EMBARAZO ECTOPICO AVANZADO

Comunicación de un caso del I. M. I.

Historia Clínica N° 104.839

Doctor **Gabriel Acuña Díaz**

S. T. R. de Cali, procede de Bogotá.
Estado civil: casada. Edad: 40 años.

Causa de ingreso. Consulta por dolor abdominal intenso, intermitente, de tipo cólico, localizado en la parte baja del abdomen, de tres días de evolución.

Enfermedad actual. Relata la paciente que desde hace unos tres años ha notado la presencia de una masa abdominal, localizada en la parte inferior del abdomen. Su aparición coincidió con un retraso de la menstruación de varios meses, después del cual presentó hemorragia negruzca, escasa, de unos 30 días de duración. Posteriormente desapareció toda molestia, reinició sus ciclos normalmente y permaneció sin molestia especial hasta unos días antes de su ingreso en que apareció dolor cólico acompañado de vómitos y malestar general.

Antecedentes. Generales: sin importancia. Ginecológicos: menarquia a los 17 años, ciclo 30 x 3 U. regla: 9 días antes del ingreso. Obstétricos: 2 embarazos a término, normales. Último parto hace 19 años.

Examen físico. Buenas condiciones generales; posición indiferente. Cabeza:

normal; pterigio interno del ojo derecho; dentadura incompleta, en mal estado. Cuello: normal. Tórax: senos hipolásicos; no se palpan masas. Respiración normal. Corazón: normal, T. A. 150 x 80, pulso 60 al minuto. Abdomen: blando, de paredes delgadas, depresibles. A la palpación se aprecia una tumefacción que ocupa la región hipogástrica y los flancos, semejando el cuerpo uterino aumentado de tamaño. Su diámetro alcanza a unos 20 centímetros, la consistencia es dura, superficie lisa pero ligeramente irregular, discretamente dolorosa a la movilización.

Examen ginecológico. Vello pubiano de implantación normal; vagina elástica; cuello uterino posterior, largo, cerrado, de consistencia normal, no doloroso a la movilización; el cuerpo uterino se encuentra de tamaño, forma, consistencia y movilidad normales, rechazado hacia la mitad izquierda de la pelvis; los fondos de saco posterior y laterales se encuentran libres; el anterior se encuentra ocupado por una masa grande, que corresponde a la apreciada por palpación abdominal, de consistencia firme, móvil y ligeramente dolorosa. His-

Figura 1

terometría de 6 cms. El tacto rectal muestra los mismos datos anteriores.

Laboratorio. Cuadro hemático: Hematíes 4.500.000; hematocrito 42; hemoglobina 14 grs; leucocitos 9.500 (Neut.: 55); azohemia 30 mgrs%; glicemia 110 mgrs%. Tiempo de coagulación 3 minutos, de sangría 1 m.

Evolución. Con diagnóstico de impresión de quiste torcido del ovario se practicó laparotomía transversa suprapúbica, encontrándose una masa localizada en ligamento ancho derecho, sin que pudieran diferenciarse trompa ni ovario del mismo lado. Previa sección del peritoneo se procedió a la liberación de la misma siguiendo el plano de clivaje, disecando cuidadosamente el uréter derecho adherido a la cara pósteroinferior de la misma. Luego de cuida-

dosa hemostasis y peritonización se procedió al cierre de la pared anterior por planos. Al practicarse la sección de la pieza, en cirugía, se encontró un feto papiráceo y adherida a la cápsula, una placenta de aspecto atrófico. El postoperatorio fue normal y la paciente salió del Instituto 10 días después en buenas condiciones.

Informe de Patología. N° 1616/64 del Hospital Militar Central: Descripción macroscópica: se recibe un feto masculino de 1.625 gramos; aparece con las extremidades flejadas al igual que la cabeza y el dorso, tomando en su conjunto forma ovoide que mide 20 x 15 x 12 centímetros. La cara y la cabeza aparecen deformadas por la presión ejercida por los miembros: al lado derecho la mano derecha y al izquierdo

Figura 2

la rodilla derecha. La consistencia es dura, sin ninguna elasticidad y el aspecto apergaminado. El tórax está formado en la parte superior por la presión ejercida por los miembros y la mandíbula; el abdomen aparece notoriamente excavado. En la parte dorsal, a lo largo de la columna, se ve una solución de continuidad de los tejidos blandos apareciendo la superficie ósea lumbosacra descubierta. Al corte, los tejidos blandos aparecen de color amarillento y las masas musculares de color pardo oscuro.

El feto estaba envuelto en una bolsa o cápsula de superficie externa lisa, gris rosada, de superficie interior también lisa pero de color amarillento; en partes es delgada (0.2-3 cms) y en partes gruesa (1.5) apareciendo al corte de color amarillento; la consistencia es firme. De la cápsula se tomaron varios cortes para investigación de placenta, trompa y ovario; los fragmentos son irregulares, blandos, membranosos, el mayor de los cuales mide 4 x 2 x 1 centímetros, de superficie gris-rosada y espesor amarillento.

Descripción microscópica. Los cortes muestran hacia la superficie tejido graso y fibroso, con células redondas y láminas colágenas que se continúan profundamente con tejido hialinizado dentro del cual hay contornos vagos de estructuras que parecen corresponder a vellosidades; hay abundantes depósitos cálcicos pequeños; en las partes más delgadas se observa el mismo aspecto fibroso y en las más gruesas se reconoce estroma ovárico con esclerosis, restos de cuerpo amarillo, algunos cuerpos blan-

cos y zonas de luteinización del estroma. En la parte profunda se encuentran bandas hialinas semejantes a las descritas anteriormente.

Diagnóstico. Feto de embarazo abdominal, papiráceo; cápsula en donde se reconocen vellosidades placentarias y tejido ovárico.

Radiografía. Pieza que muestra puntos de osificación compatibles con embarazo a término.

COMENTARIO

El embarazo abdominal es una complicación rara, siendo ocasional el primitivo y más frecuente el secundario.

Studdiford (7) dice que para considerar una localización como primitiva deben estar presentes estas condiciones: que ambas trompas y ovarios sean normales, sin señal de embarazo reciente; ausencia de cualquier signo de fistula uteroperitoneal; presencia de un embarazo referido exclusivamente a la superficie peritoneal, bastante reciente para eliminar la posibilidad de una implantación secundaria, subsiguiente a una nidación primaria en la trompa.

Best (5) propuso los siguientes criterios: apariencia normal de trompas, ovarios y ligamentos anchos, con excepción del sitio de implantación del huevo; ausencia de signos de penetración por parte del extremo fimbriado de la trompa, en el espacio situado entre las dos hojas del ligamento ancho; ausencia de ruptura intraligamentosa de la trompa y falta de evidencia de un escape del huevo a partir de la cavidad uterina.

Para establecer el diagnóstico de embarazo ovárico, aún más raro (frecuencia de 1/40.000), Spiegelber (7) establece las siguientes condiciones: la trompa del lado afectado debe estar intacta, incluyendo la fimbria, y netamente separada del ovario; el saco fetal debe ocupar la posición del ovario; el saco fetal tiene que estar conectado con el útero por medio del ligamento útero-ovárico; en la pared del saco tiene que encontrarse tejido ovárico indiscutible.

Turbay (1) en su revisión de 300 casos de embarazo ectópico encuentra dos casos de embarazo abdominal, uno de ellos ovárico.

Sánchez Torres (2) presenta comunicación de un caso con feto muerto, sin signos de maceración, en que se practicó histerectomía por inserción de la placenta, aún activa, en superficie correspondiente a la cara posterior del útero.

Botero Uribe (3) hace una revisión de la literatura colombiana sobre el tema (24 casos) y presenta 8 nuevos; encuentra una mortalidad materna de 15.6% que considera baja teniendo en cuenta las dificultades para la transfusión en la mayoría de los casos debido a la época en que fueron intervenidos. Seis de los fetos obtenidos fueron vivos.

Bechara Z. (4) sobre 151 casos estudiados encuentra dos de embarazo abdominal, uno de ellos ovárico comprobado histológicamente, el otro abdominal a término.

Te Linde (5) citando el estudio de Douglas y Kohn de Baltimore dice que su frecuencia es rara, pero mayor en las mujeres de raza negra a causa de la mayor incidencia de salpingitis en ellas; el trastorno es grave tanto para el feto cuya mortalidad alcanza al 85%, como para la madre cuya mortalidad llega al 14.3%, dependiendo ésta en ocasiones de los intentos de separar la placenta, tendencia actualmente abandonada.

A diferencia de la mayoría de las pacientes con esta complicación que consultan por embarazo prolongado, la paciente que presentamos sólo asistió al hospital tres años más tarde con sintomatología de dolor abdominal intenso, tipo cólico. Consideramos una rareza el transcurso del embarazo sin complicación alguna, ya fuera de tipo doloroso o hemorrágico; acerca de esto dice Bottella (6) que la evolución del embarazo ectópico, según su localización, es tanto menos violenta cuanto más se aleja del útero.

Llama la atención la relación de un largo período de infertilización con la presencia de embarazo ectópico, dato que en ocasiones sirve de guía al diagnóstico.

Nos inclinamos a creer que se trata de un caso de embarazo abdominal secundario, con localización inicial en la trompa derecha.

Ha sido nuestra intención la presentación de un nuevo caso de embarazo ectópico avanzado.

BIBLIOGRAFIA

1. TURBAY SALOMON: Embarazo ectópico, revisión de 300 casos. *Revista Colombiana de Obst. y Gin.* Vol. XIV, Nº 3, 1963.
2. SANCHEZ TORRES F.: Un caso de embarazo extrauterino avanzado. *Rev. Colombiana de Obst. y Gin.* Vol. XII, Nº 3, 1961.
3. BOTERO URIBE J.: Embarazo ectópico avanzado. *Rev. Colombiana de Obst. y Gin.* Vol. XI, Nº 2, 1960.
4. BECHARA RICARDO: Consideraciones alrededor de 151 casos de embarazo ectópico. *Rev. Col. de Obst. y Gin. Memorias de la II Convención Nacional*, 1955.
5. TE LINDE RICHARD: Ginecología operatoria. Embarazo abdominal. *Editorial Bernades*, 2ª edición, 1958.
6. BOTELLA LLUSIA JOSE: Patología Obstétrica, embarazo abdominal. *Sexta Edición Científico Médica*, 1964.
7. NOVAK SEEGAR: Tratado de Ginecología, embarazo abdominal. *Editorial Interamericana*, sexta edición, 1962.