

Presentación de un caso de embarazo resto-tubárico(*)

Doctor Juan Rafel A.

Ibagué

Se presenta el siguiente caso de embarazo resto-tubárico, denominación dada por Conill y propuesta para señalar el embarazo desarrollado en el muñón residual de una salpingectomía, implantación singular de la cual Schroder logró reunir 27 casos esparcidos en la literatura mundial. En la bibliografía y literatura nacionales consultadas, no logramos hallar ninguna descripción de caso similar, por lo cual nos acreditamos la honesta pretensión de ser el primero descrito entre nosotros.

Entre las localizaciones de embarazo ectópico, recordaremos a grosso modo sus variadas anidaciones y denominaciones. El abdominal o peritoneal con implantaciones tan originales como en los casos de Richter, Buttner y Fábregas. El ovárico con una incidencia del 5% sobre los ectópicos; el tubo-ovárico, el tubárico con el mayor porcentaje de incidencia, 98%, y que según su ubicación recibe las denominaciones de infundibular, ampular, ístmico e intersticial. De estas localizaciones, la más frecuente es la ampular con un 75%, y la ístmica con un 10%. Se describen igualmente las localizaciones del embarazo ectópico en el cuerno uterino rudimentario, el embarazo cervical y el embarazo vaginal, formas por demás peregrinas que nunca hemos tenido ocasión de presenciar.

El caso que nos ocupa corresponde al de la señora N. N., de treinta y cinco años de edad. Estado civil: casada. Oficios: domésticos.

Antecedentes personales y generales sin importancia.

Antecedentes quirúrgicos: operada por embarazo ectópico ha-

(*) Trabajo presentado al III Congreso de Obstetricia y Ginecología reunido en Ibagué.

ce 7 años en la ciudad de Girardot. 14 meses después de operada embarazo a término con parto eutócico.

Antecedentes obstétricos: 10 hijos. El mayor de diecinueve años y el menor de catorce meses.

Antecedentes ginecológicos: Menarquia a los trece años. Ciclo: 30 x 4-5. Un aborto de mes y medio hace 3 meses.

En la primera semana de diciembre del año '56 sucedió el caso clínico que relatamos. Llamado por el doctor F. Franco con carácter de urgencia, nos encontramos ante una enferma en estado de shock agudo, con marcada hipotensión (No es posible obtener cifras tensionales). Sudoración, inestabilidad psíquica, taquicardia, dolor abdominal difuso, palidez y conjuntivas isquémicas. Se ordena hospitalización inmediata. El examen ginecológico muestra una mucosa vaginal anemizada, y al tacto permite apreciar los fondos de saco vaginal ligeramente abombados. Signo de Proust. Punción del Douglas positiva. Transfusión y laparotomía mediana. Se encuentra la cavidad peritoneal completamente anegada en sangre, de la que se extrae mediante aspiración un litro y cuarto aproximadamente. Matriz de tamaño normal. Trompa izquierda íntegra y sin signos de inflamación. Trompa derecha: muñón que corresponde a la porción intersticial de la misma, residuo de la anterior salpingectomía practicada hace 7 años, a raíz del embarazo octópico en la trompa misma que se describe. Sobre esta porción intersticial, residuo de la anterior salpingectomía, y de una longitud de 2 centímetros, aproximadamente, se anidó el huevo que originó el embarazo resto-tubárico que se describe. El cabo sangraba profusamente. Se hace hemostasis y resección del muñón. Cierre por planos. 7 días después abandona el hospital en perfectas condiciones.

Comentario.—Es tan reducida la incidencia de embarazo ectópico desarrollado en el muñón residual de una salpingectomía practicada por la misma razón, que no se justifica, ni menos se recomienda como medida profiláctica, la salpingectomía total en los casos de embarazo ectópico, cuya localización permita dejar un muñón residual.