



*Juicio crítico sobre la terapéutica actual de la amenaza de aborto**

FERNANDO NARVÁEZ AGUILAR, ENRIQUE PÉREZ ROCA, CARLOS URZAIS JIMÉNEZ, ANTONIO REYES PÉREZ
Sociedad Yucateca de Ginecología y Obstetricia. Mérida, Yuc.

La amenaza de aborto no es una entidad nosológica. Es la expresión sintomática de uno de tantos estados patológicos generados por múltiples causas. En consecuencia, es ilógico pensar que un solo patrón terapéutico deba ser aplicado en todos los casos.

Como lo sugiere el título, no trataremos en esta pequeña contribución de presentar resultados personales obtenidos con tal o cual terapéutica, sino de exponer un juicio analítico, un concepto filosófico si se quiere, elaborado a la luz de los conocimientos que ahora se poseen de los múltiples y diversos factores etiológicos que originan la amenaza de aborto; y así orientados, considerar entonces el valor que puedan tener, si los tuvieren, los distintos métodos de tratamiento preconizados en la actualidad.

Al considerar las numerosísimas y muchas veces inasequibles causas de aborto, o simplemente de sus pródromos, en relación con las posibilidades diagnósticas, excluimos deliberadamente el cuadro de aborto habitual, porque en éste, siendo posible practicar ciertos exámenes y recurrir a determinados medios de diagnóstico fuera de la gestación, es decir, entre un aborto y otro, las posibilidades de descubrir la causa son evidentemente mayores y ciertas. El problema que enfocamos, y tal como lo vemos en todos sus perfiles, es el de la amenaza de aborto, como caso aislado, sin

conexiones con otros anteriores, el del aborto accidental que puede o no repetirse en la misma mujer, y que somos llamados a conjurar en su periodo de simple amenaza. En tal situación, ante un útero ocupado, frente a una gestación en desarrollo, no podremos emplear muchos de aquellos elementos de diagnóstico aplicables en otras condiciones, en que el útero, por ejemplo, es accesible a ciertos medios de exploración. Colocados frente a esta realidad, valoremos ponderadamente nuestras verdaderas posibilidades de diagnóstico, porque sólo así se explicará la desconsoladora conclusión a que se llega, al juzgar los diversos tratamientos empleados en medio de las tinieblas de nuestra ignorancia etiológica, casi siempre ciega y arbitrariamente.

Al considerar la diversidad de los factores etiológicos del aborto, y en un empeño de expresar nuestro pensamiento en forma más gráfica, imaginémoslos colocados dentro de la superficie de un círculo, distribuyéndolos en sectores cuyo tamaño correspondería a la importancia de cada factor desde el punto de vista de su frecuencia. Pero teniendo en cuenta las realidades clínicas, limitemos el número de sectores al de los factores etiológicos que por su incidencia tienen positivo valor práctico; y reservemos uno sólo, en el que queden agrupados todos aquellos que, sin ninguna afinidad entre sí, son de tal rareza que en la práctica diaria sólo cobran un valor púramente teórico, o aparecen muchas veces como lirismos sin comprobación en la literatura médica.

* Tema oficial presentado en la V Reunión Nacional de Ginecología y Obstetricia, San Luis Potosí, SLP, Septiembre 15-18, 1954.

La versión completa de este artículo también está disponible en:
www.nietoeditores.com.mx

Primer grupo

Anomalías ovulares. Corresponde incuestionablemente el primer lugar al grupo de las anomalías ovulares, que se originan desde los defectos del plasma germinativo, pasando por cualquiera de las alteraciones posibles en el desarrollo del huevo, hasta los trastornos de penetración uterina que pueden sufrir las vellosidades placentarias en su inserción, y que según estudios muy recientes, son causas de aborto en el primer mes, y en un período más avanzado, del tercero al cuarto.

Investigaciones embriológicas recientes concluyen que la responsabilidad de muchos abortos recae en el factor masculino. El factor masculino, por la alteración de la espermatogénesis, es responsable de buen número de casos de aborto, y sobre todo del aborto habitual. (Lane-Roberts y Jeffcote).

Meyer y Streeter llegan a la conclusión de que en el aborto del primer mes solamente un embrión, de cada cinco, es normal; es decir, *el ochenta por ciento de los embriones del primer mes presentan alguna anomalía congénita*. Colvin, Bartholomeun, Grimes y Fish, tratando de conocer la proporción real de abortos espontáneos que pudieran ser evitados, estudian mil quinientos setenta casos de amenazas de aborto, tratados sólo con el reposo: encontraron cuatrocientos cuarenta casos de aborto inevitable. El estudio embriológico de estos cuatrocientos cuarenta huevos expulsados reveló que en trescientos dieciocho existían lesiones fetoplacentarias tan decisivas, que el embrión estaba fatalmente condenado a su expulsión –el 85.8 por ciento–. Así, pues, quedan sólo 62 casos, es decir, 14.2% de los cuatrocientos cuarenta, que teóricamente serían, concediéndolo, tributarios de un tratamiento hormonal. Hertig y Edmonds han comprobado que el 67% de los huevos abortados presentan lesiones de degeneración molar. Según los investigadores contemporáneos, las lesiones características de la degeneración molar, y que explican la muerte del huevo y su expulsión, son mucho más frecuentes de lo que antes se creía. Williams llegó a decir que "cuando en una amenaza de aborto continúan las pérdidas sanguíneas a pesar de todos los tratamientos, se debe pensar en una anomalía ovular". Según las investigaciones de Torpin, en un trabajo comentado por el Dr. Ramírez Olivella, sobre la clasificación del huevo, basada en su implantación intrauterina, una implantación muy superficial, originaría gran número de abortos ovulares que, en ocasiones, se toman como menstruaciones

retardadas; primer grupo de Torpin. Los grupos 3 y 4 de esta clasificación darían lugar a la formación de la placenta circunvalada y a los abortos del tercero y cuarto mes.

Bastan estas pocas referencias, fundadas en conocimientos histológicos y de embriología, para comprender que la etiopatogenia de la inmensa mayoría de los abortos, está regida por imperfecciones de esta naturaleza.

Segundo grupo

Malformaciones y tumores uterinos. Nuestro concepto personal nos lleva a atribuirle a este factor un valor preponderante después del anterior, y lo debe hacer figurar a continuación de él. Cuántos casos de malformaciones congénitas del útero, como tabicamientos y deformaciones cavitarias originarían condiciones impropias y desfavorables para el desarrollo del huevo. Pero lo que seguramente constituye un elemento importantísimo, mucho más frecuente de lo que comúnmente se cree, es la existencia de procesos fibromatosos, que por distintos mecanismos se oponen al desarrollo ovular, creando por la falta de extensibilidad de la musculatura uterina, defectos de espacio y posiblemente modificando desfavorablemente el endometrio. Muchos de estos procesos pasan sin diagnóstico, porque aún no alcanzan un volumen que los haga perceptibles. Alberto Ravagnan, en su obra "Embarazo Complicado por Tumores del Ovario y Fibromomas Uterinos", consigna lo siguiente: "bien sabido es que existen muchos úteros fibromatosos que escapan al diagnóstico; así es entonces, cómo muchos de los abortos que se imputan a otra causa cualquiera, o en los que no se encuentra nada que los justifique, puedan ser debidos a núcleos miomatosos, submucosos o intramurales ignorados".

El mismo autor trae esta referencia: "Samson haciendo radiografías y cortes seriados sobre cien úteros, encontró mil ciento ocho núcleos fibromatosos, muchos de los cuales ni siquiera habían sido sospechados. Esto demuestra la multiplicidad de los núcleos que se pueden encontrar en un mismo útero". Nosotros tenemos la impresión personal de que estas condiciones creadas por procesos fibromatosis, unas veces diagnosticados y otras veces inadvertidos, son causa muy frecuente de aborto y aun de esterilidad.

Tercer grupo

Inserción baja de la placenta. Sin poder exhibir estudios relativos a su frecuencia, ya que este hecho es de diag-

nóstico prácticamente imposible, en el curso mismo de la amenaza de aborto su existencia y su relativa frecuencia son innumerables, porque tenemos en la clínica su comprobación retrospectiva. Hemos podido seguir hasta su término casos de embarazo que en sus primeros meses presentaron pérdidas sanguíneas; es decir, el cuadro típico de la amenaza de aborto y no habiendo ocurrido éste, el embarazo llegó a sus últimos meses, presentando entonces toda la sintomatología de la placenta previa. Estas observaciones nos autorizan a pensar también en aquellos otros casos, seguramente frecuentes, de inserción placentaria baja que, sin ser propiamente previa y sin ofrecer en su último periodo un cuadro sintomático ostensible, ya que sólo se manifiesta por pequeñas pérdidas sanguíneas, se toman, en ocasiones, como ligeras amenazas de parto prematuro y que dieron lugar, en un principio, a pequeñas hemorragias, o lo que es lo mismo, una amenaza de aborto.

Cuarto grupo

Incompatibilidad sanguínea de los cónyuges. Con el descubrimiento del factor Rh y, posteriormente, de sus variantes hasta hoy conocidas, se comienza a descorrer el velo que cubría el misterio de las incompatibilidades sanguíneas. Se está de acuerdo hoy, en que estos factores generan su acción lesiva sobre el producto, en los últimos meses del embarazo: mostrándose estos efectos cada vez más tempranamente en los embarazos sucesivos, a medida que el organismo se va sensibilizando más. Consecuentemente, estos factores rara vez pueden ser inculpados de originar abortos. Pero puestos los investigadores en esta ruta, parecen haber dado con la explicación de muchos abortos que tienen su origen en la incompatibilidad de los grupos sanguíneos A y B.

Los doctores Peralta Ramos y Miguel A Etcheverri, en una comunicación sobre este tema, formulan, entre otras, las siguientes conclusiones: *1a.* Las manifestaciones clínicas de la incompatibilidad sanguínea maternofetal A, B, son semejantes a las observadas en la incompatibilidad por los factores Rh y Hr. *2a.* En el 80 a 90 por ciento de los casos de enfermedad hemolítica, fetal o *neonatorum*, está en juego el factor, y sólo en el 10 al 20 por ciento participan los factores A, B, O. *3a.* En más del 50 por ciento del aborto habitual interviene la incompatibilidad de los factores A y B, y los factores Rh, Hr, en un seis o siete por ciento.

Quinto grupo

Defectos de la Nutrición. La más elemental noción de la biología maternofetal nos hace comprender que cuando el aporte de los elementos nutritivos indispensables está por debajo del umbral de las necesidades primarias del huevo, aún después de que el organismo materno ha dado de sí cuanto ha podido, muchas veces a costa de sus propios requerimientos, el huevo ha de sufrir alteraciones de tal naturaleza, que se hacen incompatibles con su desarrollo. En este sector etiológico tienen cabida todos los estados carenciales, y con más razón el problema de la avitaminozis, que cada día se estudia con más interés. En nuestro servicio del Hospital de Henequeneros, al que acuden las mujeres del campo, cuya alimentación es notoriamente deficiente, particularmente en proteínas, el aborto espontáneo de causas que podríamos llamar indeterminadas, y que sospechamos vinculadas, muchas de ellas, a la pobreza alimenticia, está en la alarmante proporción de uno por cada tres partos.

Sexto grupo

Factores diversos. Hemos querido hacer especial referencia sólo de los factores que a nuestro juicio cubren casi todo el campo etiológico. Aparte del hormonal, que será motivo del último capítulo, nos resta un pequeño sector, incomparablemente mucho más reducido que cualquiera de los enumerados anteriormente, y en el que, empero, pueden caber todas esas causas maternas, endógenas o exógenas, que en número de más de veinte, aparecen en todos los tratados que estudian este tema, cuya repetición consideramos innecesaria. Todas estas causas, sumadas, no obstante su número, en nuestro concepto no cobran, en la lucha diaria de la clínica, un interés especial. Cada una de ellas, aisladamente, por su rareza, tiene sólo un valor que nos atreveríamos a considerar casi teórico, ante el imperativo constante de fijar en cada caso la verdadera causa de una amenaza de aborto. En este grupo podrían ser incluidos los casos en que interviene un factor psicógeno, al cual se le presta en la actualidad gran atención; y ciertos estados patológicos del endometrio.

Séptimo grupo

Factor hormonal. Despues de este recorrido que acabamos de hacer por el campo etiológico de la amenaza de aborto, llegamos al factor hormonal, que de propósito dejamos para este último capítulo, dada su apasionante actualidad,

y en torno al cual haremos todas las consideraciones que juzgamos pertinentes, para fundamentar nuestro concepto terapéutico, y justificar las conclusiones que vamos a exponer. Es la doctrina hormonal, aplicada a la etiología del aborto, la que ha alentado tantas esperanzas, y encendido tantos entusiasmos; y también la que ha llevado al uso y al abuso de las hormonas como medio terapéutico. Sus contradicciones, la confusión que se advierte entre las diferentes concepciones que ha inspirado; la falta de bases científicas que las sustenten y justifiquen, porque hasta hoy no se sale del terreno de las especulaciones, son razones que nos han apasionado para enfocar sobre este problema nuestro modesto análisis.

Dos son los derroteros que han seguido los investigadores en su empeño de conocer el verdadero papel funcional de cada una de las hormonas que se supone entran en juego en el proceso del estado patológico que nos ocupa: las dosificaciones hormonales primero, y más recientemente, la trilogía vaginal.

J Paul Pundel y colaboradores dicen en su muy reciente obra lo siguiente: "las dosificaciones hormonales que en un principio eran muy costosas, no han podido ser aplicadas en la práctica con este fin. La mayor parte de ellas permanece aún en estado experimental".

Las determinaciones cuantitativas del pregnandiol y del estrógeno, que se han tomado como un medio indirecto para conocer el balance hormonal durante un cuadro de amenaza de aborto, no se han generalizado, por ser técnicas muy complicadas, que exigen experiencia química y requieren un laboratorio con cierto equipo. No obstante todos esos elementos, la interpretación puede ofrecer dificultades; de ahí que los resultados obtenidos en estas investigaciones no hayan sido hasta hoy uniformes. No siempre corresponden a la realidad; así por ejemplo, un resultado negativo en la dosificación del pregnandiol urinario tiene escaso significado diagnóstico; pues a su pesar, puede haber producción de progesterona. Muy significativas son las conclusiones segunda, tercera y cuarta de JP Pundel y colaboradores. 2a Las cifras de la tasa del pregnandiol urinario pueden ser normales inmediatamente antes que aparezcan los signos de la amenaza de aborto. 3a Las amenazas de aborto y las interrupciones espontáneas del embarazo pueden aparecer cuando las cifras del pregnandiol son enteramente normales. 4a. Parece precisarse que no son los valores absolutos del pregnandiol urinario, sino más bien las variaciones de relación entre los estróge-

nos y la progesterona, las que son la base de la aparición de esos trastornos de evolución del embarazo. Estas cifras pueden, en efecto, variar en sentido inverso. Por lo que se refiere a la dosificación de estrógenos en el plasma y en la orina, se debe tener mucho cuidado en su interpretación y tratar siempre de descartar la posible existencia de un trastorno hepático; ésta es de suma importancia, ya que la "degradación" de esta hormona se efectúa precisamente en el hígado y si la capacidad funcional de este órgano está afectada, los estrógenos circulan en exceso, dando esto, consiguientemente, resultados falsos. Sin duda alguna, de las dosificaciones hormonales, la más sencilla, práctica y fiel en sus resultados es la relativa al nivel de gonadotropinas urinarias o sanguíneas. Por ellas podemos darnos cuenta del estado funcional de la placenta, y saber, frente a una amenaza de aborto, si hay un embarazo en evolución o ha ocurrido la muerte ovular. También es muy valiosa para descubrir la existencia de un embarazo molar. El Dr. Viesca y sus colaboradores, en su comunicación presentada ante la *2a Reunión Nacional de Ginecología y Obstetricia*, en la que exponen un criterio con el cual estamos absolutamente contentos, dicen: "desgraciadamente en un buen porcentaje de mujeres con amenaza de aborto, en las que no ha llegado a producirse éste, los niveles de progesterona, calculados a través del pregnandiol urinario, son bajos; y, por otra parte, mujeres hay que abortan con niveles normales. Vemos, pues, que las bases fisiológicas del tratamiento hormonal de la amenaza de aborto no son firmes, y hay contradicciones entre los que la han estudiado".

De una comunicación del Dr. Antonio Reyes Pérez, citólogo, presentada como trabajo de ingreso, en la *Sociedad Yucateca de Obstetricia y Ginecología*, tomamos las siguientes nociones fundamentales que nos ilustran acerca del estado actual de estas investigaciones, de los resultados obtenidos, y de lo que de ellos cabe esperar. En esta comunicación, después de hacer una descripción de la citología vaginal durante un embarazo en estado normal, nos dice: "estando frente a un embarazo plenamente demostrado, se puede afirmar que un aumento de las células eosinófilas, así como de la picnosis nuclear, rarefacción de las células navicularcs, aumento en la cantidad de moco y en la del número de leucocitos y aparición de eritrocitos, son signos patognomónicos que revelan una tendencia al aborto, y que se presentan aun sin signos clínicos evidentes. Esto tiene una gran importancia práctica, pues el estudio rutinario por este método durante el embarazo pone al clínico en

guardia, cuando los frotis vaginales exponen tal desviación. Puede afirmarse, en presencia de los frotis que muestran el aspecto anteriormente dicho, que estamos ante un desequilibrio hormonal que es la causa de tal aspecto citológico. *Pero desgraciadamente carecemos de datos precisos para afirmar, desde el punto de vista citológico, que tal desviación sea debida a la falta o al exceso de tal o cual hormona.* Algunos autores piensan que el aumento de la eosinofilia y de la picnosis puede deberse a un exceso de estrógenos. Lo cierto es que en algunos de estos casos, la misma terapéutica estrogénica, en dosis elevadas, hace retornar a su normalidad el cuadro citológico. Así, pues, si los frotis vaginales carecen de valor para orientarnos hacia el uso de una determinada hormona, por el contrario, son en la actualidad el arma más útil, cómoda y práctica para revelar el efecto de la acción terapéutica de cualquier hormona que se ensaye en un cuadro de amenaza de aborto; y más aún, constituyen un guía fiel para trazar la evolución y el pronóstico de este estado patológico. Por consiguiente, si durante un tratamiento hormonal comprobamos que el aspecto citológico camina hacia la normalidad, es decir, la eosinofilia disminuye, el frotis se limpia de moco, leucocitos y hematíes, y las células naviculares reaparecen en grupos típicos, son datos estos de buen pronóstico; es más, quizás sea la hormona empleada precisamente la que estaba en déficit. Si por el contrario, los hematíes aumentan paralelamente a los leucocitos, el moco se hace profuso, las células naviculares se presentan atípicas, y la eosinofilia se hace más aparente, a pesar de cualquier tratamiento, y por más intensivo que éste sea se puede pronosticar que tal huevo está destinado a sucumbir. Finalmente, siguiendo el curso citológico por los frotis vaginales, si descubrimos que además de los elementos que nos han servido de base para diagnosticar una amenaza de aborto aparecen células del tipo basal superficial, de forma redonda u oval, vacuoladas, de núcleo grande y teñidas de rosado o anaranjado; es decir, identificamos a estas células como del tipo post-partum, el diagnóstico de muerte fetal rotula al frotis, e indica que todo tratamiento será inútil, pues la expulsión del huevo no se hará esperar".

Como se ve, el estudio de los test vaginales representa en estas investigaciones un progreso positivo, una conquista innegable, que pone en nuestras manos un medio más para el diagnóstico de muchos estados normofuncionales o patológicos. En el problema que nos ocupa, nos facilita, desde el diagnóstico del embarazo hasta el

de la muerte del huevo; nos hace la advertencia oportuna de una amenaza de aborto; nos permite seguir el curso de esta amenaza hasta su inminencia o su inevitabilidad.

Pero no justifica, hasta hoy, el optimismo que muchos han cifrado en este medio para el diagnóstico del factor etiológico hormonal de la amenaza de aborto. El que los test vaginales nos permitan constatar por la repercusión que la función hormonal tiene sobre los elementos citológicos de la vagina, la aparición de la amenaza, su evolución, y hasta el resultado aparente de la medición, esto no constituye una prueba satisfactoria de que se ha dado con los elementos de diagnóstico del factor etiológico hormonal. Nos descubre, sí, un desequilibrio hormonal que es la causa del aspecto citológico; pero de lo cual no podemos inferir "que tal o cual hormona sea la causa del aborto". Pudiera demostrarse, mañana, que son fenómenos coincidentes y tal vez consecutivos al desencadenamiento de un proceso, cuya causa estamos ignorando; es decir, la posibilidad de que sean efectos y no causas de las alteraciones de la vitalidad ovular; repercusiones hormonales, tal vez, de un complicado engranaje puesto en marcha por un factor que permanece oculto e ignorado.

Podemos condensar la apasionada controversia que se ha suscitado en la última etapa de esta evolución terapéutica, diciendo que unos se manifiestan partidarios de los estrógenos, otros de la progesterona, algunos de la asociación de ambos y, por último, otros, escépticos todavía, negando toda acción benéfica a la terapia hormonal, o decepcionados de ésta, continúan tratando a sus enfermas con el reposo y los sedantes. Nuestra personal argumentación, sostenida aquí en la provincia, durante estos mismos años, la podemos expresar diciendo que el factor hormonal ocupa apenas un pequeñísimo sector del inmenso y heterogéneo campo de la etiología del aborto; que el diagnóstico de la causa hormonal de este pequeño porcentaje de casos, es hasta hoy puramente hipotético, y que es insostenible en el terreno científico, que una sola terapéutica, la hormonal, pueda ser provechosa y eficaz, no digamos en la totalidad, ni siquiera en la mayoría de los casos de amenaza de aborto; ya que ésta, como sabemos, obedece a múltiples y diferentes causas que están fuera de la acción de las hormonas. Jack R Pierce y colaboradores lo han dicho con esta precisión: "el término amenaza de aborto no representa una entidad patológica. Es un término descriptivo, aplicable a cada uno de muchos estados

patológicos que pueden afectar al huevo". El Dr. Viesca y colaboradores, en la ponencia ya citada, expresan con igual claridad la misma tesis, y la sintetizan en este concepto: "las diversas causas que pueden ocasionar el aborto indican la necesidad de que su tratamiento corresponda a esta causa, y nunca uno mismo para todas, transformándola en una panacea". Todos reconocen las dificultades que hay y, en buen número de casos, la imposibilidad de hacer durante la amenaza misma del aborto, el diagnóstico etiológico. De ahí que nunca hubiéramos podido explicarnos el exagerado entusiasmo de muchos médicos y hasta de muchos investigadores, por tal o cual tratamiento, generalizado a todos los casos. El Dr. Castelazo Ayala manifiesta el mismo escepticismo cuando dice: "la falta de conocimiento de todos los factores etiológicos que actúan en la producción del aborto, explican que los tratamientos para prevenir y tratar este accidente sean en gran parte empíricos, aun en nuestros días. Conforme las investigaciones aparecen proponiendo tratamientos novedosos en hallazgos histológicos o clínicos, en lotes de pacientes más o menos reducidos, el mundo médico emplea con profusión los recursos descubiertos, sólo para cerciorarse, a la larga, de que poco o nada puede esperarse de ellos". Greenhild, recientemente ha vuelto a hacer válidas sus apreciaciones, comunicadas en años anteriores, y acaba de decir: "hace cinco años expresé mi escepticismo sobre el valor de cualquier hormona en el tratamiento de la amenaza de aborto. Hasta el presente, los estrógenos, la progesterona, los andrógenos, y las preparaciones pituitarias se han usado –nosotros agregaríamos también los extractos tiroideos–. Los resultados son casi los mismos en la mayoría de las series reportadas y son casi idénticos a los de las series en que ninguna terapia hormonal ha sido administrada". Las conclusiones a que ha llegado Arturo G King, de Cincinnati, nos parecen particularmente elocuentes y demostrativas: "ningún método de tratamiento de la amenaza de aborto o del aborto de repetición, ha probado de manera concluyente ser superior a otro. En 1972 casos de amenaza de aborto, reportados por 9 autores, el 67% de los casos llegaron a término sin tener en cuenta el tipo de tratamiento o la falta del mismo. En 1820 embarazos, después de dos o más abortos previos, reportados por 14 autores, el 61% llegaron a término, sin tener en cuenta el tipo de tratamiento o la falta del mismo". Unas cuantas cifras estadísticas que encierran el resultado de las observaciones de 23 autores.

Pero si en el aborto accidental la hormonoterapia, como tratamiento sistematizado no tiene fundamentos científicos, es en el aborto habitual donde nos parece más inexplicable. Considerando como aborto habitual el que presenta la paciente que ha abortado cuando menos tres veces anteriores, y de manera muy especial los casos de infertilidad en los que la enferma no ha logrado ni un hijo. Es de comprenderse que en estos existe una causa inviable y permanente que motiva la muerte del producto. Suponiendo que un desequilibrio hormonal bastara por sí solo para desencadenar un aborto, ¿no se hace difícil aceptar que en la misma enferma se repitieran todas las sutiles contingencias hormonales, que necesariamente tuvieran que culminar con el aborto, cuando muchas veces en un mismo embarazo se comprueban alteraciones hormonales que no determinan la interrupción del mismo? ¿No parece más lógico pensar en una causa constante, siempre la misma, que se manifiesta uniformemente por iguales efectos, y no en factores tan inestables y cambiantes como los que intervienen en el mecanismo hormonal? El Dr. Guerrero dice, que en todo caso de amenaza de aborto pueden usarse los estrógenos, aun cuando no haya indicación, simplemente porque no hay contraindicación. Queremos interpretar este concepto de un modo muy personal, reconociendo que en buen número de casos, por razones psicológicas, el médico se ve constreñido a instituir alguna terapéutica, y en este sentido parece explicable la terapia estrogénica, y quizás también, la progesterónica. Ferguson, apenas el año pasado, manifestó su incredulidad diciendo: "encuentro que el efecto de dosis amplias de estilbestrol, durante el embarazo tienen un efecto similar al de un placebo".

Lo que es incuestionable y evidente, es que en medio de esta vorágine de confusiones y discrepancias, se va reconociendo cada vez más la inutilidad de los tratamientos hormonales, y un mayor empeño en reconocer nuestra ignorancia ante el problema de la etiología del aborto, y como consecuencia de este criterio, palpamos corrientes que tienden a restablecer, entretanto, la clásica conducta de antaño, del reposo y los sedantes. Colvin, citado por el Dr. Guerrero, lo ha dicho magistralmente: "cuando se tiene éxito en el tratamiento de un caso de amenaza de aborto, no se debe al tratamiento mismo, sino al reposo, y es por esto, que lo mejor es no recetar nada."

Finalicemos este juicio crítico con nuestras mismas palabras preliminares, ya que ellas encierran la síntesis de nuestro concepto:

"La amenaza de aborto no es una entidad nosológica. Es la expresión sintomática de uno de tantos estados patológicos generados por múltiples causas. En consecuencia, es ilógico pensar que un solo patrón terapéutico deba aplicarse en todos los casos."

Resumen

De los múltiples estados patológicos que originan la amenaza de aborto, se estudian sólo aquellos que por su preponderancia cubren casi todo el campo etiológico. Se agrupan en un solo sector todas las diversas y numerosas causas que por su rareza tienen en la clínica un valor casi teórico. Se hacen consideraciones detenidas sobre el factor etiológico hormonal, y se manifiesta marcado escepticismo acerca de la amenaza de aborto, no es una entidad nosológica, es la expresión sintomática de uno de tantos estados patológicos generados por múltiples causas. En consecuencia, es ilógico pensar que un sólo patrón terapéutico deba aplicarse en todos los casos".

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Castelzao Ayala Luis. Estudios sobre esterilidad 2,30, 1951.
2. Colvin, Bartholomev, Grimes y Fish. Citados por Pundel y col, 150.
3. Greenhill. Year Book of Obst and Ginec 1953,54,29.
4. Guerrero Carlos D. Obstet y Ginec de Mex 7, 493, Nov. Dic. 1952.
5. Ferguson. Am J Obst and Ginec 65, 592, marzo 1953.
6. Hertig y Edmons. Citados por Pundel y col, 148.
7. King Arthur G. Obst and Ginec 1, 104, Enero 1953.
8. Lane Robert y Jefcoatte. Citados por Pundel y col.
9. Meyer y Steeter. Citados por Pundel y col, 147.
10. Peralta Ramos y Etcheverry. Obst and Ginec Lat Am 7, 543, Nov y Dic. 1949.
11. Pierce Jack R. Am J Obst and Ginec 67, 47. En. 1954.
12. Pundel y col. Gestation et Cytologie Vaginale. Masson, 1951.
13. Ravagnan Alberto. Embarazo Complicado por Tumores del Ovario y Fibromas Uterinos. Librería El Ateneo. Buenos Aires 1942, 62.
14. Reyes Pérez Antonio. Trabajo de ingreso a la Soc Yuc de Obst y Ginec 1954.
15. Torpin Richard. Rev Cub de Obst y Ginec 15, 3, 75, 1953.
16. Viesca Benavides y Col. Memoria de la Segunda Reunión Nacional de Ginec y Obs.
17. Williams. Obstetricia. 7a edición norteamericana. UTHEA. Vol. 2, pág. 301.