando

salida al hematocele por la vagina (celiotomía vaginal posterior) y si hay daño visceral cavitario, poner el remedio a tiempo por vía abdominal. En los abortos criminales ha sucedido que se hayan introducido cuerpos extraños en la matriz o aún la perforación de ésta con sondas rígidas, tallos, etc., y que éstos se hayan alojado en la cavidad peritoneal. Hay que proceder a su extracción previo estudio radiográfico.

Los abortos sépticos incompletos –huevo roto y parcialmente retenido– hacer la extirpación con sumo cuidado para no propagar la infección al parametrio y a las venas del sistema regional. En todos los casos sépticos, recurrir a la ayuda eficiente de los antibióticos: penicilina, estreptomicina, auromicina, etc. y a las sulfonamidas que han salvado tantas vidas y ayudado a conservar órganos que durante la era pre-antibiótica no se estaba más que obligado a sacrificar.

No hay que creer que la retención de restos ovulares coriales produzca invariablemente infección o hemorragia continua. Hay veces que la tolerancia del útero es notoria y no se observan sino pérdidas sangrientas espaciadas, con reforzamiento del escurrimiento en el curso de las reglas venideras –hipermenorreas post-aborto– que indican organización del trofoblasto que se sigue alimentando de sangre materna y que conduce a observar esos pólipos coriales que se presentan al clínico cubiertos de capas cruóricas haciendo hasta procidencia al travez del hocico de tenca de blando y abierto orificio, y, alojados en útero que siguen dando consistencia blanda con signo de Hegar. La experiencia aconseja en estos casos proceder a su extirpación quirúrgica, valiéndonos de la pinza para restos coriales. Como en todas las circunstancias en que encontramos hipotonía uterina, procedemos al legrado provocando previamente la contracción del músculo uterino con Pituitrina intramural o por medio del Pitocin o Ergotrate intravenoso que ayudan grandemente a hacer fácil y sin peligro el legrado en órgano fuertemente contraído. Estos fármacos se aplicarán previa dilatación del cérvix.

Si durante la operación del legrado uterino, el producto obtenido no concuerda con el cuadro clínico de aborto motivo de la intervención, debe de procederse de nueva cuenta a la comprobación del estado de los

anexos, llevando en mente la posibilidad de un aborto tubario, y si se comprueba, estar en posibilidad de tratarlo sin más demora.

CONCLUSIONES

Los abortos uterinos (amenaza, en involución, incompletos, etc.) deben de ser tratados por ginecólogos.

Los abortos incompletos, uterinos, que no terminen por medios médicos en corto plazo, son tributarios del legrado uterino.

Las metrorragias que continúen agobiando a una mujer que ha abortado de concepción uterina, hablan en favor de restos organizados que hay que ir a extirpar.

El legrado uterino es la intervención más socorrida pero no es la única. Con frecuencia hay que recurrir a celiotomías vaginales y abdominales. Histerotomías e hysterectomías o aún secuelas de perforación con daño a vísceras cercanas que motivan reparación qui-

rúrgica de esos daños, para saldar satisfactoriamente el problema del aborto.

El legrado debe de hacerse tratándose de útero hipotónico, provocando su contracción, previa dilatación del cérvix.

Las molas hidatidiformes, grandes, gigantes, sangrantes o tóxicas que no son posibles de extraer o peligrosa su extracción por la vía vaginal, pueden y deben tratarse por la vía abdominal. La edad arriba de los 40 años, con multiparidad encaja también en la misma conducta.

El embarazo ectópico debe tratarse por la vía abdominal por considerarse más segura para la restauración funcional.

Cuando lo obtenido durante un legrado por aborto uterino, no lo ratifique, debe pensarse en la posibilidad de estar enfrente de un aborto tubario, y hacer lo posible para diagnosticarlo para que con el mínimo de demora tratarlo por la vía adecuada.