Enfermedad Inflamatoria Pélvica

Comentarios a dos años y medio de estadística en el Servicio de Ginecología. — Hospital San Juan de Dios — Bogotá, D. E.

*Dres.: Alvaro Espinosa y Espinosa, Bernardo Handzer
y Luis Alba P.**

Hace quince años, con el advenimiento de las sulfas, y luego con el de los antibióticos de más y mejor eficacia, creíamos que los procesos inflamatorios pelvianos desaparecerían casi por completo de la patología genital femenina. (1-2)

De ahí que los trabajos y estudios con relación a esta entidad son poco numerosos al presente, y cuando se presentan se dirigen generalmente a la tuberculosis genital, sobre la cual abunda la literatura.

Pero nuestra experiencia en diez y ocho años de trabajar en este campo, y el análisis del presente estudio comparado con uno de hace quince años, efectuado por uno de nosotros, (A. E. E.) (2) nos lleva a la conclusión de que andamos equivocados, y que la infección pélvica persiste igual en nuestro medio hospitalario, a la época de terapia antibiótica. Entonces, encontrábamos en la estadística un 17.4% en relación con las demás entidades ginecológicas y en el presente encontramos un 10.07% al estudio de la actual estadística.

Si bien es cierto que dominamos hoy más fácilmente la infección, no es menos real que los procesos inflamatorios pelvianos persisten y aún hemos vuelto a presenciar grandes masas inflamatorias en nuestros hospitales. Lo real es que la profilaxis y educación social no han corrido parejas con los adelantos de la ciencia en cuanto a tratamiento.

Por otra parte, el abuso de los antibióticos ha dado lugar a resistencias bacterianas, y aun a sensibilizaciones que han llevado en ocasiones a la muerte.

El presente estudio crítico comprende 195 historias clínicas en un período de 2½ años, desde el 1º de Enero de 1959, hasta

* Del Departamento de Ginecología. Hospital San Juan de Dios de Bogotá.

el 30 de Junio de 1961, en pacientes que ingresaron al servicio con diagnóstico de enfermedad inflamatoria pélvica.

CUADRO Nº 1
INFECCIONES PELVICAS

Edad de las Pacientes

Años	Casos	%
15 a 20	16	8.2 %
20 a 25	48	24.6 %
25 a 30	48	24.6 %
30 a 35	32	16.4 %
35 a 40	22	11.2 %
40 a 45	16	8.2 %
45 a 50	10	5.10 %
50 a 55	2	1.02 %
60 años	1	0.51 %
TOTAL	195	99.82 %

CUADRO Nº 2
INFECCIONES PELVICAS

Antecedentes obstétricos

Paridad	Casos	Porcentaje
Nulíparas	45	23.01 %
Primíparas	39	20 %
	1 a 3 58	
Multíparas	3 a 5 33	56.9 %
	5 o más .. 20	
	195	99.91 %
ABORTOS		
uno	37	18.9 %
dos	16	8.11 %
tres	3	1.54 %
tres o más	3	1.54 %
	59	30.09 %
Ectópico	1	0.51 %

En 1946 hacíamos el mismo comentario (2) a 187 historias en un período semejante de tiempo, del 1º de marzo de 1943 al 1º de marzo de 1946. Entonces no disponíamos sino de quimioterápicos del tipo de las sulfas, vacunas, y se iniciaba la era antibiótica sobre la cual no teníamos experiencia. La comparación de estos dos períodos de tiempo nos enseña que las aseveraciones que hemos hecho son justas y acertadas.

Todas las pacientes, una vez efectuado el diagnóstico, se sometieron a tratamiento médico con antibióticos, y las medidas generales conocidas desde tiempo inmemorial, de reposo absoluto, hidratación, etc. El análisis de los datos de estas historias es lo que presentamos hoy haciendo comparaciones con otras estadísticas nacionales y extranjeras.

EDAD

Referente a la edad de la pacientes (Cuadro número uno), vemos que ellas continúan presentándose con mayor frecuencia en el período de mayor actividad genital de la mujer, es decir, de los veinte a los cuarenta años, disminuyendo en esa época hasta los cincuenta, y siendo casi sin importancia más allá de esa edad.

ANTECEDENTES OBSTETRICOS

Los antecedentes de paridad nos enseñan lo ya conocido (Cuadro número dos), que la mayor cantidad de pacientes son múltiparas, dándonos un 56.9%, lo que unido a la frecuencia en las primíparas nos lleva a un porcentaje del 76%.

En las nulíparas hallamos un porcentaje del 23%, que indudablemente tenemos que achacar a la etiología gonocócica en la mayoría de los casos. Es en ellas que generalmente se presenta la TBC genital.

Posiblemente hay algunos casos más de abortos, pero como existen aún historias muy deficientes en lo tocante a anamnesis, no se pudieron comprobar sino 59 casos que representan un 30.09%, cifra por otra parte no de escaso significado estadístico, pero que no requiere comentarios.

CUADRO Nº 3
ANTECEDENTES GINECOLOGICOS

	Casos	%
a) <i>Trastornos menstruales</i>		
Metrorragias	26	13.33 %
Polihipermenorrea	8	4.10 %
Hipermenorrea	6	3.07 %
Polimenorrea	4	2.05 %
Amenorrea (menopáusica 1)	5	2.53 %
Polihipomenorrea	1	0.51 %
Hipomenorrea	2	1.02 %
Olihipomenorrea	1	0.51 %
Oligomenorragia	1	0.51 %
Oligomenorrea	1	0.51 %
	55	28.20 %
b) <i>ALGOMENORREA</i>	17	8.71 %
c) <i>FLUJO GENITAL</i>	133	68.20 %
d) Esterilidad		
Primaria	1	0.51 %
Secundaria	2	1.02 %
e) Algopareunia	2	1.02 %
f) Tensión premenstrual	1	0.51 %

CUADRO Nº 4
INFECCIONES PELVICAS
ETIOLOGIA

Bacterias gram negativas	aisladas	7	20	10.2 %
	asociadas	12		
Estafilococo	aislado	2	12	6.12 %
	asociado	10		
Bacterias gram positivas	aisladas	1	11	5.61 %
	asociadas	10		
	confirmado	8		5.1 %

T. B. C. (Koch)		10	
	?	2	
	aislada	3	4.59%
Escherichia C.		9	
	asociada	6	
	aislada	2	4.08%
Trichomonas		8	
	asociada	6	
	aislado	3	2.55%
Diplococcus Neisser		5	
	asociado	2	
Enterococos asociados	4	4	2.04%
Salmonella asociada		1	0.51%
Estreptococo		1	0.51%
Espirila de Vincent		1	0.51%
Historias sin dato		113	57.6 %

ANTECEDENTES GINECOLOGICOS

En el Cuadro tres, observamos que el flujo es el síntoma más notorio en estos casos, como era de esperarse, y que vino a comprobarse más por el examen pélvico que por el interrogatorio. Recordemos que en nuestro medio, la mujer no le da a este síntoma ninguna trascendencia, y lo considera en la mayoría de los casos como normal. Volveremos sobre este punto al comentar el Cuadro siguiente.

Los trastornos menstruales con sus múltiples variedades se hallan en un 28.20% de los casos, siendo el primero, con un 13.33%, la metrorragia.

Anotamos que de un porcentaje de nulíparas del 23%, solo se halla una esterilidad primaria. Falla en las historias? Falla en la anamnesis?

Que no se presenten sino un 8.71% de algomenorreas, nos hace hacer la misma pregunta!

ETIOLOGIA

La etiología y patogenia de la enfermedad pélvica inflamatoria, es bien conocida y no es necesario recalcar sobre este punto.

Al analizar las historias observamos que solo un 43% de las mismas presentan un estudio bacteriológico del flujo, que dis-

minuye a un 20%, si consideramos aquellos casos que por medio de cultivo se llegó a una etiología bacteriológica precisa.

Si bien es cierto que estos exámenes no dan siempre el agente causal, es conveniente buscarlos de manera sistemática para poder apreciar como lo hace Blinik (3), el hecho de que solo un 2% de gonococos fueren aislados en las anexitis crónicas, de 216 pacientes en los hospitales de Harlem y Beth Israel, de Nueva York.

Este Cuadro demuestra que falta mayor estudio de la etiología, base indispensable para un tratamiento adecuado y bien dirigido.

Referente a la etiología tuberculosa hallamos un 5.10% de los casos contra un 2.3% en 1946.

CUADRO Nº 5
ANTECEDENTES ENFERMEDAD ACTUAL

	Casos	%
Aborto provocado	19	9.7 %
Raspado uterino	19	9.7 %
Aborto espontáneo	12	6.1 %
Parto	5	2.56%
Maniobras instrumentales (biopsias endometrio)	2	1.02%
Ectópico	1	0.51%
	<hr/> 58	<hr/> 29.74%
Dato sin consignar en la Historia o imposible de verificar	137	70.26%

Mejor estudio histológico de las lesiones halladas en la cirugía, que entonces fue de un porcentaje de 4%, y que hoy se practica en el 100% de los casos, es tal vez la causa del aumento de esta etiología en nuestro medio. Falta, sí, el estudio bacteriológico de todas las piezas quirúrgicas extirpadas. El porcentaje que presentan varios autores con relación a la tuberculosis genital oscila entre el 1 y el 8%. (4, 5, 6, 7, 8, 9).

El mayor auge del estudio de la tuberculosis genital, se debe al conocimiento mayor del problema en la infertilidad matrimo-

nial, en cuyo estudio se encuentran con mayor frecuencia lesiones tuberculosas de endometrio, insospechadas desde el punto de vista clínico. De ahí el interés que por esta entidad se ha despertado y que cada vez sea mayor el número de trabajos al respecto.

Solo 5 casos de gonococos aislados al cultivo con un porcentaje de 2.55%, y un 57% sin dato en la historia, nos dice de la importancia del problema.

ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

En los antecedentes próximos de la entidad en estudio (Cuadro número cinco), el aborto provocado y los raspados uterinos llevan la primacía como causa directa.

El primer caso no merece comentario, y su importancia es bien conocida de todo ginecólogo.

El raspado, como causa inmediata, sí hace pensar en la falla médica de los centros que atienden estas pacientes. A ellos coremos traslado para que mejoren diagnósticos, técnica y asepsia quirúrgica.

Dos casos de biopsias de endometrio fueron de etiología instrumental de la inflamación pelviana, seguramente se olvidaron los preceptos de asepsia y demás datos a tener en cuenta para esta clase de exámenes especializados. El porcentaje sin embargo, es mínimo en relación con la entidad en estudio, y aún de menor significancia si consideramos el número de estas maniobras que se practican rutinariamente en los servicios de ginecología.

CUADRO N° 6

FORMAS EVOLUTIVAS

	Casos	%
Primer ataque (agudas)	110	56.4 %
Segunda o más (reagudizaciones)	84	43.07 %
Sin dato	1	0.51 %
	<hr/> 195	<hr/> 99.98 %

CUADRO Nº 7 SINTOMAS INICIALES

		Casos	%
Dolor abdominal	aislado 28	187	95.7 %
	asociado 159		95.7 %
Fiebre asociada a otros síntomas		111	81.4 %
Vómito asociado a otros síntomas		45	23.07 %
Metrorragia	aislada 4	35	21.27 %
	asociada 31		21.27 %
Flujo genital	aislado 1	31	15.8 %
	asociado 30		15.8 %
Tumefacción abdominal	aislada 1	18	9.2 %
	asociada 17		9.2 %
Diarrea asociada a otros síntomas		15	7.64 %
Disuria asociada a otros síntomas		9	4.61 %
Cefálea asociada a otros síntomas		7	3.58 %
Constipación	aislada 1	5	2.5 %
	asociada 4		2.5 %
Náusea asociada a otros síntomas		2	1.02 %
Disnea asociada a otros síntomas		1	0.51 %
Meteorismo asociado a otros síntomas		1	0.51 %
Hipo asociado a otros síntomas		1	0.51 %
Calofrío asociado a otros síntomas		1	0.51 %
Retención vesical asociada a otros síntomas		1	0.51 %
Tensión premenstrual asociada a otros síntomas		1	0.51 %
Ascitis asociada a otros síntomas		2	1.02 %
NO HAY DATO		2	1.02 %

CUADRO Nº 8 EXAMEN GENITAL

		Casos	%
Flujo genital	sí	133	68.2 %
	no	8	4.08 %
	sin dato en la Hria.?	54	27.6 %
Tumefacción parauterina		161	87.6 %
Cervicitis		45	23.07 %
Cáncer cervical		2	1.02 %
Colpocentesis	positiva 21 (77.7 %)	27	13.8 %
	negativa 6		

Un 70% de fallas para averiguar esta causa inmediata en las historias, nos habla por sí solo de la importancia de mejorar nuestro historial clínico, pero creemos, basados en el conocimiento etiológico, que ese porcentaje comprende un solo síntoma: la menstruación, lo cual nos daría pauta para pensar que está un 10% por encima del promedio de las estadísticas sobre infección pelviana de tipo gonocócico. (4)

FORMAS EVOLUTIVAS

El Cuadro seis nos muestra la incidencia de las formas evolutivas, es decir, formas agudas y reagudizaciones de estados crónicos. Según él, existe un 56.4% de formas agudas, en las cuales anteriormente no se habían presentado síntomas en las pacientes que hicieran acudir a la consulta. Ulteriormente, al comentar los resultados del examen genital, volveremos sobre este asunto.

SINTOMAS INICIALES

Referente a síntomas iniciales nuestra patología en nada se diferencia de lo comunmente aceptado al respecto (Cuadro número siete).

El meteorismo que revela parálisis intestinal no se presenta sino en un solo caso, dato curioso, pues este síntoma es mucho más frecuente en todas las estadísticas sobre salpingitis; de ahí que la succión naso-gástrica sea uno de los tratamientos aconsejados en primera instancia para todas las pacientes. (13)

La ascitis fue debida a una peritonitis tuberculosa, que seguramente precedió a la tuberculosis anexial.

No hay dato en 2 casos, lo cual representa un 1.02% de fallas en nuestras historias al respecto.

EXAMEN GENITAL

El Cuadro ocho nos muestra: 1º 54 casos en que no se consigna en la historia si había o no, flujo al examen pélvico, es decir, un 27.6% de las historias. Del resultado de este examen se sacaron los porcentajes con relación a los síntomas ginecológicos que describimos anteriormente en los antecedentes de las pacientes.

2º Tumefacción parauterina en 161 casos, con un 87.6%. A este respecto y observando el Cuadro nos preguntamos si había en ellas salpingitis agudas, o si eran todas reagudizaciones de formas crónicas.

Creemos lo segundo, aun cuando el dato del primer ataque indica 110 casos. De ahí que la anamnesis deba ser más cuidadosa aún para dilucidar este problema de gran trascendencia en el tratamiento a seguir en las pacientes.

3º Solo 45 casos de cervicitis en 195 pacientes, nos hace pensar en que falta consignar el examen ginecológico completo en muchas historias.

4º Finalmente solo se efectuó la colpocentesis en un 13.8% de los casos. Su positividad en un 77.7%, es decir, en 21 de los 27 casos, nos dice de la importancia de tal método que a más de afirmar un diagnóstico nos es de gran utilidad para investigar el agente causal, practicar antibiogramas, datos fundamentales para hacer un buen tratamiento.

Bien es sabido que en los cultivos de colpocentesis, generalmente no se aprecian gérmenes (4). Sin embargo, se halla con frecuencia la *Scherichia* o el enterococo, gérmenes sensibles a la penicilina. Por otra parte, en ocasiones se aíslan gérmenes (3, 14) que si no son los causales de la enfermedad, se presentan como responsables de infecciones secundarias que también debemos tener en cuenta para la terapia.

En nuestro estudio no se halló un solo cultivo de este tipo ni de las piezas quirúrgicas extirpadas.

CUADRO Nº 5 COMPLICACIONES

	Casos	
Pelviperitonitis	15	7.6 %
Peritonitis generalizada	4	2.05 %
Fístula anexo parietal	1	0.51 %
Peritonitis T.B.C.	1	0.51 %
T.B.C. pulmonar	1	0.51 %
Enteritis T.B.C.	1	0.51 %
Hematoma intraligamentario	1	0.51 %
Bronconeumonía a estafilococo	1	0.51 %

Fístula intestinal	1	0.51%
Intolerancia medicamentosa	1	0.51%
Fístula vésico vaginal	1	0.51%
Fístula urétero-vésico-vaginal	1	0.51%
Absceso pelviano	1	0.51%
Fístula coloparietal	1	0.51%
Absceso subfrénico	1	0.51%
Coroiditis	1	0.51%
	<hr/>	<hr/>
	33	16.55%

COMPLICACIONES

Cuadro nueve. Como es lógico en estos casos, la principal complicación fue la pelviperitonitis con un 7.6%, porcentaje muy bajo en relación con otras estadísticas, que muestran, como la de Collins y Janzen un 38.4% (13).

La peritonitis generalizada corresponde a rupturas de abscesos pélvicos o piosalpinx, dos de los cuales fueron los causantes de la mortalidad en este trabajo. Este porcentaje de por sí es bajo, si se compara con otras estadísticas, ya que en nuestro medio actualmente solo es de un 2.05%. Sin embargo, la mortalidad de esta complicación, representa un 50% en nuestra experiencia actual, contra un 100% que hallábamos en 1946.

Otros autores consultados, Novak, Boissier, Robert, dan a la pelviperitonitis una frecuencia mayor, pero sin que den porcentajes al respecto. (4, 5, 15).

Las demás complicaciones que representan en total 14 casos, o sea un 48% de las mismas, son casos aislados que no requieren comentario especial, salvo el caso de intolerancia a la butazolidina (fenil-butazona), que nos obliga a pensar en el bajo poder tóxico de esta droga usado a las dosis farmacodinámicas, y que algunas escuelas norteamericanas han querido exagerar en forma tal que casi proscriben el medicamento.

CUADRO Nº 10
TRATAMIENTO MEDICO

Droga			Casos	%
Penicilina	sola	19	43	22.05 %
	con cirugía	24		
Penicilina	sola	9	18	9.22 %
+				
Estreptomicina	cirugía	9		
Terramicina	sola	5	12	6.12 %
	con cirugía	7		
Penicilina	sola	5	8	4.08 %
+				
Butazolidina	cirugía	3		
Terramicina	sola	6	8	4.08 %
+				
Butazolidina	con cirugía	2		
Penicilina	sola	3	7	3.57 %
+				
Sulfas	con cirugía	4		
Butazolidina		4	4	2.04 %
Terramicina	sola	3	7	3.57 %
+				
Penicilina	con cirugía	4		
Sulfas			3	1.53 %
Penicilina + Butazolidina + diatermia			2	1.02 %
Tetraciclina + Sulfas + Butazolidina			2	1.02 %
Penicilina + Estreptomicina + Butazolidina			3	1.53 %
Penicilina	con cirugía		2	1.02 %
+				
Cloromicetina				
Cloromicetina + cirugía			2	1.02 %
Penicilina + tetraciclina i.v. + cirugía			2	1.02 %
Terramicina + cloramfenicol + cirugía			2	1.02 %
Penic. + Estrept. + Tetracicl. + Cirug.			2	1.02 %
Penicilina	sola	1	2	1.02 %
+				
Estreptomicina				
+				
Diatermia	con cirugía	1		
Penicilina + sulfa + terramicina			1	0.51 %
Terramicina + Clornf. + Penicilina			1	0.51 %

Penicilina + Estrepto. + tetraciclina i.v.	1	0.51%
Tetracicl. + isocotilhidraz. + Dihidro- estreptomicina	1	0.51%
Tetraciclina i.v. + oral	1	0.51%
Tetraciclina + sulfas	2	1.02%
Tetraciclina i.v. + sulfas	1	0.51%
Isoniacida + Estreptomicina	1	0.51%
Oxitetraciclina + sulfas	1	0.51%
Penicil. + Tetraciclina + butazolidina + Diater.	1	0.51%
Penicilina + Prednisona	1	0.51%
Penicilina + Prednisona + cloranfenicol	1	0.51%
Tetraciclina i.v.	1	0.51%
Terramicina + cortisona	1	0.51%
Penicilina + sulfas + butazolidina	1	0.51%
Penic. + Butaz. + Acromicina + Ditermia	1	0.51%
Penic. + Oxitetrac. + Butaz. + Diater.	1	0.51%
Penic. + Aureomic. + estrept. + diater. + prednisona	1	0.51%
Penic. + aureomicina + butazolidina	1	0.51%
Oxitetracicl. + diatermia + Butazolidina	1	0.51%
Oxitetraciclina + sulfa + diatermia	1	0.51%
Penic. + Oxitetra. + Butazol. + Ditermia	1	0.51%
Estrept. + Cloranfenicol + sulfas	1	0.51%
Penic. + Estrept. + Tetrac. + Butazol.	1	0.51%
Penicilina + sulfas + tetraciclina	1	0.51%
Aureomicina	1	0.51%
Sulfadiazina + diatermia	1	0.51%
Estrept. + Piem. + diatermia	1	0.51%
Kanamicina + Penic. + furandatina + Cirugía	1	0.51%
Estrep. + Pas. + isoniácida + Cirug.	1	0.51%
Terramicina + isoniácida + cirugía	1	0.51%
Estrept. + Pas + cirugía	1	0.51%
Tetrac. + Estrept. + Kanamicina + Cirug.	1	0.51%
Butazol. + oxitetraciclina + diater. + histerolin-denectomía	1	0.51%
Butazol. + oxitetraciclina + cirugía	1	0.51%
Sulfas + Butazol. + diater. + cirugía	1	0.51%
Sulfas + Oxitetra. + Cloraf. + cirugía	1	0.51%
Penic. + tetraciclina + sulfas + cirugía	1	0.51%

Penicilina + Acrom. + Estrept. + cirugía	1	0.51%
Penic. + Estrep. + Pas + cirugía	1	0.51%
Penicilina + Oxitetra. + cirugía	1	0.51%
Penic. + Cloranf. + Oxitetra. + sulfas		
+ Butazol. + cirugía	1	0.51%
Penic. + Oxitetra. + Estrept. + cirugía	1	0.51%
Oxitetra. + Estrept. + Cloramf. + Iloticina		
+ Prednis. + Cirugía	1	0.51%
Penicilina + Estrept. + sulfas + cirugía	1	0.51%
Tetrac. + Cloramf. + Estrep. + cirugía	1	0.51%
Estrep. + Piem. + Predr.	1	0.51%
Sulfas (un día)	1	0.51%
Oxitetraciclina	1	0.51%
Falta hoja de tratamiento o no se consignó	6	0.06%

TRATAMIENTO

Cuadro diez. Ya hace años Meiggs (6) dijo: Todo caso que requiere cirugía es la confesión de falla en el ginecólogo. (16)

En el año de 1946 (2) nuestro porcentaje de tratamiento médico-quirúrgico era de 45.07% contra 47.2% en la actualidad. En el primer chequeo estadístico el tratamiento médico daba un 40.64%, y actualmente presentamos un 52.2%.

Si bien es cierto que el promedio estadístico da un 20% de cirugía para esta entidad, y que por lo tanto, no llega a colmar las aspiraciones de Meiggs, nuestro porcentaje dobla este tanto por ciento que presentan las estadísticas de otros países. Su comentario es obvio. (13)

El análisis cuidadoso de nuestros tratamientos nos pone de manifiesto dos hechos interesantes:

1º Cuando la antibioterapia está aislada sin otro método terapéutico, existe un porcentaje mayor de casos que van a la cirugía.

2º Cuando se combina con antiflogísticos, especialmente con la fenil-butazona, observamos que el porcentaje quirúrgico disminuye o aún desaparece por completo.

Se dirá que son casos menos severos, o que aquello fue coincidencia, pero lo cierto es que el hecho, aun cuando la casuística

no es de gran importancia, nos pone de manifiesto lo tantas veces anotado, de que los métodos antiflogísticos (18, 20) ya sean fisioterápicos como lo preconizaba Raab (16) en 1942 y con él las escuelas europeas, o con los actuales antiflogísticos del tipo de la fenil-butazona y de los corticoesteroides que día a día se han ido perfeccionando, mejoran el cuadro clínico, acortan la evolución del proceso y hacen disminuir el tratamiento quirúrgico. (13)

Ya hace quince años, uno de nosotros insinuaba un mayor tratamiento fisioterápico con el objeto de mejorar los resultados médicos de esta entidad. Qué decir hoy, si a ello agregamos las drogas antes mencionadas? Por otra parte la antibioterapia ha sido, según lo apreciamos en el Cuadro adjunto, dada de manera anárquica y sin una pauta preconcebida.

En todos los casos la penicilina debe ser el arma de choque inicial, y una vez aislado el germen ojalá con antibiograma (12, 13) cambiar sí o no por otro antibiótico más adecuado para tal o cual caso.

En igual forma, y a la vez, se pueden usar combinados en el ataque agudo, los corticoides, la fenil-butazona, las ondas cortas, como la experiencia lo demuestra, pues si una sola de las drogas aumenta su eficacia, con mayor razón la combinación de varias medidas terapéuticas que se complementan.

Creemos que esta es la ruta que debemos seguir, para obtener dos objetivos principales:

a) Menor porcentaje de cirugía en la enfermedad inflamatoria pélvica.

b) Mejor porvenir ginecológico y aún obstétrico de estas pacientes en edad activa genital.

La indicación quirúrgica debe a su vez ser sometida a una pauta definida:

1º Si el proceso agudo cede y la o las tumefacciones parauterinas van disminuyendo de volumen, la eritrosedimentación se hace normal, el tratamiento médico debe continuarse hasta tanto las lesiones permanezcan estacionarias y por lo tanto refractarias al mismo. Esta sería la pauta para cirugía, y con ello creo, disminuiría el porcentaje quirúrgico de manera considerable.

2º En las reagudizaciones de procesos crónicos con tumefacciones preexistentes, el tratamiento debe ser más prolongado, y siempre acompañado de los métodos terapéuticos anteriormente anotados. Esta medida, aconsejada por uno de nosotros hace unos años, se puso en práctica con buenos resultados, aun cuando no hay datos estadísticos, en los años de 1955 a 1959. Pero fue abandonada, pues en solo siete veces, con un porcentaje del 3.57% de los casos, se usó dicha terapia.

Finalmente, en lo tocante a antibióticos debemos recordar el sinergismo y antagonismo antibiótico para encausar la terapia, ya que este punto, como la duración del tratamiento y su concentración óptima, son bases fundamentales para toda terapéutica anti-infecciosa en nuestros tiempos. (22)

CUADRO Nº 11 TRATAMIENTO QUIRURGICO

	Casos	%
Salpingooforectomía izquierda	12	13.04%
Salpingooforectomía derecha	12	13.04%
Salpingectomía izquierda (endometrosis 1)	7	7.60%
Histerectomía total + salpingooforectomía bilateral miomatosis	5	5.43%
Salpingectomía bilateral	6	6.52%
Salpingectomía derecha (ectópico 1)	5	5.43%
Salpingooforectomía bilateral (quistes ser. ovar. 1)	4	4.34%
Colpotomía	4	4.34%
Raspado	4	4.34%
Drenaje abdominal (endometrosis 1)	4	4.34%
Histerectomía total + salpingectomía bilateral (miomatosis 1)	3	3.26%
Histerectomía total con salpingooforectomía derecha (miomatosis 1)	3	3.26%
Salpingectomía derecha y salpingooforectomía izquierda	3	3.26%
Salpingectomía parcial + salpingoplastia bilateral (esterilidad 1)	2	2.17%
Salpingooforectomía D + salpingolisis izq.	2	2.17%
Histerolifadenectomía (Ca cervical + Salping.)	2	2.17%

Liberación de adherencias	2	2.17%
Salpingectomía izquierda + salpingooforectomía D	2	2.17%
Miomectomías	1	1.08%
Salpingooforectomía izquierda + miomectomías	1	1.08%
Punción de hidrosalpinx (?)	1	1.08%
Persuflación tubaria (ideal)	1	1.08%
Ooforectomía derecha (?)	1	1.08%
Salpingooforectomía D + salpingectomía parc. izquierda	1	1.08%
Salpingectomía izquierda + salpingoplastia der.	1	1.08%
Colpotomía + salpingectomía izq. (ectópico)	1	1.08%
Salpingectomía bilateral + ooforectomía izq.	1	1.08%
Casos sin tratamiento quirúrgico	103	52.8 %

TRATAMIENTO QUIRURGICO

Cuadro once. En 1946, la salpingectomía ocupaba el primer lugar, dando un porcentaje del 33% contra un 6.52% en el momento actual, que ocupa el 5º lugar en el tipo de terapia quirúrgica. Actualmente, practicando cirugía lo menos mutilante posible, la principal intervención fue la salpingooforectomía unilateral en un porcentaje del 26.08% en total, o sea un 13.04% para cada anexo.

La "histerectomía pura" para proceso inflamatorio, solo se efectuó en 4 oportunidades, es decir, en un 4.34% de los casos. Antaño esa operación era mucho más frecuente en nuestro medio, 10.67%.

No se practicó ni una sola vez la salpingectomía, que en 1946 proscrubamos como tratamiento inadecuado para esta entidad.

Se observa además en este Cuadro, mayor tendencia a las plastias tubarias, que antaño, no se intentaban.

Se sacó como dato quirúrgico una punción de hidrosalpinx (que en el Cuadro figura con un interrogante) y que fue ampliamente criticado a uno de los miembros del grupo ginecológico. No hay necesidad de más comentarios, sobre este caso.

Finalmente aparece en ese Cuadro estadístico una persuflación tubaria que no excluimos del mismo, pues aun cuando ello no es un tratamiento quirúrgico, sí es un procedimiento que de-

be tenerse en cuenta para el criterio de curación. En algunos casos, puede emplearse como método el tratamiento acompañado de las hidrotubaciones, especialmente en aquellos casos en que existe esterilidad y se comprueba obstrucción a nivel del pabellón tubario, como secuela del proceso inflamatorio. (17, 23).

Para terminar el comentario al Cuadro del tratamiento quirúrgico, nuestra meta debe ser llegar con el tratamiento médico, a solo operar pequeñas secuelas obstructivas, bridas adherenciales sin practicar extirpación de ningún órgano.

CUADRO Nº 12

DURACION DE HOSPITALIZACION

Días	Casos	%
1 a 10	54	27.6 %
10 a 20	46	23.58 %
20 a 30	20	10.18 %
30 a 40	19	9.67 %
40 a 50	2	1.02 %
50 a 60	1	0.51 %
60 a 70	9	4.59 %
70 a 80	2	1.02 %
80 a 90	—	—
90 a 100	3	1.53 %
100 a 110	1	0.51 %
110 a 120	3	1.53 %
120 a 130	4	2.04 %
130 a 140	—	—
140 a 150	4	2.04 %
150 y más	16	8.2 %
Sin dato	5	2.55 %

Promedio de permanencia hospitalaria: 18 días.

DURACION DE LA HOSPITALIZACION

Cuadro doce. Si en 1946 el promedio de hospitalización era de 45 días, en la actualidad es de 18 días.

Paradójicamente, en aquel entonces promulgábamos la fisioterapia para acortar el tiempo de permanencia hospitalaria. Y hoy

creemos que se debe insistir más médicamente, antes de ir a intervenir quirúrgicamente.

Habrán casos en los cuales nuestro afán de hacer una buena asistencia y de mejorar la estadística por este aspecto, nos haga quizá apresurar el acto quirúrgico?

Por otra parte, debemos recordar y hacer comprender a las pacientes, que una vez enfriado el proceso y en vías de curación, su tratamiento ambulatorio en las consultas externas, es posible, sin recargar los servicios con permanencias exageradas, como los casos descritos de 150 días o más. Todo extremo es pernicioso y debe evitarse; el análisis crítico nos lleva a situarnos en el justo medio.

CUADRO N° 13 EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD

	Casos	%
Curación	80	41.02%
Mejoría	108	55.03%
Salida voluntaria	3	1.53%
Muerte	2	1.02%
Sin dato	2	1.02%

EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD

Cuadro trece. En el Cuadro trece observamos las causas de salida del servicio.

Curación clínica inmediata en un 41% de los casos, contra el 70% que hallábamos en 1946. Creo que hoy se es más justo al valorar la causa de salida, y por lo tanto, el porcentaje de curaciones es menor. Ya decíamos antaño que la curación no se podría afirmar sino viendo la evolución ulterior de los casos por un año o más. En nuestro medio, es casi imposible este control de la paciente.

Salieron por mejoría un 55.03%; en 1946, dábamos este rótulo al 6.95%.

Salidas voluntarias del servicio, en un 1.53%, contra un 13.35%, años atrás. Esto indica una mejor colaboración de la pa-

ciente, mejor educación con mayor comprensión de su estado de enfermedad, que debe tratarse hasta cuando lo indique el médico.

Dos casos de muerte, que nos apresuramos a catalogar de inevitable, pues fueron bien tratadas, pero lo avanzado de la peritonitis que presentaban, hizo infructuosos los tratamientos médico-quirúrgicos que se practicaron. Esta causa da un porcentaje del 1.02%, contra un 5.34% que exhibíamos en 1946. Indudablemente, hemos mejorado en nuestras conductas quirúrgicas, pues a este respecto e imputables al tratamiento quirúrgico en sí, tenemos un 0.%, contra un 8.76% de años atrás.

CUADRO Nº 14
LABORATORIO CLINICO

	Casos	%
A) LEUCOCITOSIS		
1 a 5 000	14	7.17%
5 a 10.000	96	49.23%
10 a 15.000	49	25.12%
15 a 20.000	14	7.17%
20 a 25.000	1	0.51%
25.000 o más	5	2.55%
SIN DATO	16	8.20%
B) ERITROSEDIMENTACION		
1 a 10 mm.	10	5.12%
10 a 20 "	3	1.53%
20 a 30 "	8	4.10%
30 a 40 "	3	1.53%
40 a 50 "	17	8.71%
50 a 60 "	7	3.57%
60 a 70 "	17	8.71%
70 a 80 "	17	8.71%
80 a 90 "	11	5.63%
90 a 100 "	9	4.61%
100 a 110 "	11	5.63%
110 a 120 "	10	5.12%
120 a 130 "	11	5.63%
130 a 140 "	2	1.02%
150 o más	1	0.51%
SIN DATO	58	29.7 %

LABORATORIO CLINICO

El análisis del Cuadro catorce, no da lugar sino a un comentario de lo tantas veces anotado, que la eritrosedimentación es la más fiel ayuda de laboratorio para el diagnóstico de evolución, pronóstico e indicación de tratamiento quirúrgico, en caso de que sea necesario. Como a tal, siempre le debemos tener en mente, y recordar que muchos errores quirúrgicos del pasado se cometieron por abandonar la clínica y el laboratorio en el tratamiento de nuestras pacientes. (24)

Desafortunadamente no hallamos otros métodos de ayuda en el historial clínico estudiado para el diagnóstico etiológico de la entidad. Es así como no se practicaron cultivos de endometrio, inoculaciones al curí, ni test de la tuberculina en casos sospechosos de tuberculosis genital. (14, 23).

Por otra parte, el doctor Alberto Aparicio (27) halla en la CRP (proteína C reactiva), una ayuda valiosa para el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de esta entidad, y al relacionarla con la eritrosedimentación, dice que es más fiel esta última.

SUMARIO

1º — Se presenta un estudio comparativo de 195 casos de enfermedad pélvica inflamatoria, con estadísticas en semejante período de tiempo en 1946, en el Hospital de San Juan de Dios de Bogotá, Cátedra de Ginecología.

2º — El porcentaje actual con relación a las otras entidades ginecológicas del servicio, es de 10.07 en 21½ años de estadística.

3º — La edad más frecuente en la mujer es de los 20 a los 40 años, con porcentaje del 76.85% sobre las otras edades.

4º — La entidad más frecuente en las pacientes primi o multiparas, con un 76% que en las nulíparas.

5º — El flujo genital es el síntoma más frecuente con 68.20% de los casos; los trastornos menstruales se presentan en un 28% y la algomenorrea en un 8.71%. La esterilidad conyugal se comprobó en solo 1.53% de los casos en este estudio.

6º — La etiología tuberculosa nos da un 5.10% contra un 2.3% en 1946. Apreciada clínicamente la etiología y por

la localización en las piezas quirúrgicas, se halla un porcentaje de 34.7% para la etiología gonocócica, y un 44.5% para la infección séptica.

7º — Las formas agudas se presentaron en un 56.4%; las crónicas en un 43.07%. No hay dato en un 0.51%.

8º — El dolor fue el síntoma principal en un 95.7%; la fiebre en un 81.4%; el vómito en un 23%; la metrorragia en un 21.27%; el flujo genital en un 15.8%; la tumefacción abdominal en un 9.2% de los casos, y la diarrea en el 7.6%. Otros síntomas carecen de importancia clínica.

9º — La tumefacción parauterina es el signo más frecuentemente hallado: 87.6%; el flujo genital, 68.2%; cervicitis en un 23.07%. La colpocentesis se practicó en un 13.8%.

Existen grandes fallas en el historial clínico al respecto.

10º — La principal complicación fue la pelviperitonitis, con un 7.6%; la peritonitis generalizada con 2.05%. Las demás complicaciones carecen de importancia estadística.

11º — Se practicó tratamiento médico únicamente en 103 pacientes, o sea en un 52.2%. Tratamiento médico quirúrgico en 92 casos, con 47.02%.

12º — El tiempo promedio de permanencia hospitalaria fue de 18 días.

13º — El 41.02% de los casos evolucionó a la curación. Hubo mejoría en un 55%, y defunción en un 1.02%.

14º — La eritrosedimentación es el dato de laboratorio más importante en el diagnóstico de esta entidad.

CONCLUSIONES

Al analizar el trabajo surgen las siguientes conclusiones, que se derivan del análisis de la estadística comparada:

1º — La enfermedad inflamatoria pélvica no ha disminuído en nuestro medio de manera apreciable, como se esperaba con la aparición de los antibióticos. Urge mayor educación de nuestro pueblo en lo referente a higiene sexual, atención médica adecuada y centros de consulta en la provincia, de carácter oficial, pues

creemos que un buen número de pacientes no tienen la asistencia médica adecuada para evitar estas infecciones. Nuestras estadísticas están a la par con las extranjeras por este concepto.

2º — Nuestras historias son aún deficientes, y es necesario mayor atención del personal de internos y residentes para mejorar la calidad de las mismas, no dejando de anotar en ellas los datos que son preciosos para evaluaciones ulteriores.

3º — Es necesario en todo caso de enfermedad pélvica inflamatoria llegar a un diagnóstico lo más exacto posible, y para ello recomendamos, la práctica rutinaria de cultivos, tanto de endometrio como de los líquidos de la colpocentesis, flujos, etc. Cuando se opera al igual que el examen patológico, debe hacerse el estudio bacteriológico de las piezas extirpadas.

Al respecto se debe estudiar el valor diagnóstico y pronóstico de la CRP en nuestro medio.

4º — Las complicaciones representan un porcentaje más bajo que el hallado en otros países.

5º — El tratamiento debe ser conducido según prácticas rutinarias del servicio. Ante todo se debe insistir en forma sistemática en el tratamiento médico, con las medidas terapéuticas hoy conocidas, tanto antibióticas como fisioterápicas, hormonales y quimioterápicas que bien conducidas mejorarán el porvenir ginecológico y obstétrico de estas pacientes. Solo en última instancia se debe recurrir a la cirugía bajo normas y pautas definidas.

Esperamos con ello lograr algún día la meta deseada a este respecto: no operar o hacerlo sobre secuelas sin extirpación de órganos.

6º — Debe existir mayor coordinación asistencial en los tratamientos de estas pacientes. No debemos olvidar que los tratamientos ambulatorios pueden, en muchos casos, evitar cirugías mutilantes y mejorar en el peor de los casos, el porvenir de las pacientes.

7º — Nuestra estadística de mortalidad es baja, comparada con las extranjeras, y con las que exhibíamos hace quince años, probando por lo tanto que hemos mejorado a este respecto en los últimos años.

BIBLIOGRAFIA

- (1) AMAYA LEON HERNANDO **Comentarios a un año de internado.** Tesis. 1944.
- (2) ESPINOSA Y ESPINOSA ALVARO. **Anexitis. Comentarios a tres años de estadística en el servicio de ginecología del Hospital de San Juan de Dios.** Tesis. 1946.
- (3) BLINICK GEORGE. **Gonorrheal Disease in the females.** Clin. Obs. and Ginecc. 2 — 2 — 492. 1959.
- (4) E. NOVAK and E. NOVAK. **Text Book Gynecology.** 23-375. 1953.
- (5) ROBERT BOISSIE. **Gynecology and obst.** 58-138, abril de 1959.
- (6) HAINES MAGNUS. **Tuberculosis salpingitis as seen by the pathologist and the surgeon.** Am. J. Obst. and Ginec. 75, 3, 472. 1958.
- (7) POSNER CHARLES. ROBIN LEO. **A successful pregnancy after endometrial TBC** Am. J. Obst. and Ginecc. 74, 5, 1.136. 1957.
- (8) CRUZ AMAYA ARISTOBULO. **Dos casos de piosalpinx tuberculoso.** RV. Col. Obst. y Ginec. 11, 5, 596. 1960.
- (9) CHAVALIER RAUL y SANMARTINO R. **Permeabilidad tubaria y TBC.** Obst. y Ginec. Lat. Am. 9, 450. 1951.
- (10) HALBRECHT I. **Healed Genital Tuberculosis.** Obst. and Ginec. 10. 73. 1957.
- (11) HALBRECHT I. **Tuberculosis genital.** Ginecc. Rat. 9. 419. 1958. (Y. B.).
- (12) SCHAFER GEORGE. **Antimicrobial treatment of tuberculous salpingitis.** Am. J. Obst. and Ginecc. 77, 996 1959.
- (13) COLLINS CONRAD G., JANSEN FREDERIC. **Treatment of the pelvic absces.** Cli. Obst. and Ginecc. 512, junio 1959.
- (14) HALBRECHT I. **The relative value of culture and endometrial biopsy in the diagnosis of genital tuberculosis.** Am. J. Obst. and Ginecc. 75, 899, 1958.
- (15) MEIGGS and STURGIS. **Progress in Gynecology.** 2, 402, 1950 .
- (16) RAAB ERNST. **Las ondas cortas en ginecología.** Ed. Pegaso, Madrid 1942.
- (17) ASCENSO CABELLO JORGE. HOYLE JAVIER. DE LA FUENTE RAFAEL. **450 hidrotubaciones histero-tubáricas realizadas en el Centro Peruano de Fertilidad Matrimonial.** Rev. Col. Obst. y Ginec. 10, 4, 260. 1959.
- (18) AMOROCHO CARREÑO JORGE. **Nuevas anotaciones sobre el uso de la fenil-butazona en las obstrucciones tubarias.** Rv. Col. de Gin. y Obst. 11, 3, 413. 1960.
- (19) AMOROCHO CARREÑO JORGE. **Tratamiento de las afecciones anexoparametriales con la fenil-butazona.** Memorias 2º Conv. Col. de Obst. y Ginec. 315, 321. 1955.
- (20) AMAYA LEON HERNANDO. **Cortisona en el tratamiento de la obstrucción tubaria.** Rev. Col. de Obst. y Gin., 9, 6, 569, 1958.
- (21) RODRIGUEZ HERNANDO. **La inoculación de secreción menstrual al cobayo en el diagnóstico de la TBC genital.** Rev. Col. de Obst. y Gin. 10, 2, 152. 1959.
- (22) DOUGLAS GORDON, BIR N. BAUM STANLEY. **The role of antibiotic in genital infections.** Cl. Obst. and Ginec. 2, 413, 1959.
- (23) RUEDA GONZALEZ RICARDO. **Valoración de los métodos de exploración de la función tubaria.** Rev. Col. Obst. and Ginec. VIII, 3, 115, 1957.
- (24) CHATTAS ALBERTO. **Eritrosedimentación. Su aplicación a la clínica.** Salvat Editores. Buenos Aires, 1943.
- (25) WERNER STEIMBERG. **Histerosalpingography with ethiol.** Am. J. Obst. and Ginec. 74, 11, 140. 1958.
- (26) KARTER E. RUMMO B. P. **Surgical Bludign Tendencies of patients with chronic pelvic inflammatory disease.** Am. J. Obst. and Gin. 75, 5, 1.100. 1957.
- (27) APARICIO RUEDA ALBERTO. **La CRP (C reaccio-protein) como auxiliar en el diagnóstico de apendicopatías e infecciones anexiales.** Rev. Col. de Obst. y Ginec. Tesis. VIII-6-377, 1957.

Terramicina en la Cavidad Abdominal

*Dr. Alberto Zabaleta Lombana - Dr. Jorge Milanés **

Desde el pasado mes de Febrero hasta Junio del presente año, hemos verificado cincuenta observaciones en la Clínica Universitaria "Rafael Calvo C." sobre el uso del Clorhidrato de Oxitetraciclina, (xx) en el acto operatorio de pacientes internadas en dicho servicio.

En general, con la llegada de los antibióticos se aprovechó su poder anti-infeccioso en el tratamiento de la peritonitis mediante su instilación en la cavidad abdominal. En 1955, entre nosotros, Alfonso Bonilla Naar (1) al cerrar el abdomen en las peritonitis generalizadas, dejaba una solución de Penicilina un millón de unidades y un gramo de Estreptomicina en 40 c.c. de agua destilada; además, drenes y otro antibiótico de amplio espectro por vía parenteral.

En 1956 William E. Schattenn (2) publicó sus observaciones sobre 38 casos de peritonitis generalizada mediante el uso de antibióticos intraperitoneal; de los cuales 20 lo fueron con Terramicina.

Para el efecto, una vez intervenido el paciente dejaba dos drenes, uno en la región subhepática derecha y otro a través del Douglas, mediante los cuales instilaba la solución antibiótica. Igual sistema de administración utilizaron A. Bonilla Naar, Alvarez Vásquez (1) en trabajo publicado en 1960.

Experimentalmente se ha demostrado por observaciones sobre animales (2) (1) que los antibióticos en solución dejados en la cavidad abdominal no son tóxicos ni favorecen la aparición de adherencias.

Su administración en perros no anestesiados provoca la sensación de dolor cuando la concentración del producto es superior a los 2 mgm. por c.c. de solución. (2)

* Del "Departamento de Obstetricia" Universidad de Cartagena.

Tal inconveniente no se presenta en los pacientes anestesiados o agregando a la solución antibiótica 2 mg. de ácido ascórbico por centímetro cúbico. (4)

METODO. — Preparamos una solución de Terramicina, tipo endovenoso; 250 mgm. en 15 c.c. de Dextrosa al 5% en agua destilada; para dejar en la cavidad peritoneal una vez verificada la intervención propuesta. En los casos considerados de pronóstico más grave utilizamos 500 mgm. de Terramicina en 20 c.c. de solvente. Al finalizar este trabajo nos servimos del suero fisiológico como solvente en cantidad de 30 centímetros.

Por lo demás, la Terramicina así preparada es la única medicación antibiótica que se administra; consignando expresamente en las órdenes médicas no aplicar ninguna otra droga de tal naturaleza en los días siguientes. Se continúan sí las medidas apropiadas de acuerdo con el estado y requerimiento del paciente: transfusiones, soluciones electrolíticas, calmantes de dolor etc. De igual manera, se toman todos los cuidados que son de rutina en el preoperatorio en la medida que la urgencia lo permita.

Este uso de la Terramicina en la cavidad abdominal prácticamente se ha hecho de rutina en la clientela quirúrgica del Servicio tanto civil como pensionada; habiéndose acortado con tal proceder su hospitalización. El estado general del paciente es mucho más satisfactorio: facies despejada, descenso marcado de la temperatura en las que han sido operadas en período febril, menor dolor a nivel de la herida; morbilidad postoperatoria reducida al mínimo, todo lo cual permite levantarlas con la confianza del enfermo, en las primeras 24 horas; y con las ventajas innegables de la movilización precoz.

En los casos observados no se ha presentado intolerancia de tipo alérgico ni síntoma abdominal alguno que interfiriera el postoperatorio.

Las intervenciones se verificaron mediante la raquianestesia; excepto en dos pacientes en las que debido a su mal estado general se recurrió a la anestesia local con Xilocaína.

La primera no toleró la solución; reaccionando con síntomas de lipotimia, sudoración, taquicardia; por lo que no llegó a inyectarse toda la cantidad (Historia: C. B. H.); y en la segunda, a pesar del trastorno acusado, se dejó toda la solución, terminán-

dose de cerrar los planos. Esta sintomatología, no obstante lo inconveniente e inesperada, no tuvo mayores consecuencias, pasando en algunos minutos.

El tipo de anestesia usado, el solvente: agua destilada y la alta concentración de Terramicina pudieran provocar este mal-estar al entrar en contacto con los tejidos lesionados. Por ello, en las últimas pacientes cambiamos al suero fisiológico en cantidad de 30 centímetros.

De esta manera, completamos 50 tratamientos cuyo estudio resumimos en las historias y cuadros que acompañan este trabajo.

Para efecto de las anotaciones, consideramos la hora en que termina la intervención como comienzo del postoperatorio; y las 8 de la mañana del día de salida (hora en que generalmente se pasa la visita reglamentaria) como la de su término hospitalario.

Solamente dos de estos 50 casos, ambos operados en los mismos días y vecinos de cama, presentaron complicación bronconeumónica, lo que obligó al uso de antibióticos parenteral, dominándose rápidamente el cuadro. (Historias Nos. 02305 y 02106 que figuran con más detalles en los apartados siguientes).

Hemos incluido la **Historia N° 01684**, paciente que no fue operada; y atendida con el diagnóstico de pelviperitonitis aguda. Previa punción del Douglas con extracción de aproximadamente 1 c.c. de líquido seropurulento, se inyectó por la misma vía los 15 c.c. de solución de Terramicina en Dextrosa al 5% en agua destilada con resultados realmente notables.

Esta paciente acusaba dolor intolerable en el bajo vientre que dificultaba la exploración, tem. de 39.5; y además blefaritis bilateral. Antes de las primeras 24 horas había desaparecido toda sintomatología; incluso la blefaritis, dándosele de alta al siguiente día completamente bien.

No hemos hecho selección alguna de los casos para tratamiento, siendo tan solo desechados aquellos que por cualquier causa recibieran antibióticos antes de ser intervenidos. Las operaciones fueron llevadas a cabo por los profesores y jefes de Clínica, cinco en total; muchas de ellas con el carácter de urgente, vale decir, sin tiempo para una buena preparación preoperatoria.

Historiamos estas 50 observaciones en tres cuadros: Cesáreas Segmentarias Transperitoneales, Embarazos Ectópicos Rotos y Hematosalpinx. Con el título de "Varios" encuadramos los

CUADRO Nº 1

Cesáreas segmentarias transperitoneales

HIST. Nº	CAUSA	T. de P. HORAS	POST. OPERAT. Mx. TEMPERAT.				OBSERVACIONES
			DÍAS	HORAS	GRADO	HORAS	
02479	Cesárea Anterior	0	1	20	37.6	28	G.2. - P.O. - 33 años. Cesárea anterior por preeclampsia hace 18 meses. Está en tratamiento con hipotensores.
02337	Sit. Transversa	28	3	2	38	24	G3. - P.2. - A las 48 horas de operada solicitaba su salida.
02106	Oclusión Vaginal 1/3 superior	más 10	5	20	38.8	52	Primigrávida, 18 años. A las 48 horas acusa dolor torácico, escalofríos, fiebre, estertores crepitantes ambos pulmones. Bronconeumonía. Leucocitos 18.550. Hematíes: 2.480.000. Hb: 50%. Se utilizó antibiótico parenteral.
02305	Pl. Previa Cent.	0	5	4	39.8	36	G.9. P 5-A 3 31 años. Malas condiciones nutricional y dentaria. Pesó 46 kl. Talla 1.60. Entró a cirugía con 38.3 temp. Hizo bronconeumonía. Vecina de cama de la anterior. Se usó antibiótico en el postoperatorio. Hematíes: 2.910.000. Hb. 55%.
02186	Procidencia de cordón	más 10	4	13	38.4	45	G.12 P.9 A.2 38 años. Hidrohematorrea 3 días antes de ingreso. 2.580.000 hematíes. 50% de hemoglobina. Leucocitos: 18.200.
01914	T. de P. prolongado	50	4	16	37.8	24	Primigrávida 16 años. Llegó con bolsa rota, considerable edema de la vulva, meconio fétido. Atendida por comadrona. Temperatura 37.5°.
09197	Proc. de cordón	9	3	2	37.5	36	G.9 P.7 A 1 - 32 años. Hizo la procidencia en el servicio.
02184	T. de P. prolonga- do. Suf. fetal	27	3	7	37.6	60	G.2 P.1 18 años. Embarazo gemelar no diagnosticado. Hematíes: 3.140.000. Hemog.: 60%. Leucocitos: 20.600.
02844	Pl. Previa Cent.	0	3	17	37.7	13	G.12 P.5 A.6 34 años. Hematíes: 3.990.000. Hemoglob.: 75%.
03217	Primig. Añosa	9	1	12	37.3	16	Primigrávida. 35 años. Paciente pensionada.
A.T.Ch	Cesáreas Anteriores por estenosis pélvica	—	2	0	37.5	30	G.3 P.O - 25 años. Dos embarazos anteriores terminados por cesáreas. Feto sexo femenino. 3.450 grm. Talla 49 cm. Terramicina en solución fisiológica: 15 c.c.

Cesáreas segmentarias transperitoneales

HIST. Nº	CAUSA	T. de P. HORAS	POST. OPERAT. Mx. TEMPERAT.				OBSERVACIONES
			DÍAS	HORAS	GRADO	HORAS	
02629	Cesárea corporal ant. Preruptura uterina	6	2	0	38.5	30	G.2 P.0 - 24 años. Primer embarazo: cesárea corporal y peritonitis. 11 meses más tarde, segundo embarazo. Hay dehiscencia de rectos y hernia. Kahn positivo. Hematocrito 34%. Hemog.: 60% Adherencias epiploicas. Hematoma a nivel de la cicatriz uterina a punto de romperse. Se elimina la antigua cicatriz después de cesárea segmentaria. Feto eritroblastósico.
E. C.	Pl. Previa Cent.	3	2	0	37.5	30	G.2 P.1 - 22 años. Tres días antes, sangre abundante. En el servicio: palidez, angustia marcadas. Algunos vómitos. T.A.: 80 x 50, pulso 120. Se transfunde 500 c.c. de sangre. Se interviene. Al segundo día: 2.490.000 hematías. 22% hematocrito. 40% hemogl. Terramicina en sol. fisiológica.
02248	Pl. Previa. Sit. Transversa	0	1	20	37.2	28	Edad 39 años. Llegó al servicio por hemorragia vaginal indolora. Embarazo a término. Situación fetal transversa. Bolsa intacta.
I.C.C.	Cesárea Anterior	4	1	21	37.8	9	G.8 P.6 Ultimo embarazo: cesárea por placenta previa. Esta vez se interviene por la cesárea anterior. Edad 34 años. Buen estado general. Bolsa intacta. Feto femn. 4.100 gr. Talla 50 cms.
P.E.R.	Pl. Previa	0	1	20	37.5	28	G.8 P.7 - 32 años. Bolsa intacta. Buen estado general. 32 semanas de embarazo aproximadamente.
M.C.M.	Sit. Fetal Transversa Suf. Fetal	32	2	10	38	—	G.11 P.10. Llegó al servicio después de 29 horas de t. de parto. Bolsa intacta. Se rompe. El interno reconoce la posición anómala. Tres horas más tarde cirugía. Feto: 3.300 gr. Pérdida regular de sangre. Se transfundieron 500 c.c. Entró a cirugía con 38 grados de temperatura. que cayó a partir de las 40 horas. Estado catarral con expectoración. Se dejó terramicina: 250 mmg. en 30 c.c. de sol. fisiológica.

CUADRO Nº 1

Cesáreas segmentarias transperitoneales

HIST. Nº	CAUSA	T. de P. HORAS	POST. OPERAT. Mx. TEMPERAT.				OBSERVACIONES
			DÍAS	HORAS	GRADO	HORAS	
3.497	T. de P. prolong. Present. de cara	31	3	10	—	—	G.3 P.2 - 34 años. Bolsa rota. Hipersistolía. Entra a cirugía con 38° de temperatura. Descendió a las 48 horas.
3.585	Desprendimiento pre- maturo placenta normoinsera	—	5	18	39.4	48	G.5 P.3 A.1 27 años. Prueba de t. de parto durante 4 horas inducido. Se intervino por hemorragia. 28 semanas aproximadamente de embarazo. Estado catarral. Postoperatorio: estertores crepitantes pulmonares. Se usó Penicilina parenteral. Hematíes: 1.990.000. Hemog.: 35%. Hematocr.: 18%. Leucocitos: 13.800.
3.644	Cesárea anterior por Pl. previa	3	3	18.5	37.8	60	G.3 P.0 A.1 Primer embarazo: placenta previa y cesárea. A los 4 meses: nuevo embarazo y aborto. Estado catarral. Eventración a nivel de la cicatriz laparotómica. Numerosas adherencias epiloicas. Raquianestesia que termina con aplicación de pentotal. Espasmo laríngeo y mal estado general de la paciente.
J.N.A.	T. de P. prolongado Preeclampsia severa	30	3	0	37.8	60	Primigrávida 23 años. T.A. 195 x 130. Pulso 120. Temp.: 38.4° Bolsa rota 4 horas antes. Anotados 10 tactos vaginales. Se utilizó hipotensores. Anestesia local con Xilocaína. La solución de Terramicina provocó lipotimia que duró algunos minutos. Al salir de cirugía: T.A.: 90 x 50. Pulso 132. A las 12 horas temperatura 36.6°.
E. P. de T.	T. de P. prolongado	31	1	21	37.4	24	Primigrávida pensionada. 29 años. Más de 24 horas con bolsa rota. Se anotan 5 exámenes vaginales para control de trabajo. Se usó la Terramicina en solución fisiológica 15 c.c.
L.C.C.	T. de P. prolongado Pres.: de Cara	32	8	21	38	24	G.6 P.5 - Entró a cirugía con temperatura 38.3° Extracción fetal bastante laboriosa. A las 48 horas nueva elevación térmica que coincide con congestión mamaria por bajada de la leche. Terramicina en suero fisiológico 15 c.c.

CUADRO Nº 2

Embarazos ectópicos rotos. - Hematosalpinx

HIST. Nº	INTERVENCIONES	POST. OPERAT. Mx. TEMPERAT.				OBSERVACIONES
		DÍAS	HORAS	GRADO	HORAS	
01675	Salpingooforect. Der. Apendicect. profiláctica	2	21	37.3	21	G.6 P.4 - Hace dos años operada por ectópico izq. 32 años. Metro- rragia desde hace 1 mes, dolor hipogástrico, peso rectal. Punción del Douglas positiva.
01961	Salpingooforect. Izq.	3	16	38.5	40	G.4 P.3 - 25 años. Metrorragia desde hace 3 días. Fondo de saco de Douglas doloroso. Hematosalpinx izquierdo.
01691	Salpingooforect. Der.	3	20	38.1	28	G.11 P.10 - 39 años. En cavidad abdominal líquido serosanguíneo y coágulos. Adherencias. Feto de 7 cms. Raquianestesia y al final pentotal para el cierre de los planos.
01818	Salpingect. Derecha Apendicect. profil.	4	17	—	—	G.4 P.2 A.1 - 28 años. Metrorragia de regular intensidad durante 1 semana. Curetaje por considerarse aborto incompleto, restos mal olientes. Entró a cirugía con temperatura 38.9º Gran canti- dad de coágulos negros. Encerrado en sus membranas feto de 20 cms. Placenta incertada en porción ístmica trompa derecha, en parte desgarrada. Hematíes: 2.700.000. Hemog.: 40%. Embarazo Istmico abdominal.
02316	Salpingect. Derecha	2	18	37.6	48	G.4 P.3 - 24 años. Sintomatología 4 días antes. Punción de Dou- glas positiva. Coágulos y sangre líquida en abdomen. Se visualiza huevo formando tumoración en trompa derecha. Se hace neces- ario completar anestesia con pentotal.
03025	Salpingect. Derecha	3	7	37.8	60	G.6 P.4 A.1 - 33 años. Sintomatología desde 13 días. Curetaje por considerarse aborto incompleto. Punción de Douglas positiva. Sangre líquida y coágulos en abdomen. Se hizo raquianestesia, pentotal y éter.
3.643	Salpingect. Derecha Apendicect. profil.	8	3	37.5	36	G.4 P.3 - 27 años. Pesó 41.3 kg. Talla: 1.46 cms. Metrorragia desde 16 días antes. Punción de Douglas positiva. Abundante san- gre líquida y coágulos en abdomen. Hematíes: 2.680.000. He- mog.: 45%.

CUADRO N° 2

Embarazos ectópicos rotos. - Hematosalpinx

HIST. N°	INTERVENCIONES	POST. OPERAT. Mx. TEMPERAT.				OBSERVACIONES
		DÍAS	HORAS	GRADO	HORAS	
3.391	Salpingect. Derecha Apendicect. profil.	2	17	—	—	Primigrávida. 22 años. Pesó 40 klg. Talla: 1.56 cms. Una semana antes hospitalizada en malas condiciones generales por provocación de aborto. Se hizo transfusión y dio de alta mejorada. Regresó en peores condiciones, siendo intervenida. Abundante sangre en abdomen Entró a cirugía con temperatura 38.5° desapareciendo antes de las 24 horas. Hematocrito: 19%.
A.M.Z.	Slpingect. bilateral/ Enucleación quiste ovario derecho	2	21	38	28	G.7 P.6 - 35 años. Pequeñas metrorragias desde hace 1 mes. Buen estado general. Hematosalpinx izquierdo. Salpingitis quística derecha. Quiste de ovario derecho.
A. J. de S.	Salpingect. Izq.	1	19	38.5	4	33 años. Sintomatología dolorosa desde una semana antes. Punción de Douglas positiva. Entra a cirugía con 38° temp. Abundante sangre en cavidad abdominal. Se liberan adherencias. Hematosalpinx izquierdo. La temperatura descendió a 37.5° a las 19 horas. Terramicina: 250 mmg. en sol. fisiológica 30 c.c.
L.P.C.	Salpingect. Izq.	1	16	37.8	24	G.4 P.3 - Sirtomatología metrorrágica y dolorosa desde hace 3 días. Edad: 25 años. Punción de Douglas positiva. Coágulos y sangre líquida en cavidad abdominal. Hematosalpinx izquierdo. Hemog.: 7 gr. Hematocrito: 20%. Terramicina: 250 mmg. en 30 c.c. sol. fisiológica.

CUADRO Nº 3

Varios

HIST. Nº	CAUSA	INTERVENCIONES	POST. OPERAT. Mx. TEMPERAT.				OBSERVACIONES
			DÍAS	HORAS	GRADO	HORAS	
02159	Perforación uterina	Histerorafia	2	7	37.7	16	Al practicar curetaje por aborto incompleto se provoca la perforación. 1.5 cms. en fondo. Se sutura con catgut.
01622	Perforación uterina	Histerorafia Resección cuneiforme ambos ovarios	2	18	37.8	28	Paciente pensionada. Sangre considerable y coágulos en abdomen. Hacia cuerno izq. perforación 1 cm. Entre ligamentos útero sacros otra perforación de 2 cms. anfractuosa.
01458	Quiste ovario derecho	Ooforectomía	1	22	37.5	30	
02422	Quiste ovario Izq. con pedículo torcido	Ooforectomía	4	9	—	—	Sintomatología dos días antes. Llega a cirugía con 39.8° temp. Al abrir peritoneo cae en shock impidiendo continuar durante 15 minutos. Se transfundió sangre 500 c.c. Quiste azulado con pedículo algo necrótico.
00405	Absceso Anexo Derecho	Salpingooforectomía Apendicectomía	2	21	38.2	48	Curetaje por aborto incompleto. Regresa a la semana con síntomas de absceso pélvico. Colpotomía posterior que no llena su cometido. Posteriormente cirugía: fuertes adherencias. Se drena el absceso. Terramicina: 500 mmg. Apendicectomía.
01684	Pelviperitonitis Aguda	Inyección a través del Douglas	1	21	—	—	Temperatura 39.5° Dolor difuso en hipogastrio con resistencia muscular. Punción del Douglas: líquido seropurulento. Por la misma vía se dejan 250 mmg. Terramicina a las 2 p. m. A las 4 a. m. del siguiente día, temperatura 36.5° Desapareció dolor e igualmente una blefaritis bilateral.
02426	Piosalpinx Bilateral	Salpingect. Der. Salpingooforect. Izq. Histerectomía total	5	20	39	48	Numerosas adherencias. Los abscesos derraman en la cavidad abdominal al liberarlos. La intervención duró 3 hroas. Anestesia peridural, además, pentotal y éter. Al finalizar la paciente cayó en shock, recuperándose al cabo de dos horas mediante transfusiones. Se dejó 500 mmg. Terramicina.

CUADRO Nº 3

Varios

HIST. Nº	CAUSA	INTERVENCIONES	POST. OPERAT. Mx. TEMPERAT.				OBSERVACIONES
			DÍAS	HORAS	GRADO	HORAS	
03238	Quiste ovario Izquierdo	Ooforectomía Apendicect. prof.	1	22	—	—	
01423	Tumor Previo	Cesárea Segm. Histerect. total	2	20	37.4	52	G.7 P.5 - 31 años. Embarazo a término. T. de parto. A través del cuello masa dura, sésil, del tamaño del puño. Histerectomía total, previa cesárea segmentaria. Hematíes: 1.860.000. Hematocrito: 16 %
02849	Quiste dermoide Salpingitis quística Izq.	Salpingooforect. Izq. Resección cuneiforme ovario Der. Apendicect. prof.	3	22	38.3	6	
01870	Endometrioma?	Ovariectom. Der. Apendicectomía	2	19	37.6	4	Hace 6 años salpingoplastia y resección cuneiforme ambos ovarios. Hay gran cantidad de adherencias. Se punciona el quiste de contenido achocolatado y se extirpa la bolsa. Raquiánestesia que termina con pentotal.
3.191	Absceso Pélvico	Histerect. total Salpingooforect. Izq. Salpingect. Der.	2	21	38.2	48	Talla: 1.54 Peso: 48 klg. Vómitos el mismo día de operada con expulsión de numerosos áscaris. Durante la intervención el absce-
02869	Endometrioma? Quiste luteínico	Resección cuneif. Ovar. Der. Apendicect. profiláct.	1	20	37.4	4	
G.Z.V.	Absceso pélvico	Aspiración. Salpingooforect. Der.	4	16	—	—	Edad 18 años. 40 klg. de peso. Aborto provocado mediante sonda. En cavidad abdominal derrame de pus mal oliente; aspirándose casi 1. Apelotonamiento de asas intestinales que conservan su disposición anatómica. Temperatura 39.5° que cayó definitivamente a las 60 horas. Por la gravedad en principio se le aplicó en venoclisis 250 mmg. más de terramicina.

CUADRO Nº 3

Varios

HIST. Nº	CAUSA	INTERVENCIONES	POST. OPERAT. Mx. TEMPERAT.				OBSERVACIONES
			DÍAS	HORAS	GRADO	GRADO	
C.B.H.	Antonía Uterina post. cesárea por placenta previa	Histerectomía total	5	12	38	36	G.6 P.3 - 28 años. Dos últimos embarazos terminados por cesáreas (placentas previas). El embarazo actual: placenta previa intervenida dos horas después de iniciado t. de parto. Gran cantidad de adherencias obligan a cesárea corporal. La extracción placentaria determina abundante sangre. Se utilizó anestesia local. La solución de Terramicina provocó malestar que pasó en algunos minutos. Postoperatorio se acompañó de hemorragia vaginal y shock. Mejorada con sangre se intervino nuevamente 10 horas más tarde con temperatura 38º T. A.: 90 x 50. Anestesia peridural continua para histerectomía total. Hubo lesión de la vejiga urinaria. Esta vez, la solución de Terramicina no provocó accidente alguno. Se transfundieron 3.000 c.c. de sangre.
4.290	Desprendimiento Prematuro Placenta Normoinserta	Histerectomía Subtotal previa Cesárea segmentaria	2	21	38.2	40	G.12 P.10 A.1 - 35 años. Consulta por dolor intenso abdominal y pérdida de sangre por genitales. La intervención dura dos y media horas. Abundante sangre en la cavidad uterina. Cae en shock. Se transfunden 1.000 c.c. de sangre. Utero infiltrado de sangre. Histerectomía subtotal previa cesárea segmentaria. Hemog.: 10.1 gr. Hematocrito: 35%.

CUADRO Nº 4
Totales parciales

INTERVENCIONES	Nº DE CASOS	PORCENTAJES	POSTOPERATORIO		TIEMPO PROMEDIO			HORAS PROMEDIO
			DIAS	HORAS	DIAS	HORAS	MINUT.	
Cesáreas Segm.	23	46 %	72	8	3	3	30	75½
Ectópicos etc.	11	22 %	33	12	3	1	05	73.05'
Varios	16	32 %	51	3	3	4	41	76.41'
CUADRO Nº 5								
Gran Total	50	100 %	156	23	3	3	20	75.1/4

casos de abscesos pélvicos, quistes de ovario, perforaciones uterinas por curetajes, histerectomías etc. En las respectivas columnas anotamos los días y horas del postoperatorio de acuerdo con lo indicado anteriormente a este respecto, causa y tipo de intervención, como también el más alto grado de temperatura alcanzado y el número de horas transcurrido al producirse esta hipertermia. La última columna recoge los antecedentes y un resumen de las condiciones pre y postoperatorias. Finalmente, los cuadros 4 y 5 agrupan en forma parcial y total los datos generales de este estudio.

No queremos alargarnos en comentarios sobre las historias y cuadros que presentamos, ya que nada agregaríamos a su objetividad. Queremos sí recalcar el beneficio obtenido con este tratamiento que permitió una permanencia hospitalaria promedio de solo 3 días, 3 horas y 20 minutos por paciente en 50 casos, muchos de los cuales de notable gravedad; y la mayoría en pésimas condiciones preoperatorias.

RESUMEN

1) Se presentan 50 casos de diferentes intervenciones laparotómicas obstétrico-ginecológicas, en las cuales se dejó 250-500 mgm. de terramicina tipo endovenoso en 15-20 y 30 centímetros de dextrosa al 5% en agua destilada y en solución fisiológica, en la cavidad abdominal.

2) Se revisa la literatura sobre la Terramicina intraperitoneal. Observamos que la misma se refiere al tratamiento de la peritonitis generalizada mediante perfusión abdominal.

3) Se presenta un caso en el cual se usó la Terramicina en 15 c.c. de solución inyectada a través del fondo de saco de Douglas.

4) Se acompañan dos cuadros estadísticos que revelan la bondad del procedimiento.

CONCLUSIONES

1) La Terramicina en solución dejada en la cavidad abdominal es un procedimiento completamente inocuo y altamente eficaz en la prevención de la morbilidad post-operatoria.

2) Permite acortar notablemente el internamiento postoperatorio hospitalario.

3) Permite por lo tanto, mayor aprovechamiento del cupo hospitalario a un costo menor por paciente y un gasto de antibióticos reducido al mínimo.

4) El estado general del paciente dentro de las primeras 24 horas es más satisfactorio, aceptando con confianza la movilización precoz.

5) Solo se presentaron dos complicaciones por bronconeumonía, lo que obligó al uso de antibióticos por vía parenteral.

6) Este tratamiento no debe utilizarse en los casos intervenidos con anestesia local por dar origen a percances desagradables.

Nuestros agradecimientos al personal Científico de Clínica de Maternidad Doctores: José María Pérez Ruiz, Orlando Castillo C., Boris Calvo del Río y Roberto Dickson.

BIBLIOGRAFIA

- 1) BONILLA NAAR A., ALVAREZ VASQUEZ A. **Tratamiento Racional de la Peritonitis Generalizada.** Rev. Med. y Cirugía Vol. XXIV. Nº 5. Oct.-Nov. 1960.
- 2) SCHATTENN W. E. **Intraperitoneal Antibiotic Administration.** Surg. Gynec. and Obst. 102 Marzo/56.
- 3) DI CARLO G. **Terramycin Therapy.** Pág. 109. Editor Medical Department of Pfizer Laboratories.
- 4) EDER W. P. and MYERS N. L. **Terramycin Therapy.** Pág. 110. Editor Medical Department of Pfizer Laboratories. 1960. U.S.A.
- 5) SCHATTENN W. E. and ABBOTT W. E. **Terramycin Therapy.** Pág. 109. Editor: Medical Department of Pfizer Lab. 1960. U. S. A.