

DEL CASO LLAMADO MISSED ABORTION *

Prof. Dr. P. NUBIOLA ESPINÓS

Miembro numerario de la Real Academia de Medicina de Barcelona

M*issed abortion* es una locución inglesa que, según parece, fué establecida por Duncan en 1880 para designar el caso de interrupción del embarazo en época en que el feto no es viable y retención del huevo en el útero durante mayor o menor tiempo; OLDHAM la aplicó a todos los casos de huevo muerto y retenido. Es de empleo corriente en muchos países; los alemanes la tradujeron "Verhaltene Fehlgeburt". En España, GARCÍA ORCOYEN y BOTELLA LLUSIÁ, la substituyen por aborto diferido; SALABER, de Buenos Aires, entiende incorrectas tanto la denominación inglesa como la alemana y propone decir, en tales casos, huevo muerto y retenido, y algún autor, buscando una traducción literal del inglés, escribe: aborto fracasado. No deja de ser difícil expresar en una fórmula breve y acertada el asunto de que tratamos.

La misma palabra aborto, tan empleada, no es interpretada etimológicamente del mismo modo, pues en latín la partícula *ab* es privativa y *ortus* significa nacimiento, de manera que sería aplicable a todos los casos en que, después de una concepción, no nazca una criatura, un ser vivo; los romanos la empleaban en todos los casos de expulsión prematura del huevo. En el lenguaje médico se estableció que, por aborto, debe entenderse la interrupción del embarazo durante los seis primeros meses, época en que el producto de la concepción, aún cuando pudiera nacer vivo, no es viable, después de tal tiempo se trata de un parto prematuro. Con todo, Taissig, estudiando el asunto, llega a la conclusión de que aborto significa el trabajo abortivo con expulsión del huevo y, por tanto, cuando éste no se efectúa, no puede hablarse de aborto, aún cuando haya cesado la gestación, hasta tanto que tenga lugar la evacuación uterina. Esta dificultad es la que pretendió resolver DUNCAN, diciendo que tales casos son de *missed abortion*, esto es, de un aborto en el que de momento no hay aborto por demora de la expulsión.

Si embrollado es establecer una denominación acertada, más lo es dilucidar el asunto, pues, que en el mismo se comprenden diversos hechos,

* Conferencia dada en la Real Academia de Medicina de Barcelona el día 23 de Octubre de 1951. Presidencia Dr. Corominas.

a saber: la muerte del embrión o feto; la retención más o menos prolongada del huevo muerto y, por último, en muchos casos, la repetición del caso, generalmente, en la misma época del embarazo.

La muerte del producto de la concepción. Es un hecho al que no se presta atención en los casos de aborto temprano de evolución corriente, pues, dado que el aborto está ocurriendo o ya se ha efectuado, carece de interés averiguar si el nuevo ser murió antes, durante o después de producirse la expulsión, puesto que no era visible. Al observarse el cese de la gestación es cuando tiene interés comprenderlo. Los anejos placenta y membranas de momento no ofrecen alteración, será más tarde cuando sufrirán los efectos de haber desaparecido el factor vital que mantenía su actividad. El punto más interesante en los casos de *missed abortion* o como se les quiera llamar, es éste ¿Porqué murió el nuevo ser?

Aun cuando en la etiología del aborto se suelen consignar tan gran número de causas, en la mayor parte de los casos no se demuestra a cuál de ellas deban atribuirse, limitándose a explicar el mecanismo del aborto por un desprendimiento mayor o menor del huevo, con las consiguientes pérdidas sanguíneas, o contracciones peristálticas intensas del órgano por excitación anormal del mismo. Ni uno ni otro de tales factores interviene en nuestro caso, pues que el huevo, aunque muerto, permanece sólidamente implantado en la cavidad, y el útero se mantiene en absoluta pasividad.

Algunos autores consideran como causa frecuente de aborto, anomalías del embrión o de sus anejos, llegando MALPAS a afirmar que son patológicos el 50 por 100 de los huevos expulsados. HERTIG y ROCK, manifiestan que de 24 concepciones tempranas en 110 mujeres de conocida fertilidad, que por diversas causas fueron histerectomizadas, encontraron 10 huevos anormales siendo el útero normal, de lo que deducen hubiera sido causa de aborto de haber seguido el embarazo. Pasando por alto la particularidad de extirpación de úteros grávidos normales, cabe pensar si las normalidades observadas, podían guardar relación con algún estado patológico de las madres.

Aun cuando en algunos casos pudieran intervenir desviaciones teratológicas del desarrollo del organismo embrionario, no será seguramente más que en un número reducido de los mismos, y en los otros subsiste el problema, esto es, que en un momento dado deje de vivir el nuevo ser de una manera silenciosa, sin que aparezca perturbada la normalidad del útero, sin alteración de la placenta y de las membranas.

El caso no es privativo de la especie humana, se considera es más frecuente en yeguas, vacas y ovejas que en la mujer; en ésta, GRAEFE,

había recogido en 1896, 70 casos, y E. FRAENKEL en 1903, consiguió 105 observaciones.

La retención prolongada del huevo muerto. — La evolución del aborto usual desde la aparición de algún síntoma del mismo, que señale amenaza de producirse, hasta la terminación del proceso, es muchas veces insidiosa, pudiendo transcurrir días y también perdurar retenida parte mayor o menor del huevo, pero ello no tiene parecido con el caso de retención completa del huevo muerto. Puede parecer raro que el hecho se prolongue, pero debe tenerse en cuenta que la inserción placentaria sigue siendo normal y que el útero es aún menos contráctil que si prosiguiera la gestación. Para que más o menos tarde ocurra la expulsión, precisa que sea provocada por alguna infiltración sanguínea en zona inter-útero-placentaria, o que obre de estímulo mecánico, o que sea excitado a contraerse el órgano por influjo hormonal ovárico o hipofisario, dependiente de haber cesado la inhibición de la actividad folicular del ovario.

La repetición del aborto. — Un aborto intercalado en la historia obstétrica de la mujer, o sea un aborto ocurrido después de uno o dos partos y seguido de otro parto, carece clínicamente de trascendencia. Tampoco llama la atención que la mayor frecuencia de abortos ocurran en segundo y tercer mes, por ser en esta época de embarazo cuando puede considerarse más vulnerable el huevo, ya que al desarrollarse forma así como un tumor sessil en la cavidad del útero, sólo recubierto por la caduca refleja, sin conexión con toda la pared uterina que no corresponde a la inserción placentaria, y ésta es poco firme; más tarde, cuando se ha efectuado la soldadura de las caducas, todo el órgano se convierte en una verdadera cubierta que protege el huevo; y por ello es éste menos susceptible ante cualquier contingencia que pudiera interrumpir el embarazo. Esto explica que pudiera repetirse el aborto temprano por causas nimias, generalmente por vicios de posición o flogosis del útero.

Pero es otro tipo de repetición del aborto, siendo el útero normal, que da lugar a que se demore la expulsión del huevo que suele denominarse aborto de repetición o habitual y ocurrir en la mayor parte de los casos en la misma época del embarazo y con las mismas características, en cada ocasión se repite el *missed abortion*, y ello, dos, tres o más veces en la misma mujer.

No me parece acertado, ni casi decoroso, emplear tal denominación cual si fracasaran los embarazos por un vicio que la paciente hubiera contraído; seguramente se dió como fórmula encubridora de la ignorancia

respecto de las causas que lo originen, tal que algunos llegan a considerarlo como un oprobio de la especialidad.

La estadística publicada por MALPAS que muchos autores acogen, referente a 69 casos de aborto habitual, establece que en 47 casos pudo atribuirse más o menos graciosamente a una causa inmediata o remota y que en 22 no fué posible.

De manera que los tratadistas al observar una y otra vez la muerte del producto de la concepción, se resignan confiando que quizás, en alguna ocasión, dejará de obrar el hado fatídico que lo determina, o bien, a pesar de los fracasos observados, siguen apelando al empleo de los mismos medios para una ilusoria profilaxia.

* * *

Al prestar asistencia a casos de aborto repetido, y repugnando que pudieran pasar sin justificación de la causa productora, insistiendo en el reconocimiento genital de las pacientes, pude convencerme de que, en casi todas, existía un proceso fímico anexial, y aplicando el adecuado tratamiento pude obtener una gestación normal ulterior; tal proceso no suele ser tenido en cuenta por los tratadistas, en nuestro país ha sido GARCÍA ORCOYEN quien le ha prestado atención al estudiar la profilaxia de tales casos de aborto.

A pesar de la gran frecuencia de la anexitis fímica tórpida y de no pasar inadvertida en la práctica tocoginecológica en la exploración genital, como en actos operatorios, no se le concede influencia respecto de la esterilidad conyugal, y como causa de interrupción del embarazo. No se valora el alcance patológico de la afección por tratarse de lesiones poco aparatosas, con sintomatología discreta y por la relativa tolerancia de las pacientes para las molestias que las produce.

En mayo de 1949, publiqué en "Obst. y Gin Lat. Americ." de Buenos Aires, un trabajo en el que analizaba la acción perniciosa para el embarazo de dicha afección. Esta tesis la apoyan la repetición de casos de aborto repetido con retención en los que se reconoce tal causa, sin que se aprecie otra alguna, y además que, con la aplicación de un adecuado tratamiento antifímico, se curan las lesiones anexiales y cesa la repetición de abortos.

Aun cuando en diversas ocasiones he tratado extensamente de las características de la anexitis fímica tórpida, no estará de más insistir en recordarlas.

Las pacientes acusan datos generales y genitales sobradamente elocuentes: cuentan entre los primeros síntomas, aparecidos en la infancia, demostrativos de la *primum* infección tuberculosa, más tarde, episodios gan-

gionares, pleurales o abdominales, cuando no una peritonitis con derrame. En la historia genital consta, desde una pubertad retrasada o al contrario tumultuosa, menstruación irregular dolorosa, períodos de amenorrea, o menorragias persistentes, aunque discretas, con alguna metrorragia inopinada.

Es muy frecuente que haya ocurrido un estado febril de cierta intensidad, interpretado como gripe o afección endodigestiva, que va seguido de una febrícula que dura meses y años, que se exacerba en el premenstruo y ofrece cierta remisión durante la menstruación y en los primeros días subsiguientes.

Sufre la paciente diversas manifestaciones dolorosas, más o menos intensas en las regiones anxiales y lumbares que se intensifican por la deambulación y los esfuerzos corporales, determinando frigidez o dispareunia. En otro concepto existe: inapetencia, fatiga, mareo, experimentando además, repercusiones digestivas, urinarias o nerviosas. Pero, desarrollándose todo ello en forma, aunque persistente, insidiosa, las pacientes adquieren la costumbre de soportarlas y más o menos trabajosamente, siguen haciendo su vida habitual, sin concederle gravedad.

La exploración demuestra un útero de volumen algo reducido y cuello pequeño, que se halla basculado hacia el sacro y sinfisiado, en mayor o menor grado, con el anejo enfermo, éste carece de suavidad de sus tejidos, está retraído y queda fijado a la pared de la pelvis. No es difícil apreciar tales hechos por la exploración genital profunda en forma que el tacto vagino rectal supere la ampolla rectal y alcance los ligamentos úteros sacros. En muchos casos, el istmo uterino es tan angosto que no permite el paso del histerómetro corriente. También suele apreciarse que el ovario del lado opuesto es algo abultado y más sensible, y se encuentra caído en las inmediaciones del fondo de saco vaginal, esta circunstancia influye en que la paciente acuse dolor espontáneo o provocado en dicha zona, que denomine dolor *paradógico* por no corresponder al anejo realmente enfermo.

Las lesiones no se modifican aún que pase el tiempo, si no son combatidas por tratamiento adecuado, aún cuando se logre mejorar el estado general de las pacientes.

La profilaxia y el tratamiento del aborto, tanto si ha sido ocasional como si se trata de aborto repetido, habitual o *mised abortion*, suele actualmente consistir en el empleo de tres medios: el reposo, la progesterona y la vitamina E.

Respecto del reposo, y del reposo absoluto y prolongado en cama, estoy convencido de que es completamente ineficaz. Puede ser ventajoso que ocurriendo amenazas de aborto, o siendo éste inminente, con pérdidas sangrientas abundantes, la paciente guarde cama hasta que se resuelva la

situación, como también que esté en cama si lo abona alguna particularidad del útero que lo justifique durante algunos días, pero, establecerlo como cosa corriente en todos los casos, no es razonable ni, como se comprende, puede evitar el aborto si existe alguna causa que no será modificada por el simple reposo; y así ocurre que, estando en cama aborta la mujer. En diversas ocasiones he podido afirmar que, hacía días o semanas había cesado la gestación, habiendo muerto el huevo y quedado retenido en pacientes que llevaban largo tiempo encamadas, confiando con ello evitar el aborto.

Respecto de la progesterona, agente al que muchos autores conceden gran eficacia para prevenir el aborto, y para su tratamiento cuando amenaza producirse, sin preocuparse de la causalidad del mismo, su utilización en tal forma resulta completamente empírica. Que dicha sustancia desempeñe papel importante en la evolución del embarazo, no basta para atribuirle virtud antiabortiva, salvo algún caso en que pueda demostrarse, existe producción deficiente que obre impidiendo pueda continuar la gestación; la generalización de su empleo carece de base científica.

Algo parecido ocurre con la vitamina E llamada, para mayor convencimiento de su eficacia, vitamina de la fertilidad, de la que no se demuestra carezca la mujer en estado grávido, si no es sometido a una dieta carencial.

Cómo puede tener explicación que tales medios hayan llegado a ser de uso corriente y casi exclusivos y los autores les concedan la mayor eficacia.

La razón principal es la falta de recursos contra el aborto, habiendo necesidad en la práctica de aplicar uno u otro tratamiento. Además, si se recurre a tales medios en todos los embarazos subsiguientes a un aborto, nada tendrá de extraño que la mayor parte de ellos transcurran normalmente, pues que el aborto anterior fué ocasional y no perdura, por tanto, la causa que lo produjo; en tales situaciones, podrá atribuirse el éxito al empleo de aquellos recursos. Tiene cierta gracia una observación que transcribe BOTELLA LLUSIÁ: de un extenso material de abortos se hicieron dos grupos —uno tratado con progesterona y otro, simplemente, con reposo—; los resultados mejores fueron del segundo grupo.

Lo que interesa en todo caso de aborto y sobre todo de aborto repetido, es que se practique un detenido reconocimiento general y, especialmente, genital de la paciente, única manera de corregir, hasta donde sea posible la causa que lo motivó y, establecer en consecuencia, el oportuno tratamiento general o ginecológico del caso.

Naturalmente que, la demostración de una anexitis fímica tórpida, además de convencer de la causa del aborto, permitirá evitarlo recurriendo

al tratamiento que reclama la naturaleza de la afección. Esta deberá combatirse mejorando el estado general de la mujer por medios higiénicos, dietéticos y farmacológicos adecuados al caso y además, recurrir a las medicaciones de eficacia antituberculosa comprobada. Por mi parte, he podido obtener buenos resultados con la administración de tiocol, arrenal y cal, por vía oral, y también de preparados de yodo, a la vez que de creosota por vía rectal, sin perjuicio de la actuación tópica genital que esté indicada.

La retención prolongada del huevo muerto, entraña algunas dificultades en la práctica para lograr una afirmación diagnóstica del caso. Esta demostrará la inutilidad de las precauciones que se hubieran adoptado para salvar el embarazo y para disipar las dudas que se abrigaran respecto de la efectividad de la situación. Por efecto de la muerte del embrión disminuye el volumen del útero, demostrándose en desproporción respecto del que le correspondería en la época supuesta de la gestación, pero claro está, lo mismo ocurre en caso que, por haber empezado el estado grávido estando la mujer amenorreica, o por recordar mal la fecha de una última menstruación, también el útero sería de menor volumen que el correspondiente a la fecha atribuida. Las condiciones del útero, aparte del volumen, son bastante elocuentes en uno y otro caso. En el de retención, el órgano carece de la turgidez normal ha perdido su consistencia elástica, se aprecia replegado, mustio por razón de la reabsorción del líquido amniótico. También pueden resultar negativas las reacciones serológicas y disminuye la proporción de foliculina en la sangre.

En caso de duda, ésta quedará resuelta por un reconocimiento ulterior, puesto que el órgano habrá sufrido una reducción progresiva de su volumen. Como tal situación contraindica toda actuación activa no tiene riesgo la espera, y más o menos tarde quedará todo en claro por la expulsión del huevo.

Es curioso que, aun habiendo cesado mucho tiempo antes la gestación y se prolongue la ocupación uterina, persiste la inhibición de la actividad ovárica sin que se manifiesten indicios de restablecimiento menstrual hasta tanto que ha ocurrido la expulsión del huevo retenido.

* * *

La tesis que con fundamento defendemos de ser la afección fímica anxial la que ocasiona la muerte del embrión o feto sin alterar el huevo y permitiendo la retención de éste no deja de suscitar incógnitas. Obliga en primer lugar a la aceptación de un agente tóxico, que salva la barrera

placentaria y silenciosamente atenta a la vida del nuevo ser, y tal tóxico debe entenderse es una noxa tuberculosa, fraguada en los tejidos anexiales; pero es el caso que la afección tuberculosa aun grave y mortal para la madre, sea su localización pulmonar, ósea u otra no ocasiona, en la mujer grávida, la muerte del huevo, éste si acaso es expulsado por las condiciones de gravedad de la enferma. De manera que ha de existir una singularidad de las anexitis fímicas respecto de la producción del tóxico que causa el daño y que, con la sangre, llega al huevo, muy diferente del que se produce en los otros casos. Este distingo puede aunarse con la diferente evolución de la afección tórpida anexial respecto de las otras enfermedades tuberculosas, y aún de las que radican en los genitales internos de la mujer de carácter progresivo; cuán diferentes son las lesiones de estas últimas, de las que se observan en las formas tórpidas. En aquellas enfermas, el endosalpinx, se obtura la luz tubárica, rellenándose la cavidad de caseum, se produce pio ovario, es invadido el tejido celular y el peritoneo pelviano, estableciéndose más que adherencias verdaderas soldaduras, formándose verdaderos abscesos pélvicos, a la vez que va agravándose el estado general, causando la muerte sino se recurre, en buen momento, a una completa exéresis de todos los tejidos de la excavación.

En cambio, en la forma tórpida, las trombas, aunque encogidas, tortuosas y con adherencias peritubáricas, se mantienen permeables; el ovario realiza más o menos normalmente sus funciones y los tejidos inmediatos sufren pocas perturbaciones, y sobre todo, aunque no retrograde el proceso, persiste en la misma forma sin agravarse de manera ostensible, y las pacientes, aún cuando con molestias y trastornos que determinan en ellas un estado general precario, van tolerándolo a pesar de que transcurran meses y aún años.

Por otra parte, los agentes antibacilares, en otro tiempo de tanta aplicación: tuberculina, sanocrisina, antígeno metílico, etc., como los nuevos remedios: penicilina, estreptomícina, Pass, Tebeuno, etc., no consiguen actuar en forma que yugulen la afección. De ellos quizás debe tenerse en cuenta la estreptomícina que, aplicada cuando en el curso de la afección ocurre algún período de agudez, ejerce cierta acción beneficiosa; pero luego, a pesar de ello, persiste con sus caracteres el estado anexial. En cambio, si aparte de tales medios se pone en práctica con insistencia el tratamiento adecuado, se observa una pronta mejoría del estado general y aceptable regularización menstrual y, tras ello, que se obtenga la concepción en mujeres largo tiempo estériles, como así que cesara la repetición de abortos; podría pensarse a base de ello que se había logrado una curación absoluta y definitiva pero, desgraciadamente, no es así; más pronto o más

tarde reaparecen algunos síntomas indicadores de que, aunque sea en grado mínimo, ha resurgido el proceso anxial que debe ser nuevamente combatido.

EL CHOQUE VITAMINICO

DOSIS MASIVAS DE

VITACAROTENE PURO FORTISIMO

Con 500.000 u. i. de Vitamina A

VITACAROTENE COMPLEJO FORTISIMO

500.000 u. i. de Vitamina D - 300.000 u. i. de Vitamina A

100 miligramos de Vitamina E

Estos dos nuevos preparados de los Laboratorios Pelletier van envasados en ampollas. Ampolla única para tomar de una vez. Se caracterizan por no producir ninguna reacción gastrointestinal. TOLERANCIA PERFECTA GARANTIZADA.

Generalmente un tratamiento completo se hace tomando la primera semana una ampolla de **Vitacarotene puro**, dosis fortísima. La segunda semana otra ampolla de **Vitacarotene complejo**, dosis fortísima.

PIDAN MUESTRAS A LOS

LABORATORIOS PELLETIER

Apartado 200

MADRID