EMBARAZO ECTOPICO AVANZADO

Dr. Alberto Zabaleta Lombana*

Hemos recopilado entre 1958 y 1974, trece casos de embarazo ectópico avanzado, atendidos en la Clínica Universitaria Maternidad Rafael Calvo de Cartagena. Su contenido nos permite elaborar el presente trabajo, tendiente a actualizar la estadística sobre el tema y estimular su interés diagnóstico.

La gestación extrauterina pasa casi siempre desapercibida en sus comienzos; muchas veces, sólo el accidente hemorrágico por ruptura de la trompa, conduce a su descubrimiento. Menos frecuente, el ectópico avanzado con feto vivo, es un problema de diagnóstico; con feto muerto, el error, es la regla.

El embarazo abdominal es conocido en la literatura médica desde el siglo X. Albucasis (936-1.013), notable cirujano árabe, nacido en Córdoba-España, lo describe por primera vez: un caso que drenó espontáneamente a través de la pared abdominal (4, 5). Más célebre aún, es el del castrador suizo de cerdos, Jacob Nufer (7) a quien se atribuye haber practicado en el año 1.500, en una parturienta viva, su propia mujer, la primera operación cesárea. Hoy día, tal hecho se considera como laparotomía en una paciente de embarazo abdominal (4).

En Colombia el Dr. Pompilio Martínez, tiene la primacía de haber relatado en la Academia Nacional de Me-

dicina, en 1912, un caso correctamente diagnosticado (3).

Frecuencia

Es una entidad de muy escasa incidencia. Acosta Bendeck (1) en la Maternidad Leopoldina de Santos, Barranquilla, señalaba para el período 1951-1956, uno por 11.429 partos. En Finlandia una estadística de 30 años (1934-1964) encontró uno por 20.000 partos aproximadamente (6).

En la Clínica Rafael Calvo de Cartagena entre 1966 y 1974 (Septiembre) han ocurrido 46.378 partos y 5 ectópicos avanzados: 1 por 9.275 partos.

Material

Lo constituyen las historias de 13 embarazos ectópicos de 25 a 40 semanas de gestación.

En el cuadro anterior consignamos el orden en que ocurrieron los casos y algunas características generales que seguidamente comentamos. La preñez ectópica avanzada puede tener lugar a cualquier edad durante el ciclo reproductivo. Los extremos fueron 19 y 38 años.

Destacamos la escasa incidencia de abortos precedentes en el grupo: de 12 sólo 4, (33.3%). En total, 6 abor-

* Prof. Titular. Obst-Ginec. Fac. Medicina Cartagena.

CUADRO N° 1
EMBARAZO ECTOPICO AVANZADO — 13 CASOS
GENERALIDADES

Año	Nº	Edad	G	P	A	Observaciones
1958	1	25	1	0	0	Madre viva
1959	2	32	7	6	0	Madre viva
1959	3	31	3	1	1	Madre viva
1962	4	23	3	2	0	Madre murió
1962	5	—	—	—	—	Madre viva. Intraligamentoso
1963	6	25	3	2	0	Madre viva
1964	7	34	7	6	0	Madre viva
1965	8	24	3	2	0	Madre murió
1966	9	35	6	5	0	Madre viva. Intraligamentoso
1968	10	38	6	2	3	Madre viva
1969	11	19	2	1	0	Madre viva
1972	12	25	6	4	1	Madre viva
1972	13	28	5	3	1	Madre viva

tos entre 52 gestaciones: 1 por cada 8.6 embarazos. Una paciente tuvo 3 abortos. En esta estadística, la ocurrencia del ectópico es más frecuente en los primeros 3 embarazos (50%).

Teniendo en cuenta y sumados a los nuestros, 26 casos del grupo presentado por Botero Uribe (3) este hecho se repite en el 56.3%.

CUADRO N° 2
ECTOPICO AVANZADO — 20 CASOS
SEGUN GRUPO DE EDADES

Edades	Zabaleta Lombana	Casos	Botero Uribe	Total	%
	—		Casos		
17 a 19		1	1	2	10%
20 a 24		2	—	2	10%
25 a 29		4	2	6	30%
30 a 34		3	—	3	15%
35 a 39		2	3	5	25%
42		—	2	2	10%

En cuanto a los grupos de edades los comprendidos entre 20-29 y 30-39 años resultan ser los más predispuestos, según puede verse en el Cuadro N° 2. (40% cada uno). Lo anterior coincide con lo señalado por otros autores para la ocurrencia del embarazo ectópico en general (8. 9).

Las semanas de gestación fueron calculadas a partir de la última regla hasta la cesación de los movimientos

activos, o bien a la fecha de intervención, en los casos de fetos vivos. De esta manera, 11 embarazos alcanzaron entre los 35 y 40 semanas 91.6%.

En relación al sexo, este fue consignado en 10 historias: 3 masculinos, 7 femeninos (70%). Los pesos y tallas, señalan los fetos como de término, excepto los casos 8º y 13º. Algunos con gramos y centímetros de menos en razón de los procesos de

CUADRO Nº 3

ECTOPICO AVANZADO — 13 CASOS
CONDICIONES FETALES

Nº	Sem.		Sexo		Peso gms.	Talla cms.	Pres.	Observaciones
	Ges.	m	f					
1	36		x		2.700	48	Trans.	Pie varo equino mano simio vivió 18 horas.
2	40		x				—	Macerado.
3	35		x				Cef. oblic.	Macerado.
4	40		x		3.500	48	Cef.	Sin anomalías actualmente vivo.
5			—		—	—	—	Macerado.
6	35	x	x					Macerado. Hidrocéfalo.
7	35							Macerado. Sin anomalías.
8	25				250	20	Cef.	Macerado. Sin anomalías.
9	35		x		2.940	48	—	Macerado. Sin anomalías.
10	40		x		2.380	46	Trans.	Macerado. Sin anomalías.
11	40	x			2.380		Trans.	Macerado. Sin anomalías.
12	40		x		4.175	51	Trans.	Sin anomalía. Murió al 3º día Hosp.
13	27	x			1.100	32	Trans.	Murió en el Hosp. sin anomalía.

reabsorción y maceración. Dos pesaron 3.500 y 4.175 gramos respectivamente.

La presentación viciosa del feto constituye un hecho de interés. Registrado este dato en 8 historias, 5 corresponden a situaciones transversas (62.5%). Dos embarazos fueron intraligamentosos.

Las dificultades diagnósticas en la gestación abdominal avanzada, la convierten en grave riesgo para el feto. Te Linde (8) anota una tasa de mortalidad fetal de 85%, Botero (2, 3), 84.4%. En nuestro estudio fue de 84.6% y hasta el 92.3% incluido el período neonatal. El tiempo transcurrido desde la muerte del feto y, su extracción varió de 3 a 40 días. Los productos presentaron diversos grados de maceración.

Las precarias condiciones del lecho ovular predisponen a malformaciones fetales(catalogadas entre el 37% y 75% (4), aunque algunas puedan reconocer otra etiología. Sólo dos casos, incluída una hidrocefalia, fueron encontrados por nosotros (15.4%).

Cuatro fetos llegaron vivos al servicio. 30.7% (Casos 1, 12, 13, 4). Con diagnóstico clínico apropiado y oportuno, dos se obtuvieron vivos. El primero, conocido desde el segundo mes de amenorrea, vivió solo 18 horas. El segundo (Caso Nº 4) vive todavía y cuenta 12 años. El cuarto (Caso Nº 13) murió durante la cirugía y el tercero (Caso Nº 12) sobrevivió 3 días antes del diagnóstico correcto.

La mortalidad materna correspondió al 15.3% (Casos 4 y 8) porcentaje similar al de Botero Uribe (3) 15.6%. Bright y col. (4) aproxima la mortalidad materna al 10%.

El huevo ectópico puede anidar en cualquier parte del territorio genital, y su placenta mediante nuevos contactos vasculares, adherirse a diversas estructuras, como puede verse en la compilación del Cuadro Nº 4. El útero excepto en su cara anterior, fue el órgano que más veces sirvió de asiento a la placenta (50%), así como el fondo de saco de Douglas hasta donde extendió sus conexiones en el 33.3% de los casos.

CUADRO N° 4

ECTOPICO AVANZADO — 11 CASOS
PLACENTA Y SU TRATAMIENTO

N°	Inserción	Tratamiento	Observación
1	Utero, cara post seg. inf. y fondo saco de Douglas.	Dejada in situ marsupialización de la bolsa.	Placenta atrófica retroperitoneal reintervenida 9 meses después.
2	Región postero derecha de pelvis, adherida a trompa derecha y peritoneo parietal post.	Dejada in situ.	
3	Región post. lateral izquierda de pelvis.	Sus vasos trombosados facilitaron su extracción.	
4	Cara post. seg. inferior uterinos y fondo de Douglas.	Dejada in situ.	Hemorragia uterina en post-parto mediato: muerte.
5	Embarazo intraligamentario.		
6	Cara post. de útero.	Se encontró desprendida.	
7	Peritoneo parietal posterior.	Dejada in situ.	
8	No se identificó placenta en la autopsia.		
9	Base ligamento ancho derecho intraligamentario.	Desprendimiento sin hemorragia.	
10	Fondo y Reg. post. lateral derecha de útero anexo derecho.	Extirpación por histerectomía subtotal.	
11	Fondo uterino epiplón.	Dejada in situ, marsupialización.	Absceso y expulsión.
12	Fondo y cara post. uterinos y fondo saco Douglas.	Dejada in situ.	Absceso y quiste placentario.
13	Fondo de Douglas y ligamento ovárico derecho y	Extirpación de epiplón y salpingooforectomía derecha.	

Clark y Burke, citados por Bright (4) han sugerido una clasificación del embarazo abdominal según la localización placentaria.

1° Implantación en el fondo de saco posterior o por detrás del útero.

2° Implantación en el fondo del útero o por encima de la trompa; y

3° Embarazo abdominal secundario a ruptura o perforación precoz del útero.

En cuanto al tratamiento que debe darse a la placenta, compartimos el punto de vista de otros autores (1, 3, 8) de dejarla in situ; siempre que mantenga conexiones vasculares con

órganos vitales, por el peligro que representa su remoción. Sin embargo, es de anotar las posibilidades de infección y absceso de la masa placentaria o de perforación y hemorragia provocada por su actividad trofoblástica, de pronóstico grave, cuando no fatal para la madre. Habrá casos particulares, en los que será factible extirpar la placenta, mediante la exéresis de tejidos vecinos o amputando parcialmente el útero.

En 6 de 11 veces, la placenta fue dejada in situ (54.5%), dos con marsupialización de la bolsa amniótica; uno de los cuales dio lugar a un absceso que supuró durante mes y me-

dio. El segundo caso abscedado (Nº 12) originó una sepsis.

En 5 ocasiones la placenta fue retirada. En 3 sin inconvenientes dado que había perdido sus adherencias

vasculares. En las 2 restantes mediante histerectomía subtotal (Caso Nº 10) y salpingooforectomía con extirpación de epiplón (Caso Nº 13) por accidente hemorrágico durante la cirugía.

CUADRO Nº 5

ECTOPICO AVANZADO CERVIX Y CUERPO UTERINO

CERVIX	UTERO
1	Altura + — 4 meses de gestación.
2 Reblandecidos situación posterior.	
3 Cerrado, reblandecido, repropúbico.	Histerometría: 10 cms.
4 Imposible de localizar al tacto y espéculum.	14 cms. por encima del pubis.
6 Largo - "No presenta características del tercer trimestre".	
7 Cerrado — Semiduro.	Histerometría: 15 cms.
8 Reblandecida - localización posterior.	"Algo aumentado de tamaño".
9 Cerrado — duro.	Ligeramente aumentado de tamaño.
11 Central — grande, blando dilatable.	
12 Central — cerrado edematoso.	Histerometría: 12 cms.
13 Reblandecido.	Ligeramente aumentado de tamaño.

En líneas generales se ha señalado que el cérvix, en el embarazo ectópico avanzado, presenta características diferentes al de la gestación intrauterina. En ocasiones, puede encontrarse en situación anómala, lo que dificulta su hallazgo, alto por encima del pubis, o bien muy atrás, en el fondo de saco postreior de la vagina. A veces, es un cuello duro o semiblando que parece no ser de término.

A este respecto, el cérvix fue hallado blando, maduro, 7 veces sobre 10 (70%) y sólo en 3 casos, de consistencia dura.

En relación con el cuerpo uterino, se sabe que aumenta de tamaño durante los primeros meses, por influjo hormonal. Aquí se encontró desde "Ligeramente aumentado;;, hasta de una altura para "+ — 4 meses de gestación".

Mctivo de Consulta-Sintomatología

Las quejas que más frecuentemente obligaron a la consulta sobre 11 casos

(excluidos 1º y 5º): fueron los siguientes:

1º Dolor abdominal: Intermitente, difuso o referido al hipogastrio. En veces de tipo cólico y señalado como "retortijones abdominales". Presente en 10 casos (90.9%).

2º Ausencia de movimientos fetales: (Excluidos 4 casos que llegaron con fetos vivos: 1º, 4º, 12º 13º). Generalmente dejados de percibir por la madre después de un episodio doloroso abdominal, considerado como falso trabajo de parto. Relatado 6 veces (75%).

3º Metrorragia: Sangre vaginal escasa, solo referida en 3 ocasiones (27%).

El embarazo ectópico avanzado rara vez es asintomático (2 casos). Generalmente cursa acompañado de complicaciones del aparato urinario, digestivo, y del mismo feto.

El tracto urinario suele manifestar disuria, tenesmo vesical y hematuria, (3 casos) que desaparece con el reposo. El tubo digestivo acusa sialorrea, vómitos en la segunda mitad de la gestación. Episodios diarreicos con tenesmo rectal, seguidos por períodos de estreñimiento. Crisis de dolores abdominales, "retortijones", "falso trabajo de parto", a veces acompañados de movimientos desusados, muy activos del feto. El dolor puede reflejarse hacia el hombro o extremidades inferiores. Con frecuencia determina malestar general, inquietud, disnea (6 casos), sudoración profusa (5 casos) mareos y hasta lipotimia.

Cinco pacientes relataron escalofríos y fiebre. En ocasiones (4 casos), hay dificultades de tipo doloroso para deambular, sentarse, acostarse y/o levantarse.

El aparato genital se asocia a la sintomatología con metrorragia, descrita en 3 ocasiones, en la primera mitad de la gestación como amenaza de aborto.

El estado general de la paciente está de ordinario alterado. Los niveles tensionales se mantienen dentro de límites normales 90/60 - 120/80, no así el pulso, acelerado entre 100 y 140 al minuto (excepto en 3 casos). La palpación abdominal suele ser contradictoria. En algunas ocasiones la pared hipertónica, dolorosa, (4 casos) imposibilita percibir partes fetales. Por el contrario en 3 casos, el feto parecía palparse fuera del útero inmediatamente por debajo de la piel. Tal el resumen de los elementos sintomáticos relatados en el curso del embarazo ectópico avanzado y/o al examen de la paciente.

Diagnóstico

El diagnóstico de esta entidad no es fácil. 50% en las estadísticas de

Clark y Turunen, citados por Laurila (6) 37.5% en la de Botero Uribe (3). En nuestra casuística, 12 casos, fue correcto en 8 (66.6%), tres, entre los 4 casos de fetos vivos. La base, como siempre, es la elaboración de una buena historia clínica y tener presente la posibilidad de su ocurrencia ante el curso complicado de una gestación. Hemos visto como es de variada su sintomatología por compromiso de otros sistemas: ocurrencia sospechosa, si la comparamos con el discurrir más bien anodino, o con cuadros patológicos estereotipados, de la preñez intrauterina.

Al término de la gestación, algunos hechos han de ponernos sobre aviso:

1º La muerte fetal después de un "falso trabajo de parto".

2º La hipertonia dolorosa de la pared abdominal que impide la apreciación de partes fetales, y pudiera hacernos pensar en el desprendimiento prematuro de placenta.

3º O por el contrario, la sensación de hallar el feto por debajo de la piel y/o en posición anómala; y

4º La dificultad para encontrar el cérvix, su situación atípica e inmadurez.

Los anteriores hallazgos son complementados por la histerometría o histerografía (en caso de feto muerto) que delatan la pequeñez de la cavidad uterina, y la radiografía de abdomen simple que revela, además, la mala posición fetal:

a) Su situación excéntrica, desplazado del plano medio.

b) Presencia de gases por delante y detrás del feto.

c) Falta de visualización del contorno uterino, y

d) En placa lateral, la presencia de las partes fetales en situación dorsal en relación con las vértebras lumbares de la madre, hecho considerado como patognomónico (4, 6).

Resumen

Presentamos una casuística de 13 historias de embarazo abdominal avanzado entre las 25 y 40 semanas de gestación, que han tenido lugar en la Clínica Universitaria de Maternidad Rafael Calvo de Cartagena en el período 1958 - 1974.

En dicho lapso su incidencia resulta ser de 1 caso por 9.275 partos. La edad de las gestantes oscilaron entre 19 y 38 años. Los grupos de 20 a 29 y de 30 a 39 constituyeron el 40% cada uno; y los 3 primeros embarazos los más predispuestos (56.3%).

El diagnóstico preoperatorio fue correcto en el 66.6% de los casos. La mortalidad materna alcanzó 15.3% (2 mujeres); la fetal 84.6%. Dos fetos se obtuvieron vivos. Uno murió a las 18 horas, el segundo tiene actualmente 12 años.

Dos fetos pesaron 250 (completamente macerado) y 1.100 grm. respectivamente.

Los restantes entre 2.700 y 4.175 gramos. Dos presentaron anomalías. El útero y fondo de saco de Douglas, los asientos más frecuentes de la placenta. Consideramos conveniente dejarla in situ cuando mantiene vivas sus conexiones vasculares o bien extirparla cuando la exéresis de los tejidos vecinos resulte sencilla.

Señalamos algunas características de la historia: dolores abdominales, falso trabajo de parto y síntomas por comprometimiento de otros sistemas, en el curso del embarazo.

Hallazgos al examen clínico: posición anómala del feto, dificultad para precisar partes fetales, o su aparente presencia por debajo de la piel, algunas condiciones del cérvix y aspectos radiológicos que pueden conducir al diagnóstico.

HISTORIAS

CASO Nº 1

1958 — R. C. de C. = 25 años G1. Diez meses antes había sido operada por retroflexión uterina, mediante ligamentopexia (Wylie). Diagnóstico a los 2 meses de amenorrea, excluyendo quiste de ovario, por el crecimiento. Laparotomía al 8º mes. Feto en transversa. Vivió 18 horas. Pie varo equino. Mano de simio. Marsupialización de la bolsa amniótica. Posteriormente 4 embarazos con partos a término, fetos vivos.

CASO Nº 2

1959 — R. G. M. = 32 años G7. Consultó por dolor abdominal difuso y metrorragia desde 8 días antes. Presentó vómitos, mareos, sialorrea. Hasta entonces, el embarazo había transcurrido normalmente. Al examen, abdomen de mayor diámetro transversal, doloroso, que dificulta toda maniobra. Fetocardia negativa. Cérvix posterior permeable. T.A. 110/80, pulso 140 por minuto. Diagnóstico preoperatorio: Desprendimiento prematuro de placenta. Se extrajo feto de cavidad abdominal macerado. Quedó la placenta en su sitio.

CASO Nº 3

1959 — J. G. M. = 31 años G3. Consulta por ausencia de movimientos fetales y "retortijones de barriga", desde 10 días atrás. 15 días antes fue hospitalizada por hematuria indolora de iniciación brusca. (Albúmina + hemáties ++++) Hemograma: 2.400.000 hemáties 26% hematocrito. Fetocardia positiva, cefálica oblicua izquierda. El cuadro mejoró con el reposo.

Al momento de consulta: Altura "uterina": 32 cms. Fetocardia negativa — Signo Negri positivo. Secreción de calostro. Cérvix con dilatación de 2½ cms. T.A. 110/60 pulso 94 temp. 37º. Vida marital con 2 hombres: con el primero un feto prematuro muerto y un aborto; con el segundo, después de 10 años, primer embarazo.

Fracaso de 3 inducciones mediante dextrosa pitocinada. La histerometría da 10 cms. Diagnóstico preoperatorio: Embarazo abdominal = Líquido sanguinolento, feto macerado.

Las membranas adheridas a epiplón, mesenterio, asas intestinales, apéndice cecal, trompa

derecha, ligamento ancho, fondo de saco, vesicouterino descendiendo hasta fondo de Douglas. Su extirpación y extracción placentaria fueron fáciles.

CASO Nº 4

1962 — E. R. C. = 23 años G. Último hijo 2 años. Consulta por dolor abdominal generalizado, tipo cólico. Una semana antes había sido hospitalizada por igual motivo. Al examen: paciente intranquila, sudorosa. T.A. 150/90 pulso 124. Altura "uterina" 35 cms., fetocardia 144. La palpación exacerba el dolor. No hay defensa muscular. El feto parece encontrarse por 2 debajo de la piel". El cérvix no puede visualizarse al espéculo y es difícil de encontrar al tacto. La orina es sanguinolenta. En el curso del embarazo presentó manchas sanguinolentas vaginales y epigastria post-prandial. Diagnóstico preoperatorio. Embarazo abdominal. Feto de 3.500 gms. sexo femenino, talla 4,8 cms. Apgar 10/10. Sin anomalías vive actualmente. La madre murió 2 meses más tarde, después de post-operatorio accidentado, por perforación uterina y hemorragia, causada por la placenta dejada en su sitio de implantación, en la pared posterior uterina.

CASO Nº 6

1969 — C. H. M. = 25 años G3. Último hijo 7 años. Consultó por dolores abdominales y ausencia de movimientos fetales. Al examen marcada distensión que imposibilita evidenciar partes fetales. Fetocardia negativa. Cérvix largo dilatado que permite tacto intrauterino sin encontrar feto. Inquietud, disnea, palidez, sudoración profusa, temp. 38°. El embarazo cursó con vómitos, dolores en hipogastrio, tenesmo rectal y disnea de esfuerzo. Diagnóstico preoperatorio: Embarazo abdominal. Se encontró feto macerado hidrocefalo. Placenta en cara posterior de útero. Se desprendió fácilmente.

CASO Nº 7

1964 — M. de A. = 33 años G7. Último hijo 4 años. Consulta por dolor en hipogastrio, disminución del tamaño del "útero" y desaparición de los movimientos fetales. Paciente intranquila, sudorosa. Un mes antes "falso trabajo de parto" que se acompañó con moco ensangrentado vaginal, disuria y tenesmo vesical.

Al examen "útero" a nivel de la cicatriz umbilical, tacto doloroso, cérvix cerrado. Con la impresión de aborto fallido se trata con sulfato de quinina, dilatación cervical y dextrosa pitocinada. Resultados negativos. Nueva dilatación con histerometría de 24 cms. El tacto intrauterino revela una perforación uterina. Con esta impresión clínica se practica laparotomía, que pone de presente un feto macerado en cavidad abdominal.

Placenta adherida a peritoneo parietal posterior e intestinos. No se retira. En el fondo uterino se halla una solución de continuidad de 4 cms. de diámetro de bordes cicatrizados antigua, que es suturada.

CASO Nº 8

1965 — E. P. = 24 años G3. Gestación de 25 semanas: Consultó por metrorragia, fiebre y dolor lumbo hipogástrico. Una semana antes presentó sangrado vaginal moderado, posteriormente seropulento, fiebre y escalofríos.

Paciente en malas condiciones generales. T.A. 120/70 pulso 100 y temperatura 38.4°. "Altura uterina" 22 cms. Fetocardia 140. Cérvix edematoso, examen doloroso. Hemoglobina 9 grm. hematocrito 32%. Quince días más tarde hemoglobina 3.95 gr. Hematocrito 14%. Empeoramiento del cuadro clínico: distensión abdominal defensa muscular, ausencia de ruidos hidroaéreos y de expulsión de gases. Posteriormente la fetocardia y movimientos fetales fueron negativos. Se presentó vómitos, sudoración profusa, metrorragia y deposiciones diarreicas. Temperatura 39°.

Murió a los 48 días de hospitalizada. La autopsia mostró un feto completamente macerado en fosa ilíaca derecha en una cavidad sacular que se abre a la luz del íleon. Dentro del colon descendente, cerca del sigmoides había dos estructuras óseas identificadas como tibia y peroné. No se encontró placenta. El feto midió 20 cms. y 250 gramos de peso. El útero ligeramente aumentado de tamaño presenta una notable adelgazamiento en el fondo donde parece continuarse con la pared de la bolsa amniótica.

CASO Nº 9

1966 — D. D. = 35 años G6. Consulta por dolor e hipertonía abdominal, ausencia de movimientos fetales y fiebre. Mal estado nutricional. T.A.: 100/60. Pulso 100. Temp. 38.8°. "Altura uterina" 31 cms. Fetocardia negativa.

La rigidez muscular impide apreciar partes fetales. No fue posible tocar o visualizar cérvix. Hasta la fecha de consulta el embarazo había transcurrido normalmente. Vida marital con dos hombres. Con el primero, once años, 5 embarazos; con el segundo, 5 años, primer embarazo. La paciente fue hospitalizada con la impresión clínica de:

1º Embarazo abdominal.

2º Quiste de ovario.

Se indicó radiografía de abdomen simple que confirmó la primera diagnosis. Feto entre las hojas del ligamento ancho. Sexo femenino de 2.940 grms. y 48 cms. macerado. Útero de tamaño prácticamente normal. Se extrajo placenta.

CASO Nº 10

1968 — A. B. M. = 38 años G6. Consultó por ausencia de movimientos fetales después de un falso "trabajo de parto", una semana antes. T.A. 110/70. Pulso: 80 Temp. 37z "altura uterina" 36 cms. Cérvix maduro en fondo de saco posterior. Fetocardia negativa. Situación transversa del feto. A los tres meses de embarazo, tuvo dolor tipo cólico, localizado en fosa ilíaca derecha, acompañado de vómitos, diarrea y fiebre.

Impresión clínica: Feto muerto en situación transversa, in útero.

Feto muerto macerado en cavidad abdominal. Por accidente hemorrágico a nivel placentario, fue necesario extirpar este órgano mediante histerectomía subtotal.

CASO Nx 11

1969 — O. C. = 19 años G2. Consultó por dolor lumbo-hipogástrico, desde una semana antes, ausencia de movimientos fetales y fiebre. T.A. 110/65, pulso 134, temp. 39°. Paciente intranquila, sudorosa, abdomen blando, doloroso que permite percibir las partes fetales "por debajo de la piel". "Altura uterina" 24 cms. No hay contracciones. Fetocardia negativa. Cérvix dilatado 2 cms. Al tacto intrauterino no se palpa feto.

IC. Embarazo abdominal con feto muerto. Feto macerado, en transversa. Marsupialización de la bolsa amniótica. Infección secundaria durante mes y medio con expulsión de la placenta. En 1973, parto a término con feto muerto en podálica, las maniobras de extracción produjeron su decapitación. La cabeza pasó a cavidad abdominal a través de una solución de continuidad, a nivel del fondo uterino; se practicó histerectomía subtotal y estudio de anatomía patológica.

CASO Nº 12

1972 — B. T. B. = 25 años G6. Último hijo 3 años. Consultó por recomendación facultativa debido a "mal posición fetal" además fiebre, cefálea y dolor lumbar.

Lúcida, tranquila, T.A. 120/80 pulso 88. temp. 37° "altura uterina" 30 cms. feto en transversa, dorso por encima del ombligo, fetocardia 140. Cérvix reblandecido, no hay trabajo de parto.

Tres días más tarde la paciente deja de percibir movimientos fetales. Fetocardia negativa. Un examen posterior revela útero por debajo de cicatriz umbilical y partes fetales fácilmente palpables por fuera del mismo. Histerometría 12 cms.

Diagnóstico: Embarazo abdominal.

Se encontró feto en abdomen de sexo femenino 4.175 grm. y 51 cms. La placenta no se extrajo, se dejó dren de Penrose. Hubo infección generalizada y absceso que supuró durante 3 meses a través de fístula umbilical, hasta su curación.

CASO Nº 13

1972 — E. V. C. = 28 años G5. Consultó por dolor abdominal desde el día anterior, provocado por acentuados movimientos fetales.

Paciente intranquila, sudorosa. T.A. 90/60 pulso 120 temp. 37° palpación dolorosa, no obstante, se preciben fácilmente partes fetales, fetocardia 140. Cérvix blando útero moderadamente aumentado.

Diagnóstico: Embarazo abdominal. Feto vivo. En cavidad abdominal se encontró sangre abundante, feto masculino recién muerto de 1.100 grms. y 32 cms. La hemorragia se produjo en el ligamento útero ovárico derecho, en donde en parte se insertaba la placenta. Se extirpó practicando salpingooforectomía derecha y resección parcial de epiplón.

BIBLIOGRAFIA

- 1 ACOSTA BENDEK E. Comentarios acerca de dos casos de embarazos ectópicos a término. Rev. Col. Obst. y Ginec. VIII, 195, Julio 1959.
- 2 BELTRAN CALDERON A. Dificultade sdiagnósticas del embarazo extrauterino. Rev. Col. Obst. Ginec. Vol. XIV Nº 3 1963.
- 3 BOTERO URIBE J. Embarazo ectópico avanzado. Rev. Col. Obst. Ginec. Vol. XI Nº 2 1960.
- 4 BRIGHT A. NASSER A. Advanced abdominal pregnancy. Obst. and Gynec. J. Vol. 17 Nº 3 1961.
- 5 GUTHRIE D. Historia de la medicina. Salvat Editores. Pág. 115. Barcelona 1953.
- 6 LAURILA S. NIEMINEN U. Un caso de embarazo ectópico a término con niño vivo. Tribuna Médica. Tomo XXXV Nº 4 Pág. 1. Octubre 1969.
- 7 La operación cesárea. Actas Ciba. 3º trimestre. Pág. 95. 1952.
- 8 TE LINDE R. Ginecología Operatoria. Editorial Bernades. 2a. Edición. Buenos Aires. 1958.
- 9 TURBAY SALOMON. Embarazo ectópico. Revisión de 300 casos. Rev. Col. Obst. Ginec. Vol. XIV Nº 3. 1963.