

Casos curiosos de embarazo ectópico avanzado

Por el doctor GUILLERMO NAVAS ANGEL

I— Embarazos tubarios.

El embarazo tubario o tubo-ovárico en evolución, antes del cuarto mes, no nos interesa, por cuanto entra en el conjunto, pudiéramos decir, rutinario, de la ecciesis, asaz conocido. Sin embargo, comencemos por resumir el cuadro sintomático y el acopio de signos que son comunes a todas las variedades de ectopías ovulares.

El interrogatorio es en esta entidad tocológica de una enorme importancia, por cuanto con él, si es verídico y juicioso, se llega por lo menos a la presunción diagnóstica. Suministra la mujer afectada, datos sobre su amenorrea, diciendo que es absoluta, o que, por el contrario, se ha visto matizada por episodios hemorrágicos pequeños, o que ha estado intererida por verdaderas menstruaciones regulares o irregulares en su advenimiento, o que con las pequeñas hemorragias ha visto la expulsión de la caduca uterina, o en fin que no ha estado en amenorrea.

Pero en esto ya comienza a influir la variedad de ecciesis por cuanto es fácil observar que las más hemorráparas son las tubarias, fenómeno explicable porque mientras más cerca del útero esté la bolsa grávida, más

suculenta es la caduca uterina y porque además se ha comprobado que el ovario puede suministrar un saco protector más fuerte, más elástico y de mayor duración al huevo fecundado. Si el embarazo es abdominal primitivo, bien puede faltar la hemorragia o pasar inadvertida por su discreción.

Según Conill, la causa íntima parece ser, no la distensión de la bolsa grávida ectópica, sino un derrumbe hormonal, una falta de luteína, que determina el desprendimiento de la débil caduca uterina. Si esta producción hormonal se restablece a tiempo, y si el huevo no ha muerto aún, su supervivencia continúa, siendo ese el caso de los embarazos ováricos llegados al término o cerca de él.

Los accidentes simpáticos del embarazo ectópico son tan marcados como en el normal y hasta pueden adquirir el carácter patológico; autores hay que citan casos de eclampsia.

Las reacciones biológicas son positivas, puesto que la inundación hormonal está presente aquí como en los eutópicos. Resumiendo, los signos de probabilidad y de presunción son claros y si el huevo no muere o no es expulsado, se podrán tener los signos de certeza.

Pero antes de dejar la primera etapa, es necesario anotar por su gran ocurrencia, dos cuadros agudos que se confunden en uno solo: el ictus hemorrágico y el ictus abdominal, índices ciertos de la muerte del huevo por ruptura del saco o por aborto. El ictus hemorrágico se manifiesta por la pérdida de sangre por la vagina, que es bien poca si se compara con la que va quedando retenida en la cavidad abdomino-pelviana; la inundación se hace notoria en el fondo de saco de Douglas, que se vuelve tenso, renitente o crepitante y exquisitamente doloroso. Se ha constituido el hematocele pelviano.

A esto se agrega el ictus abdominal con un dolor agudo punzante localizado en el sitio de la ruptura, rebelde a los sedantes. Es, pues, un cuadro de abdomen agudo con gran dolor, gran defensa, facies peritoneal y ansiedad; lengua seca y saburral, hipotensión con pulso imperceptible, todo agravado por la anemia. Hé ahí el cuadro de un embarazo ectópico roto, de cualquier variedad. Los hay, sin embargo, que evolucionan sin mayores complicaciones y pueden llegar a término. Empero, lo excepcional y extraordinario es lograr la supervivencia materna y la fetal, como se leerá en la siguiente historia que nos suministró el doctor Jorge Solanilla, de Cali, antiguo interno de los Servicios de Maternidad de Bogotá:

"R. A. L. 32. Cali. Negra vivandera y soltera.

Antecedentes generales: Fiebre tifoidea, malaria y R. A. A.

Antecedentes ginecológicos: Menarquia a los 13 años. Menorragias.

Antecedentes obstétricos. Tres abortos de 2½ meses.

Anémica, desnutrida, panículo adiposo poco desarrollado.

Corazón normal. Pulso 85. T. A. 110 x 60.

Aparato respiratorio, digestivo y urinario, normales.

Última regla: Agosto 24 de 1946.

Marzo 6: Altura uterina 25 cms.

Pelvimetría externa: 19½, 20½, 24½, 26½.

Feto único en situación transversa. Ruidos cardíacos fetales positivos, aunque velados. Diagnóstico: Embarazo de 7 a 7½ meses con feto vivo.

Marzo 18: A. U. 28 cms. Feto único en situación longitudinal. Ausc. positiva. Embarazo de 7½ meses. Feto vivo. Fibroma uterino.

Marzo 31: A. U. 31 cms. Feto único en presentación de pelvis, que se modifica fácilmente. Auscultación positiva.

La enferma desde su primera consulta se hospitalizó por estar edematizada. Salió el 5 de mayo y en la casa sintió dolores sacro lumbares y abdominales con intervalos de 1 hora, lo que la hizo regresar. A. U. no se precisa por la defensa abdominal. Feto en situación oblicua. Auscultación positiva.

En los diferentes exámenes llamó siempre la atención la existencia de un tumor que hacía cuerpo con la "matriz", situado en su borde derecho, de consistencia firme y que fue tomado por fibroma. Además la palpación permitía apreciar una gran movilidad del feto y una gran depresibilidad de las paredes "uterinas". Se la pasa a la sala de partos para examen obstétrico completo. El tacto vaginal da el si-

guiente resultado: Vagina amplia, profunda, de paredes congestivas. En la cúpula vaginal se aprecia una depresión de bordes mamelonados y blandos sin ningún orificio. En el fondo de saco derecho se aprecia una masa de consistencia firme, que se dirige hacia la fosa ilíaca del mismo lado y al fondo de saco posterior. El fondo de saco anterior es muy profundo. No es posible tocar ningún polo fetal.

Como los datos de este examen son extraños y no fue posible apreciar el cuello del útero, se procede a un examen con espéculo, el cual demuestra la existencia de una vagina amplia, congestionada, con la misma depresión en su cúpula, ya apreciada por el tacto. Con esta exploración, tampoco fue posible apreciar el cuello.

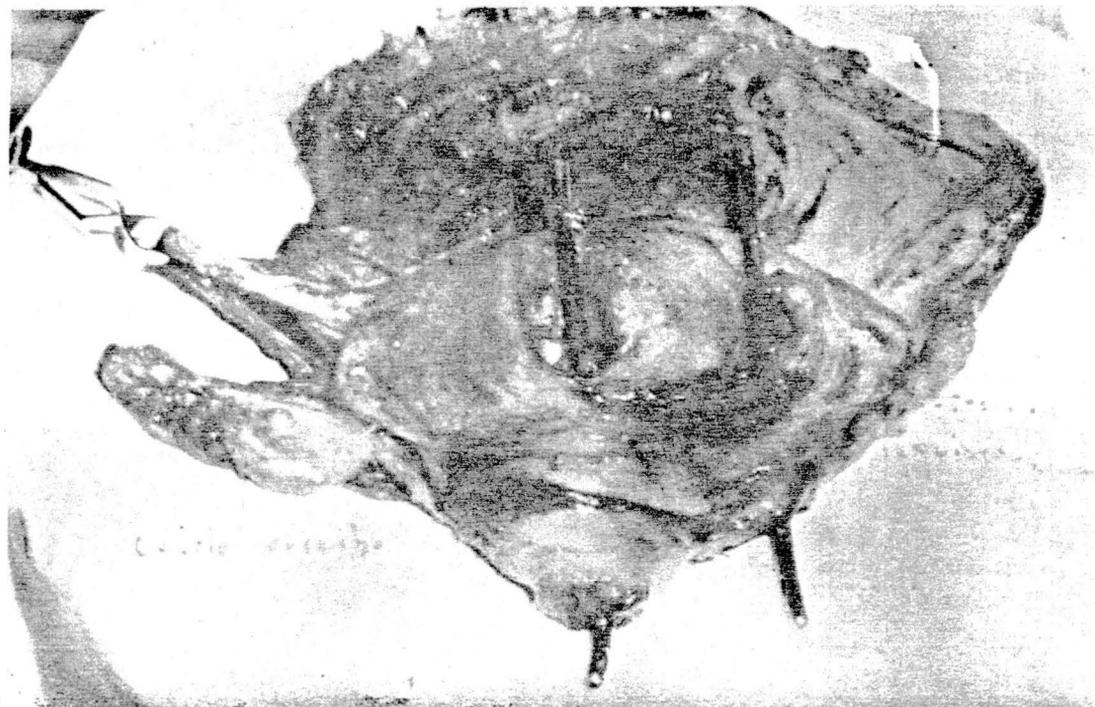
Entonces surge la idea de que se trate de un embarazo ectópico. Con el fin de aclarar este diagnóstico, se interroga a la paciente acerca de la evolución de su embarazo, y, a este respecto, relata lo siguiente: días antes de su primera falla menstrual comenzó a sentir como "un peso" en la región hipogástrica y al mismo tiempo anorexia, estado nauseoso, dolor en la región umbilical. A los dos meses de amenorrea aparecieron fuertes cólicos en el bajo vientre, de una duración de dos a tres horas, que se repetían cada semana. El dolor era pungitivo y se irradiaba hacia el ombligo. Estos cólicos venían acompañados de hemorragia vaginal de pequeña cantidad y de un estado casi sincopal. Estas manifestaciones dolorosas, se prolongaron hasta el 25 de diciembre.

Ante este interesante caso y como las condiciones lo permitían, al siguiente día (8 de mayo) se hace un

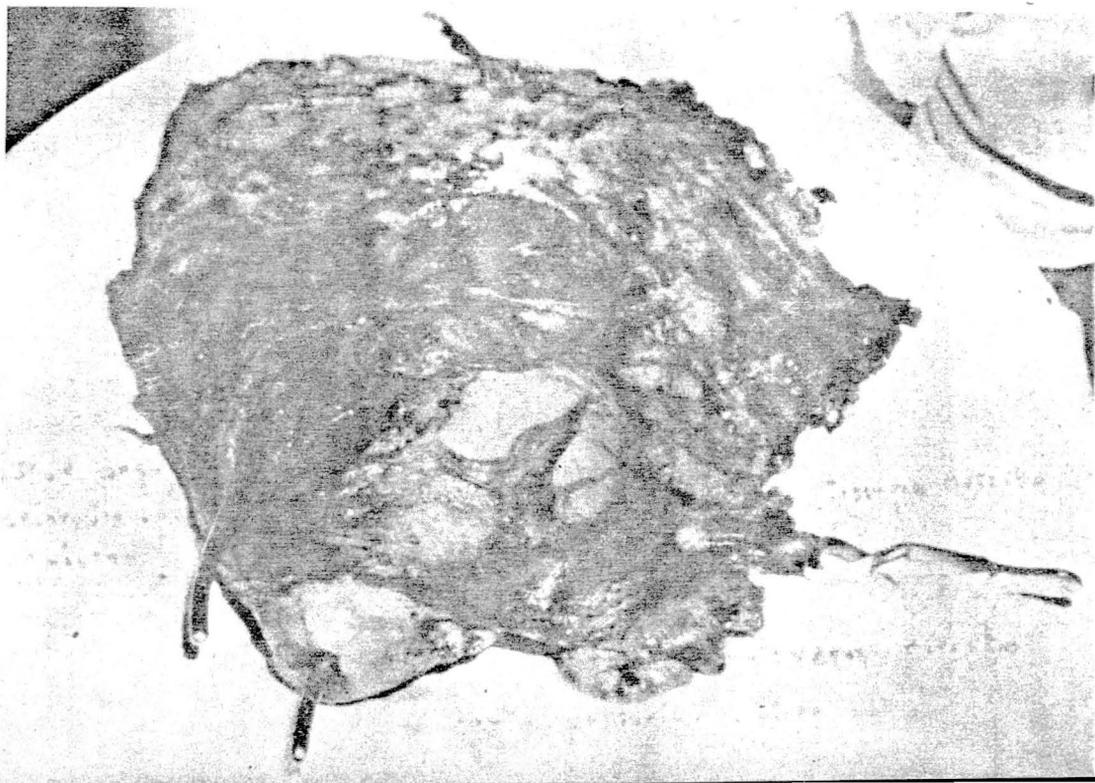
estudio radiológico, que muestra la existencia de un feto con las características de término, en situación oblicua y con la cabeza orientada hacia la fosa ilíaca izquierda y el polo pélvico hacia el hipocondrio derecho; la columna vertebral se encuentra fuertemente encurvada como si se tratara de un feto macerado. La pelvis se encuentra completamente vacía.

Intervención: El día 9 de mayo, se decide intervenir. Se practican nuevos exámenes y se plantean otros diagnósticos como el de embarazo uterino con tumor previo.

Laparotomía mediana. Descubierta la cavidad abdominal, aparece un órgano muscular, muy vascularizado, surcado por gruesos troncos venosos y de color, forma y consistencia como de un útero grávido normal. Se piensa en este momento, que el diagnóstico de embarazo extrauterino está errado. Se incinde el órgano como para cesárea clásica corporal, se extrae el feto, se aplica pitocín en el "miometrio", se introduce la mano en la cavidad para sacar la placenta; al practicar esta maniobra se nota inmediatamente que la cavidad tiene forma de un saco irregular, con prolongamientos en forma de bolsas; la consistencia de la pared es firme en su parte anterior, no así en la posterior. La placenta se encuentra adherida íntimamente a las paredes. El saco no se retrae y comienza a sangrar abundantemente. Se extrae parcialmente la placenta; en este punto de la intervención se visualiza un órgano globuloso, de consistencia de músculo uterino y que hace parte de la pared derecha del saco. La hemorragia aumenta considerablemente y se decide entonces practicar una



Pieza quirúrgica del caso relatado por el doctor Solanilla.



histerectomía total y extirpar el saco que se encuentra íntimamente adherido al ciego, colon descendente, sigmoide y recto. La intervención se termina dejando unos drenes.

Tanto la madre como el niño sobrevivieron a la intervención.

En mi concepto tratase en el presente caso de un embarazo tubárico que se desarrolló a expensas de la porción ístmica de la trompa izquierda, que permitió el desarrollo del embarazo mediante la hipertrofia de sus fibras musculares”.

Hasta aquí es la fiel copia de la historia enviada por el doctor Jorge Solanilla, de Cali.

Otro caso bastante ilustrativo es el examinado y tratado por el doctor Pedro Londoño. Se trata de la historia 125.348 del servicio del Profesor Luque, en el Hospital de San Juan de Dios.

A. C. M. de 30 años de edad ha entrado al Hospital, con el diagnóstico previo de colecistitis.

Da como antecedentes importantes ser bien reglada, y haber padecido de flujo vaginal causado por una blenorragia. Su amenorrea data tal vez del 26 de septiembre de 1947. El flujo ya no existe. Tuvo un parto a término normal hace 7 años.

Consulta por un dolor sordo, en veces agudo, pero siempre tolerable, localizado en la fosa ilíaca derecha con irradiaciones a la región sacrolumbar y cuya iniciación remonta a 1½ mes atrás, sensación de peso en la pelvis y manifestaciones dolorosas en la región vesicular.

Los datos positivos del examen clínico son los siguientes: Senos pigmentados; tumor que ocupa la mitad derecha de la pelvis, no muy doloroso,

de contornos poco nítidos y de escasa movilidad; punto vesicular doloroso. El tacto vaginal indica: Cuello cervical de orificio cerrado, blando, de primer grado, rechazado hacia la izquierda mirando hacia la derecha; cuerpo uterino aumentado de tamaño, blanco, rechazado hacia la izquierda y de forma alargada; fondo de saco lateral derecho ocupado en su totalidad por una masa redonda, un poco dolorosa, blanda, fija y nítida, separada de la matriz, que ocupa el fondo de saco izquierdo. El tamaño de la masa es el de una cabeza fetal y alcanza a ocupar también el fondo de saco posterior. Reacción de Friedmann positiva. La radiología vesicular revela colecistitis crónica.

El día 24 de enero es operada con el siguiente resultado, textualmente transcrito:

“Laparotomía media infraumbilical. Abierta la cavidad peritoneal encontramos una masa redonda, blanda, casi del tamaño de una cabeza fetal, surcada por enormes vasos sanguíneos, que ocupa gran parte de la fosa ilíaca derecha y que corresponde a un embarazo en plena evolución. Observamos también un cordón grueso, pálido, intacto en todo su trayecto que no es otra cosa que la trompa derecha, la cual corre superficialmente. La porción terminal del pabellón se encuentra involucrada en la masa mencionada. No fue posible identificar el ovario correspondiente.

En la parte superior del fondo de saco de Douglas las asas intestinales delgadas se amontonaban con la parte inferior e izquierda del tumor. Observamos aquí la presencia de pequeños coágulos sanguíneos a

tratar de extirparlos producen una débil hemorragia en la región superior derecha del tumor; encontramos el fondo del ciego invadido por las vellosidades placentarias, las cuales también han alcanzado la parte terminal del ileon.

Dicho tumor nos parece que ha crecido inicialmente entre las dos hojas del ligamento ancho para llegar a ocupar luego la parte correspondiente a los vasos ilíacos externos. Es en este punto, donde encontramos lo que pudiéramos llamar su pedículo. En cambio, hacia la línea media y en la parte superior del fondo de saco de Douglas, las vellosidades placentarias han perforado la hoja posterior del ligamento ancho para llegar a la cavidad peritoneal e invadir el intestino delgado, formando lo que antes describimos como coágulos sanguíneos.

Procedemos a hacer una incisión en su parte superior, cerca de la trompa e interesando solamente la hoja parietal posterior del ligamento ancho. Por divulsión logramos encontrar un plano que nos permite aislar el tumor y llegar con cuidado al sitio de implantación. Mediante sección entre pinzas hemostáticas logramos desprender las asas intestinales invadidas por el tejido placentario, teniendo el cuidado elemental de colocarlas un poco por fuera de su borde libre. Limitado el campo por compresas, ampliamos un poco más la brecha inicial y aprisionamos entre clamps el amplio pedículo placentario. Extirpado el tumor previa ligadura de la trompa derecha, nos queda el problema de los restos placentarios. Cortando de nuevo entre pinzas hemostáticas, logramos sacar gran parte de ellos, sin que la extirpa-

ción fuera completa, especialmente sobre el ciego y algunas asas del delgado. Tales restos nos limitamos a tocarlos con tintura de yodo y peritonizamos la herida. No dejamos dren y cerramos la herida abdominal en cuatro planos, según la técnica clásica.

Post-operatorio normal.

El examen anatomopatológico microscópico, dice: Los cortes muestran trompas y ovario además de tejido placentario. En la trompa se aprecia hiperplasia de la capa muscular y un foco de tejido decidual; el ovario muestra relaciones de vecindad con la placenta. En esta última se aprecian vellosidades típicas, coágulos de sangre y áreas de necrosis generalmente con formación de pus. Tanto en el ovario como en la trompa hay también reacción inflamatoria. Diagnóstico microscópico: **Embarazo tubo-ovárico.**

Se extrajo un feto masculino normal de 17 cms. de longitud, cordón umbilical de 20 cms. de largo, placenta íntimamente adherida a la trompa y al ovario”.

El doctor Rafael Ramírez Merchán, publicó en la Revista MEDICINA y CIRUGIA, de junio de 1946, otra historia que podría colocarse en este capítulo y que por lo ya conocida, no la relatamos textualmente.

Se trata de una primípara de 25 años que aunque ignora la fecha en que sobrevino su última menstruación, asegura que empieza a declinar en el 9º mes de su gestación. Todos sus aparatos de la economía son normales y a primera vista, dice el articulista, “un embarazo normal casi a término es lo que merece la atención”.

Los datos obtenidos por el interno dan por resultado el diagnóstico de

un embarazo de 8½ meses (altura uterina 30 cms.), con feto muerto pues "no se aprecian con claridad partes fetales y la auscultación es negativa"; el parto no se anuncia todavía ya que al tacto vaginal practicado se apreciaba "cuello largo, cerrado, presentación móvil por sobre el estrecho superior".

Sometida a observación, en espera del desencadenamiento del trabajo, queda en el servicio por 20 días, sin que se obtenga el parto y luégo se pone en práctica el procedimiento de Watson con un fracaso rotundo. Corridos ya 50 días de permanencia en el Hospital, los médicos tratantes quisieron resolver el problema de este embarazo anómalo por la vía bajo, però les fue imposible porque la esclerosis y la dureza del cuello uterino impedían su dilatación.

Restaba sólo una alternativa y era la intervención quirúrgica por vía abdominal; en efecto se practicó y cuando se creyó poder realizar una operación cesárea para extraer el feto muerto, se tuvo una serie de sorpresas.

Hecha la laparotomía los cirujanos encuentran algunas adherencias epiploicas pero no les conceden importancia; ya sobre el órgano grávido se ve un peritoneo visceral "vascularizado en forma extraña y que lo que debía ser el segmento inferior dificulta un poco el aislamiento de su peritoneo porque tiene tal contextura el dicho órgano, que en seguida va a ser difícil su disociación".

Extraído un feto a término muerto y macerado, de 2.200 gramos, se hacen tracciones sobre el cordón para extraer la placenta, y se nota que la bolsa

grávida se viene con los anexos y no sangra ni siquiera después de que se arrancan trozos degenerados de placenta. Ante este cuadro se pensó en extirpar el órgano degenerado, llevando los cirujanos la idea de una histerectomía. Para lograrla aislan bien la bolsa, liberándola de las "pocas adherencias del epiplón y de otras tantas de algunas asas intestinales" y encuentran con sorpresa que en la parte más inferior y en su cara posterior hay un órgano esculpido que no es otro que una matriz "aparentemente sana y no grávida".

"De consiguiente, dice el doctor Ramírez, A. R. C. nos proporcionó la rareza de un embarazo ectópico casi a término".

II — Embarazo Ovárico.

Generalidades: Al paso que la gestación tubárica es un hecho indiscutible y de frecuente observación, no sucede lo mismo con los embarazos ováricos y abdominales.

Multitud de razones se aducen para negar la probabilidad de que el óvulo, una vez fecundado, comience sus transformaciones, emita sus vellosidades coriales y se fije ya sea en el ovario o en la cavidad abdominal. El desprecio de los tratadistas hacia estas dos entidades gineco-obstétricas influye el ánimo en el sentido de que sólo rarezas son estas dos implantaciones extrauterinas del huevo fecundado.

Para quienes aceptan el embarazo ovárico, se puede hacer una división en superficial o profundo, según que el espermatozoide haya alcanzado a la célula hembra, después o antes de la ruptura del folículo maduro.

Etiología: El factor edad no es determinante, pero se observa que la mayoría se presenta entre los 20 y los 35 años.

Recassens y otros afirman que es más frecuente en las múltiparas, mientras otros manifiestan que es mayor su incidencia en las primigestas. En apoyo de estos últimos está el factor infecundidad relativa, ya que muchas mujeres que acuden al médico portando una eccesis de cualquier tipo, dan el antecedente de una infecundidad más o menos prolongada. Davis se expresa así: "A la esterilidad previa no se le ha dado el suficiente énfasis como factor etiológico, pero la esterilidad relativa parece ser un factor real. Shuman dice que el 30% de las mujeres que han tenido un ectópico, llevan consigo una historia de esterilidad".

Una hipótesis muy sugestiva para explicar la implantación extrauterina, es el rápido proceso de desarrollo del huevo y su precoz capacidad de fijación. En el caso contrario, en que la capacidad fijadora fuere demorada, el huevo pasaría de largo por toda la superficie uterina para venir a implantarse en la porción segmentaria (placenta previa), en el cuello o aun en la vagina.

Anatomía Patológica: La comprobación de una eccesis ovárica es bastante difícil, por cuanto las adherencias a los órganos vecinos, trompa y matriz se hacen prontamente y porque después del crecimiento no se puede decidir si la situación del tejido placentario es primitiva o secundaria.

Para solucionar este problema Spiegelberg estableció cuatro bases que de ser positivas dan el diagnóstico cierto de embarazo ovárico; son estas:

- 1) La trompa del lado afectado debe estar intacta; 2) El saco fetal debe ocupar la situación del ovario; 3) El saco ovárico debe estar conectado con el útero por el ligamento útero ovárico, y 4) Se debe hallar tejido claramente ovárico en la pared del saco. Llenados estos requisitos estará establecido el diagnóstico.

Ahora bien, el desarrollo del huevo puede hacerse en el interior del folículo o en la superficie externa del ovario. Si ha sucedido lo primero, se podrán ver células luteínicas del cuerpo amarillo alrededor del saco; las modificaciones deciduales tienen lugar en todo el tejido conjuntivo de vecindad y hay hiperplasia e hipertrofia de las células luteínicas de la teca interna; las vellosidades coriales penetran en el parénquima y la placenta se desarrolla en el interior del ovario. Si la implantación ha sido superficial, la placenta se fijará no sólo en el tejido ovárico, sino que también se dirigirá hacia la trompa para hacerse más amplia; el saco fetal crecerá hacia la cavidad abdominal.

En cuanto a la duración del saco ovular y luego fetal, se puede decir que tiene grandes posibilidades para llegar a término, pues que los tejidos propios son más susceptibles que los de las trompas para suministrar unas paredes resistentes de protección. Santti, en uno de sus 37 casos observó que el ovario estaba transformado en una pared quística de 1 a 3 milímetros de espesor y Schorsch, publica un embarazo ovárico a término con feto vivo. Entre nosotros son elocuentes los casos publicados por el Profesor Ramírez Merchán.

En cuanto a los ováricos superficiales, en los cuales el óvulo se ha atacado en una de las muchas hendiduras del epitelio ovárico, es de aceptación común hoy día, que ello no se realiza al acaso, sino que debe haber para que sea posible, un islote endometriósico en la superficie ovárica. Y es claro, porque el glicógeno, necesidad primera del huevo, sólo se halla en las células deciduales y éstas son patrimonio del corion de la mucosa uterina. Y si a esto se agrega la capacidad de reacción decidual del tejido ovárico, se puede esperar un buen crecimiento el huevo fecundado, aunque con menos posibilidades de avanzar en la variedad profunda.

Curso Clínico: Es muy difícil establecer diferencias clínicas entre un embarazo ovárico y otro abdominal. Por esta razón, aunque el título de este capítulo es el de embarazo ovárico, incluiremos en él lo que podríamos decir de la evolución del embarazo abdominal. Asimismo, dejaremos de lado los signos del principio, ya que se confunden con los del común embarazo tubario, descritos anteriormente.

Claramente se aprecian las partes fetales y los movimientos, así como los ruidos cardíacos del feto, con una nitidez absoluta debido a la presencia de una pared menos gruesa; las sensaciones subjetivas y los signos de comprensión son también más intensos.

Las metrorragias pueden acompañar caprichosamente el curso de la gestación o estar ausente.

Llegado el término del embarazo, sobreviene el "falso trabajo", con contracciones que dilatan el cuello hasta

cierto punto, provocan la expulsión del tapón mucoso y obligan los preparativos para recibir el nuevo sér. Pero este falso trabajo da valor a su nombre, desapareciendo por completo de un momento a otro, dejando como saldo la desaparición de los movimientos fetales y de los ruidos cardíacos. Inicianse luego las transformaciones post-mortem del feto retenido.

Si la edad no es avanzada, pueden los tejidos resolverse lentamente, pero si esto no sucede, otras transformaciones han de verificarse para que el organismo materno se defienda del cuerpo extraño o lo elimine fuera de sí.

Lo más frecuente es la infección del quiste fetal, favorecida por las adherencias a las vísceras contiguas. Ese quiste infectado se fragua su camino hacia el exterior, perforando una de las vísceras huecas o yendo hasta la pared abdominal para fistularse. La salida del esqueleto fetal y de los tejidos infectados de la bolsa grávida se realiza progresivamente y aparecen por la vagina, uretra, recto o a través de la pared abdominal.

Otra transformación posible, la segunda en frecuencia, y la más favorable para la mujer, es esta: Se verifica la absorción de todos los líquidos del feto, quedando una masa macerada. Luego se depositan las sales calcáreas y el esqueleto adquiere la consistencia de piedra, quedando así constituido el **litopedion**. Pero esto puede hacerse no ya en el cuerpo fetal, sino en sus membranas de envoltura y en la placenta y entonces se tiene el **litokelifos**, o finalmente pueden ocurrirse las petrificaciones fetal y aneural, dando lugar al **litokelifospedion**.

El tiempo necesario para que tenga lugar la estructuración de estos cambios es considerable, pues el proceso es lento y se asiste a la reabsorción del líquido amniótico, a la momificación de las partes blandas y luego sí al depósito de las sales calcáreas. En todo caso, es cuestión de años.

Esa masa pétreo y disminuida de volumen puede ser llevada por la mujer durante mucho tiempo, sin que produzca molestias graves y aún más puede ser muda en sus manifestaciones. En la literatura mundial se citan muchos casos de litopediones, pero de litokelifospediones sólo hemos encontrado uno, el de Penick, de Oklahoma, después de revisar el Index Medicus de 1943 a 1946. Como hecho raro, podemos traer a cuento lo observado por Virchow, citado por Recassens, de la conservación de la estructura normal de algunas partes blandas del quiste fetal retenido, debido a la persistencia de la irrigación sanguínea.

Formado el litopedion, terminan los procesos defensivos de la mujer y en la mayoría de los casos no es obstáculo para que continúe la vida genética de la paciente, salvo en algunos casos en que puede constituir una distocia por tumor previo.

Diagnóstico: En páginas anteriores quedó esbozado el cuadro clínico de un embarazo ovárico o abdominal a través de toda su evolución; encontrado ese conjunto de datos anamnésticos lejanos (menarquia tardía, esterilidad relativa, posibles infecciones anexiales) y hallados los signos propios de esa ecciesis, necesitamos comprobarlo por otros métodos.

Las reacciones hormonales siempre son positivas, pero dan un resultado más débil que en los embarazos normales; esto es particularmente para la prueba de Ascheim y Zondek, siendo más segura en cambio la de Friedman.

De un menor valor es la reacción de sedimentación de Fahreus, pero útil cuando en los primeros tiempos de la evolución se alberga la duda de si realmente es un ectópico o un proceso anexisalpíngico o apendicular. Ligeramente aumentada, entre 25 y 35 a la hora, puede inducirnos en favor del primero, pero un aumento mayor estará en relación con los procesos infecciosos.

Otro procedimiento diagnóstico patrocinado por Klaffen es aquel, mediante el cual, por iluminación pélvica a través de la vagina puede verse un halo rojizo más o menos intenso alrededor del sitio de hemorragia, cuando ha habido ruptura del saco.

Además de esta diafanoscopia y para el mismo caso de la ruptura del embarazo ovárico, es de gran valor la punción exploradora del tondo de saco de Douglas, pues el encuentro a ese nivel del contenido hemático, casi con seguridad nos da el diagnóstico de ectópico roto, con la sola salvedad quizás, y muy rara, de la ruptura del pedículo de un quiste torcido del ovario.

En cualquiera etapa evolutiva del embarazo ectópico, pero particularmente en los primeros meses, ayuda mucho el nuevo método de la peritoneoscopia.

Carlos Heuser, en 1921, introdujo la histerosalpingografía como método diagnóstico de las ecciesis y posteriormente otros autores han hecho publi-

caciones sobre sus experiencias en casos de embarazos abdominales, con resultados favorables. Supera a la simple radiografía porque ésta no señala sitio donde se asienta el esqueleto fetal y pasan inadvertidos embarazos que se inician.

Historias Clínicas: Cito en primer lugar las publicadas por el doctor Ramírez Merchán, por ser las más interesantes.

Es la primera la correspondiente a una secundípara a término, con 35 años de edad, que tuvo su última regla el 5 de junio de 1942 y dió a luz a su primer hijo hace 6 años.

Esta señora, contestando el interrogatorio asegura su estado grávido y añade que tuvo sensación de movimientos fetales hasta un mes y medio antes, época en que sufrió un fuerte traumatismo abdominal; de entonces para acá ha visto con sorpresa que su abdomen, lejos de continuar su crecimiento, ha ido disminuyendo.

La altura uterina es de 26 centímetros, las partes fetales no se perciben claramente, la auscultación fetal es negativa y el estado en que se halla el cuello es largo, cerrado y de consistencia dura.

Después de una radiografía en que se aprecia el esqueleto de un feto muerto, se procede a estimular las contracciones uterinas con el método de Watson, y visto su fracaso, se obtiene otro al pretender dilatar el conducto cervical.

La intervención quirúrgica por vía alta, mediante la cual se extrajo el saco fetal y el feto muerto y macerado, de 2 300 gramos de peso, dejó claramente establecido que la matriz, indepen-

diente de la bolsa grávida, esta íntegra.

Enviada la pieza quirúrgica al Laboratorio de Anatomía Patológica, el doctor Sánchez Herrera da su concepto en los siguientes términos: "Diagnóstico microscópico: Embarazo probablemente de ovario. Leiomioma múltiple. El material examinado muestra placenta necrosada, cordón umbilical, peritoneo, coágulos de sangre y fragmentos de tejido que, de manera muy imperfecta recuerdan ovario. Las vellosidades placentarias no presentan sino elementos celulares en estado de desintegración. En el cordón umbilical hay necrosis. En el peritoneo se ven áreas de hemorragia, dilatación de los vasos linfáticos hiperplasia del tejido conjuntivo e infiltración leucocitaria poli y mononuclear. El tejido que recuerda el ovario forma parte de la pared secular. Los cortes practicados muestran un neoplasma benigno, formado por tejido muscular liso y tejido conjuntivo fibroso con áreas extensas de necrosis. Es encapsulado y en la periferia se aprecia bien la estructura".

Más interesante que la historia anterior es la siguiente, en la cual se hizo el diagnóstico clínico, confirmado luego plenamente:

Se trata de una paciente de 42 años de edad, casada y con vida genital activa. Antecedentes ginecológicos: Menarquia tardía a los 17 años, menometrorragias y flujos vaginales amarillentos, hace 2 años.

Antecedentes obstétricos: Un parto normal a término hace 21 años y otro prematuro de 7 meses, al año siguiente. Infecundidad de 20 años.

El embarazo actual tuvo su comienzo por el mes de julio de 1945, manifestándose con todos los signos subjetivos y objetivos propios del estado grávido. Su curso más o menos normal, se vió alterado al 9º mes, por la cesación de los movimientos fetales, una pequeña pérdida sanguínea vaginal y la aparición de una calostrosrea abundante.

Dos meses después de terminado el límite normal de su preñez, acude al hospital y en un primer examen practicado por el Interno, se llegó al diagnóstico de un embarazo típico a término, con feto muerto. Posteriormente el doctor Ramírez Merchán, a la sazón Jefe de Clínica, practica cuidadosamente examen tocoginecológico a la señora, dándose perfecta cuenta de que la tumefacción abdominal de 28 centímetros de altura, no correspondía a la matriz, pues sus movimientos no eran solidarios con los del cuello uterino y aquélla podía precisarse aunque no muy claramente.

Basado en estos datos y ayudado por una anamnesis verídica y en los signos de probabilidad del embarazo, planteó el diagnóstico de un embarazo ovárico a término con feto muerto. Y luego reforzándolo con otros hechos que concurrían de conjunto, hizo más fundado su acerto; éstos eran:

a) Menarquia tardía a los 17 años.

a) Infecundidad de 20 años.

c) Antecedentes de flujo vaginal (índice de infección).

d) La edad de la paciente, factores que se invocan como etiológicos del embarazo ectópico, y estos otros propios de su evolución:

a) Amenorrea de 11 meses.

b) Falso trabajo al 9º mes.

c) Metrorragia concomitante.

d) Calostrosrea espontánea concomitante.

e) Supresión de los movimientos fetales después del falso trabajo.

f) Disminución de la tumefacción abdominal.

g) Crisis de irritabilidad simpática.

h) Independencia entre el tumor abdominal y la matriz.

i) Examen radiológico del abdomen e histerosalpingografía que por ser de gran importancia copio textualmente:

"En la radiografía simple encontramos un embarazo que presenta todos los signos radiológicos de feto muerto tales como el de Horner Spalding, exageración de la curva de la columna vertebral y el signo de Mathews, los cuales todos son positivos. También aparece una alteración del líquido amniótico porque encontramos una densidad más elevada que la normal". Anotaba además verbalmente el radiólogo que las paredes del continente eran densas y que su situación mediana, así como el desarrollo fetal, hacían pensar que quizá el continente no podía ser otro que la matriz. Pero ante la insistencia nuestra se practicó la histerosalpingografía en la cual encontramos que la matriz se inyecta normalmente y su tamaño y forma son normales, pero su situación ligeramente desviada hacia la derecha. Aumentando un poco la entrada de YodatoI y por consiguiente la presión endouterina se logra hacer pasar la substancia opaca a las trompas; "tanto del lado derecho como del lado izquierdo se inyectan casi en su totalidad".

Intervenida la señora el 26 de junio, se encontró en su cavidad abdominal un tumor con adherencias epiplóicas e intestinales que cuidadosamente se liberaron y se extrajo el quiste sin abrirlo y luégo de ligar su pedículo.

"Al revisar los órganos genitales internos se encuentra la matriz del tamaño normal. Los anexos del lado derecho quedaron íntegros y sanos; los del lado izquierdo formaban cuerpo con el tumor que se extirpó".

Al abrir el tumor se vieron sus paredes musculares y fibrosas y salió de él gran cantidad de líquido amniótico de color verde y con meconio y un feto bien formado de 1.400 gramos de peso, unido por el cordón a una placenta delgada que adhería íntimamente a las paredes del quiste.

La descripción histológica es la siguiente: "Embarazo tubo-ovariano. Los cortes muestran ovario y tubo uterino. Además se encontró placenta en estado de desintegración situada aparentemente entre el tubo y el ovario. Tanto el ovario como el tubo, pero especialmente en este último, se ve reacción inflamatoria moderada con infiltración leucocitaria poli y mononuclear. Edema".

El doctor Nelson Restrepo, en su Tesis de Grado, en que trata los errores diagnósticos en Ginecología, relata el caso de una señora de 48 años que ha dado a luz a 5 hijos y a un aborto de tres meses hace 5 años. Padeció de flujo vaginal amarillo en diciembre de 1947 y su última regla vino el 20 de enero de 1948. Se hospitalizó por dolores en la fosa ilíaca izquierda, intermitentes y de tipo cólico; también tiene dolores en el hombro derecho. El examen general es satis-

factorio y el ginecológico suministra los siguientes datos: Vagina normal. Los fondos de saco menos el anterior se encuentran abombados y no dolorosos. Cuello dirigido hacia atrás, central, móvil y de orificio transversal cerrado. Se toca una gran masa que ocupa toda la pelvis, abomba en todos los fondos de saco, es dura, no dolorosa, poco móvil, regular y está en relación íntima con la matriz, de la cual no se puede delimitar.

Con el diagnóstico de Leiomioma uterino se intervino, encontrando una gran masa regular, blanda que ocupa toda la pelvis y que da la impresión de pertenecer al útero, firmemente adherida al asa sigmoide. Se libera el sigmoide, se continúa por el lado derecho, y se encuentran la trompa y el ovario de ese lado. Por detrás de la trompa se encuentra un plano de desprendimiento por donde se empieza a separar al tumor. Se pasa después al lado izquierdo y se sigue la liberación del tumor, separando su cara anterior de la posterior del cuerpo del útero, a la que se halla fuertemente adherido. Liberación total. Trompa y ovario derechos sanos. Trompa y ovario izquierdos destruidos totalmente. Extirpación del tumor.

Diagnóstico Quirúrgico: Embarazo ovárico con feto muerto, macerado de unos 25 cms de longitud.

El doctor Francisco Afanador Jiménez operó el 24 de octubre a una señora que había sido tratada como para una amenaza de aborto, pero que al examen clínico cuidadoso mostró tener un embarazo ectópico, tal

vez róto El hallazgo quirúrgico consistió en una gran masa del tamaño de una cabeza fetal, localizada en el ovario derecho y cubierta totalmente por epiplón. Al desprender las adherencias a la trompa homónima se rompe súbitamente la masa dejando escapar gran cantidad de líquido citrino y poniendo así al descubierto un feto vivo de 14 cms. de longitud que dejó de respirar pocos momentos después. La placenta estaba insertada en el ovario, el ciego y la terminación del intestino delgado.

Diagnóstico quirúrgico: Embarazo ovárico.

III — Embarazo Abdominal.

Generalidades: En cuanto al embarazo abdominal, aun los escépticos aceptan, con quienes lo afirman, que puede ser secundario o primitivo; en el primer caso sería consecutivo a la ruptura o a un aborto tubario, mientras que en el segundo se trataría, como su nombre lo indica, de la implantación y crecimiento del huevo en plena cavidad abdominal.

Esta última es la variedad de gestación más combatida y con menos adeptos.

Williams parece ser el más enfático en negar el embarazo abdominal primitivo, cuando en una parte de su tratado se expresa en el sentido de que todo embarazo considerado como tal se debe a un aborto tubario. Bland Sutton va más lejos cuando niega de plano la posibilidad de su presencia en la mujer y en los animales inferiores. Pero el mismo Williams cita a Hirst y a Knipe y a Walker y Jacquin,

quienes, "sin embargo, han acento ejemplares que casi llenan los requisitos exigidos". Más adelante acoge como tal, uno de seis semanas implantado en el mesenterio de la flexura sigmoidea "que parece estar fuera de toda crítica", descrito por Reifferschaid. William E. Studiford publica en el An. J. Obst and Gin. (Vol. 144, pág. 487), de 1942, una historia de preñez abdominal primitiva y que posteriormente vimos citada en el texto de Novak.

En resumen y ateniéndonos a las opiniones de los tratadistas, si son posibles, han existido, y seguirán presentándose embarazos abdominales primitivos, aunque con carácter de rareza relativa, lo que les imprime un aspecto espectacular y trascendente.

Etiología: Fuera de los factores etiológicos estudiados a propósito del embarazo ovárico y que son comunes a la variedad abdominal hay estas otras causas.

Las transmigraciones o supermigraciones internas saltan a la vista como causas probables del embarazo abdominal primitivo y, con mayor razón si el óvulo en su carrera encuentra este otro factor de la endometriosis ovárica o peritoneal, al cual los autores modernos conceden una gran importancia. P. Vara opina que la implantación del huevo en estos islotes endometriósicos intraperitoneales, no puede ser nunca la mera casualidad y junto con muchos autores cree que se trate de un tactismo positivo del huevo hacia la parcela anormal de endometrio. Frankel y Schenk trabajando sobre 29 casos de embarazo ectópico, pudieron concluir que el factor endometriósico era esencial.

Y por otro lado Víctor Conill, no quita toda responsabilidad al espermatozoide y dice: "Quedamos en libertad de pensar que el espermatozoo, elemento activo, puede escoger, como un vertebrado superior, el terreno más próximo y propicio a sus operaciones vitales".

Como otras causas posibles estarían las malformaciones congénitas, los tumores pelvianos, los quistes del ovario, etc., es decir, toda lesión que deforme o alargue el trayecto que sigue el óvulo o también, como dice Schoenholtz, podría tratarse del fracaso de la aspiración tubaria.

Anatomía patológica: Aquí como en el embarazo ovárico los autores modernos Sampson, Schenky y Frankel, están de acuerdo en que su producción sólo es posible con la preexistencia de una zona endometriósica transportada a la serosa peritoneal o a un órgano abdominal por movimientos antiperistálticos de las trompas durante la descamación menstrual, o como lo sostiene Recklinhausen, porque estén allí depositados como restos embrionarios mullerianos, o aún que hayan sido formados por metaplasias de la serosa como lo afirman las teorías de Ivanoff.

Una vez caído el óvulo a la cavidad peritoneal y fecundado por el espermatozoide, busca su sitio de implantación ya en el fondo de saco de Douglas, ya sobre la cara anterior del recto, ora en la posterior de la matriz o por último en la cara externa del ligamento úterosacro. Pero también se le puede hallar en el mesosigmoide o en pleno epiplón.

Posteriormente y a medida que avanza el crecimiento, la placenta

puede fijarse en todos los órganos intraperitoneales que encuentre a su alcance, fijándose de esa manera en el intestino, la vejiga, epiplón, etc.

"Para establecer el diagnóstico de un embarazo abdominal primitivo, es condición básica que el aparato genital aparezca absolutamente normal".

Las membranas de envoltura estarán engrosadas por otras de neotormación a expensas de la serosa.

Tanto el embarazo abdominal primitivo como el ovárico han constituido su capítulo anatómo-patológico a base de hallazgos laparotómicos.

Las modificaciones histológicas de los órganos genitales son las mismas que en el embarazo tubario y por eso ramos los cambios uterinos, tubarios, vaginales, mamarios, así como las modificaciones generales del organismo femenino.

Historias: Caben aquí las historias presentadas por el doctor Roberto Serpa, como Trabajo de Agregación, en las cuales no se sabe ciertamente el diagnóstico de implantación, pero que interesan por cuanto han tenido un tar plenamente estudiados no en desarrollo abdominal y por las transformaciones sufridas por los fetos retenidos.

En primer lugar relata el caso de una señora de 37 años que había tenido 5 partos normales y "un aborto" cinco meses antes de ser vista por el doctor Serpa.

Los signos de ese aborto fueron fuertes dolores en el bajo vientre y en las caderas, acompañados de hemorragia uterina y de la expulsión de una bolsa que resolvieron bautizar como embrión. Pasó dos meses en relativa mejoría pero cualquier día tuvo

nuevos dolores abdominales que fueron achacados esta vez, a una hernia estrangulada.

Al llegar el doctor Serpa a la casa de la enferma se encuentra con un cuadro de abdomen agudo: Facies peritoneal, voz débil, gran dolor abdominal, defensa de la pared, lengua saburral, pulso pequeño rápido e intermitente, $37\frac{1}{2}$ grados de temperatura axilar, gran constipación.

Bajo la acción sedante de una ampollita de sedol, pudo palparse un tumor abdominal de consistencia heterogénea e irregular en su forma, que dolía a pesar de la droga. "En la zona umbilical y en los flancos daba la blandura de un quiste del ovario y en los hipogastrios se hallaba dureza de mioma y en la fosa ilíaca izquierda se palpaba un cuerpo esférico y duro como un coco".

Los tactos vaginal y rectal enseñaron al doctor Serpa que la masa abdominal era independiente de la matriz y lo hicieron pensar en un embarazo ectópico, impresión que se confirmó al percibir movimiento del tumor.

Decidida la intervención y luego de una junta médica, fue operada la enferma en muy malas condiciones orgánicas. El resultado fue: "un feto envuelto en sus membranas entre una cantidad de líquido amniótico normal; la cabeza ocupaba el pequeño bacinete y el resto de cuerpo ascendía en el abdomen".

Al sacar el niño uno de sus miembros desgarró la placenta; ésta más grande que lo normal, se insertaba en el estómago, en el colon transversal, en el epiplón mayor y en muchas asas intestinales; su desprendimiento laborioso ocasionó copiosísimas y extensas

hemorragias que fueron cohibidas convenientemente.

Las condiciones en que se había realizado la operación, sumadas a la pérdida sanguínea y al choque peritoneal, llevaron a la muerte a la señora M. de R. tres días después, al paso que el feto vivo de 3.500 gramos siguió su desarrollo normal.

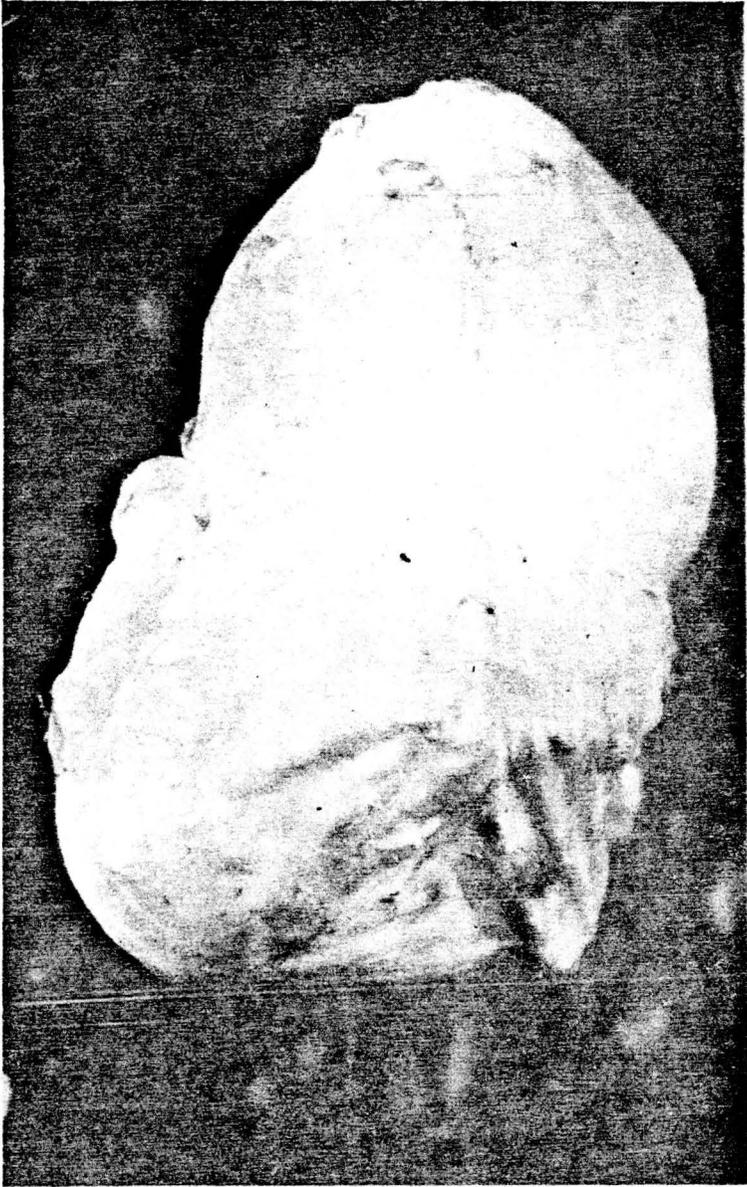
En su segunda historia el doctor Serpa presenta otro caso muy interesante. Es el siguiente:

A. G., señora de 30 años y madre de 7 hijos, llega al Hospital de San Juan de Dios el día 1º de abril de 1915.

Hay un antecedente de importancia en ella, el cual es una blenorragia.

La enfermedad actual data de tres años y evolucionó en los primeros meses como un embarazo normal, y al cumplirse ellos, se le presentó un falso trabajo; la tumefacción abdominal siguió con los mismos caracteres desde ese día hasta cuando ingresó al hospital; padece un dolor continuo que se exagera al caminar o al tocarse, en la fosa ilíaca derecha, en el flanco derecho y en la zona umbilical. Por palpación se observa un cuerpo de consistencia dura y que se desaloja ligeramente al imprimirle movimientos; localizado en el flanco derecho y en la parte superior de la zona umbilical; en el resto de esa zona y más hacia la derecha hay cuerpos más pequeños e igualmente duros. El examen vaginal permite darse cuenta de que dichas masas no hacen cuerpo en la matriz, que está alojada en el lado contrario.

Con estos datos hizo el doctor Serpa el diagnóstico de embarazo extrauterino litopediado, y se vió apoyado por el del Profesor Rafael Ucrós.



LITOKELIFOSPEDION

El relato de la intervención es textualmente el siguiente: "Narcosis clorofórmica. Laparotomía media. Infraumbilical. Abierta la cavidad abdominal se percibió cubierta por el gran epiplón, un cuerpo de color blanco nacarado, prendido por un pedículo óseo a un cuerpo ovoide que, a su vez, estaba ligado a la trompa izquierda y adherido al recto y a la fosa ilíaca. Siendo imposible la disección del epiplón, se cortó después de haber ligado sus vasos. Se desprendieron los cuerpos, que no eran otra cosa que el feto y su placenta, de las adherencias al intestino y al recto y cortada la trompa se extrajo el litopedión y su placenta. El ovario derecho tenía un quiste sanguíneo al que se le hizo la inyección".

Otro caso interesante es el de la señora I. S., de 38 años de edad, madre de cinco hijos; fuera de ellos tuvo un embarazo el último, que transcurrió con algunos dolores a los cuales no se le concedió ninguna importancia.

A los nueve meses, sobrevino un falso trabajo y luego la sospecha de un maleficio por la desaparición del hijo.

Cinco o seis semanas de relativa tranquilidad y luego se presentan dolores abdominales, calorío, apertura de la tumoración dolorosa a nivel del ombligo y salida de gran cantidad de pus. Palpando el abdomen se percibía una crepitación ósea neta y se favorecía la expulsión del pus delgado y moreno. Estaba hecho el diagnóstico de feto macerado e infectado con la apertura del quiste a la pared del abdomen.

La necesidad de la enferma no permitió ninguna intervención. Días después se asistió a la expulsión por el

crificio fístula de una clavícula y luego un fémur y posteriormente otros huesos que la misma enferma extraía, con la esperanza de que al salir todos los podría enterrar en tierra santa.

Y en su última historia presenta el Profesor Serpa, a N. N., mujer de 40 años, quien llegó al Hospital de Bucaramanga en diciembre de 1947, para consultar por un tumor abdominal.

Seis años antes había tenido su sexto embarazo, el cual llegado a término, pareció concluir cuando en realidad sólo hubo un falso trabajo y luego la cesación de los movimientos fetales y el decrecimiento del vientre.

Por palpación abdominal se encuentran los miembros duros e inmóviles de un feto litopedizado, cuyo polo cefálico estaba en la fosa ilíaca izquierda.

Operada la enferma se halló un feto calcificado, unido a una placenta ovoidea y negruzca y libres ambos de toda adherencia; sólo una parte del epiplón cobijaba y adhería a una extensión del feto.

Finalmente relatamos el caso interesante que ha motivado este artículo. Advertimos que la historia no es tan detallada como los demás, pues la paciente estuvo durante mucho tiempo ausente del consultorio de su médico de familia, y además, porque el diagnóstico previo fue solamente clínico, sin estar ayudados por los datos de laboratorio. El diagnóstico definitivo fue, como acontece en todos los casos de embarazos abdominales, motivado por el hallazgo que se hizo durante el acto operatorio. Para hacer más gráfica la descripción, se han tomado algunas fotografías de la pieza operatoria.

La historia clínica es la siguiente:

Nombre: T. C. de M. Edad 46 años.
Estado civil: Casada, desde hace 18 años y de vida genital activa.

Procedencia: Villavicencio. Profesión: Oficios domésticos.

Entrada al Hospital: Agosto 29 de 1948.

Antecedentes familiares: Sin importancia.

Antecedentes patológicos: Enfermedades de la infancia. Paludismo, Disentería amibiana. Bronquitis crónica.

Antecedentes ginecológicos: Menarquia a los 15 años, con caracteres normales. Después se instaló un ciclo bien definido de 30 x 3. Nunca ha presentado flujos vaginales que hagan pensar en una posible infección de los anexos. Las menstruaciones han sido siempre normales.

Dice la paciente que su ciclo sólo se la vio interrumpido una vez, y de ello hace ya quince años; en esa época tuvo una amenorrea de tres meses, al cabo de los cuales sobrevino una metrorragia con coágulos abundantes que duró tres días y que se vió acompañada de sensación de fiebre y de un ligero dolor en la fosa ilíaca derecha. De entonces para acá su ciclo menstrual continuó absolutamente normal.

Por datos suministrados por la paciente y corroborados por el médico tratante, se sabe que antes y después del accidente de la amenorrea y de la metrorragia, había sido sometida a un tratamiento para su esterilidad.

Días antes de su ingreso al Hospital, hizo su última consulta en el deseo de ser tratada para su bronquitis y para una sensación de peso que experimentaba en la fosa ilíaca derecha.

El examen general dió los siguientes datos: Aparato circulatorio: Corazón normal. Pulso 80 Min. T. A. Mx. 160 Mn. 75.

Aparato respiratorio: Tos húmeda, crónica. Expectoración serosa. Estertores roncales en ambas bases pulmonares y algunos subcrepitantes en la base del pulmón derecho.

Aparato digestivo: Normal. Sólo se encuentra una ligera hipertrofia esplénica.

Senos: Normales.

Examen ginecológico: Tacto vaginal: Vagina amplia y normal. Cuello de 3 cms. de longitud en situación central, de forma y consistencia normales. Orificio externo cerrado, de nulípara; fondo de saco anterior libre; fondo de saco de Douglas libre; fondo de saco lateral izquierdo libre también; fondo de saco lateral derecho ocupado y no doloroso.

Combinado el tacto con la palpación abdominal se encuentra una masa, cuyos movimientos se transmiten al cuello uterino y que por lo tanto es el útero, de tamaño normal pero que sobre el cuerno izquierdo se continúa con una tumefacción dura, ligeramente móvil, no dolorosa y del tamaño de un huevo de gallina; los movimientos imprimidos a esta masa se transmiten aunque no muy nítidamente al cuello. En el fondo de saco lateral derecho se encuentra otra masa dura, irregular, alargada, no dolorosa, del tamaño suficiente para llenarlo por completo, poco o nada móvil e independiente de la matriz.

Con base en este examen se formuló el siguiente diagnóstico: **Fibromioma uterino. Quiste ovárico derecho. Bronquitis crónica.**



LITOKELIFOSPEDION

Intervención. Laparotomía mediana infraumbilical de 15 cms. más o menos.

Abierta la cavidad abdominal se encontró sobre la fosa iliaca derecha y desbordándola un poco hacia arriba, el epiplón mayor envolviendo una masa dura que había contraído adherencias con el ciego. Fácilmente fue desprendido el epiplón y se vió que lo que se había tomado como un quiste del ovario derecho era un cuerpo de consistencia de piedra, pegado al cual se hallaba el apéndice. Extraído el cuerpo extraño intraabdominal sin dificultad alguna, se continuó la intervención sobre la matriz. Esta se hallaba casi totalmente alcanzada por un proceso de fibromatosis y del cuerno uterino izquierdo se desprendía un fibroma pediculado. Revisados los anexos de ambos lados se encontraron absolutamente normales.

Ante este cuadro se decidió verificar una histerectomía subtotal, la cual se logró sin inconveniente ninguno para su realización. Por último se procedió a reparar la pared abdominal en la forma acostumbrada y la mujer salió en perfectas condiciones de la sala de cirugía.

Examinada la pieza operatoria se pudo establecer el siguiente diagnóstico quirúrgico: Fibromatosis uterina. Fibromioma Pediculado. Subseroso del Fondo. **Litokeliospedión correspondiente, a un embarazo abdominal primitivo de 3 a 4 meses.**

Esta enferma parece haber portado un embarazo abdominal primitivo, puesto que su historia no tiene dato de un ictus abdómino-hemorrágico índice del fin de una evolución tubaria de su preñez. En efecto, careció ella del dolor agudo y aunque tuvo algu-

na hemorragia externa, ésta fue determinada por la expulsión de la caduca a los tres meses más o menos de amenorrea.

Estos datos clínicos desempeñan un papel primordial en el diagnóstico, pues se podría pensar que el haber encontrado intactos los anexos no excluiría por completo una posible cicatrización de la trompa que después de 15 años no fuera perceptible. Vale la pena anotar que a la integridad anatómica de las trompas y de los ovarios se unía la falta de síntomas y signos de la ruptura. Podría ser también demostrativo la falta de adherencias del tumor o de su envoltura epiploica, con los órganos anexiales después de haber tenido el embarazo un crecimiento intratubario seguido de ruptura, las adherencias a dichos órganos habrían sido grandes y persistentes.

El otro hecho importante es la transformación sufrida por el feto muerto y retenido. Por una parte hay la rareza de la calcificación de los anexos, pues lo más frecuente es que ella se realice solamente en el feto. Por otra parte se confirma que la dicha transformación es la más favorable para la mujer, puesto que sin mayores complicaciones la lleva dentro de su abdomen por espacio de muchos años.

BIBLIOGRAFIA

Autores nacionales:

- Archila A. Enrique. El embarazo extrauterino. 1946.
- Ramírez M. Rafael F. Embarazo Ectópico casi a término. **Revista Medicina y Cirugía.** 1946.

Ramírez M. Rafael F. Un caso más de embarazo ovárico llegado a término. **Revista Médica**, órgano de la Academia Nacional de Medicina.

Serpa Roberto. Embarazo extrauterino. **Revista de la Facultad Nacional de Medicina**. 1940.

Autores extranjeros:

Calatroni Carlos J. **Terapéutica Ginecológica**. 4ª edición, 1946.

Calderón Horacio y Molina V. **Embarazo abdominal primitivo**. *Día Médico*. 1946.

Charpentier A. **Traité de l'accouchement**.

Conill Víctor. **Embarazo ectópico**. 2ª edición, 1945.

Crossen and Crossen. **Diseases of women**. 9ª edición.

Curtis Arthur Hale. **Ginecología**. 1941.

Davis Carl Henry. **Gynecology and Obstetrics**. 1946.

Fabre. **Manual de Obstetricia**. 1941.

Goldberger Morris A. **Gynecology surgery**. 1942.

Hardy John A. **Sinopsis of the diagnosis of the surgical diseases of the abdomen**. 2ª edic., 1945.

Maygriery Schwabb. **Manual de Obstetricia**. 1943.

Novak. **Ginecología**. 1945.

Paradelo Carlos A. **La histerosalpingografía en el diagnóstico del embarazo ectópico abdominal**.

Pérez Manuel Luis. **Tratado de obstetricia**. 1943.

Recassens Girol. **Tratado de Obstetricia**.

Studdiford William E. **Primary Peritoneal Pregnancy**. *Am J. Obst. and Gin.* Vol. 44, 1942.

Consideraciones sobre rupturas uterinas durante el año de 1949

Por **EUDORO CASTILLO VEGA**

Jefe de Clínica de Maternidad.

Una de las complicaciones más serias que se pueden presentar en el ejercicio de la tocología es la ruptura uterina.

Este accidente puede acontecer en el curso del embarazo o en el momento del trabajo; puede ser accidental y raras veces espontáneo, pero casi siempre obedece a causa traumática. En la primera mitad del embarazo puede ser ocasionado por una gestación en la porción intersticial de la trompa, en un útero bicornio, en un útero in-

fantil y en otras veces por excesiva invasión de la pared uterina por los elementos embrionarios. Al final de la gestación, el accidente por lo general, está relacionado en los casos espontáneos, por la presencia de tejidos cicatrizales en la pared uterina, o delgazados progresivamente por la distensión creciente del órgano. Poroschin las ha atribuido a la ausencia relativa del tejido elástico; Jellinghaus y otros autores creen en la debilidad intrínseca de la pared uterina, por la