

# EXTRACCION

por la brecha uterina de tumor y feto respectivamente, en una cesárea

---

Caso presentado por el doctor RAFAEL PERALTA C.  
a la Sociedad Colombiana de Obstetricia y Ginecología  
en la sesión ordinaria del 1º. de febrero de 1951

---

## HISTORIA CLINICA ESTADISTICA OBSTETRICA PARTICULAR

Año 1951.

Ingreso: diciembre 16/50. Nombre: A. B. de R. Edad: 36 años confesados. Estado civil: casada. Profesión: oficios domésticos. Natural de: Chiquinquirá. Procedencia: Bogotá. Domicilio: Barrio Puente Aranda.

Diagnóstico inicial: Primigestante vieja a término en trabajo prolongado, estéril 13 años. Distocia grave del cuello. O. I. móvil. Auscultación positiva.

Diagnóstico último: Primípara vieja a término. Vértice. Masculino de 2.550 gramos. Cesárea segmentaria transperitoneal previa extracción de tumor fibromiomas por la brecha uterina. post-operatorio y puerperio normales.

Antecedentes hereditarios: sin interés.

Antecedentes personales: a) Ginecológicos: menarquia a los 13-14 años; ciclo: 28/4, 6 día. Anormalidades: Dismenorreas, menorragias. Estéril 13 años.

b) Obstétricos: abortos, no. Partos prematuros y a término, no.

c) Patológicos: Sin interés.

*Evolución del parto.* Diciembre 16/50 (doctor Peralta C.). A las 19 y 55 se practica una visita a domicilio y se halla el siguiente cuadro clínico: Primigestante "añosa", con 13 años de esterilidad absoluta, está en trabajo desde hace más de 24 horas, al cuidado de una enfermera que se vió obligada a llamar médico, en vista de que después de tantas horas de haberse iniciado el trabajo, el parto aún no se había efectuado. Al examen general se halla un organismo completamente sano, y al obstétrico especial un embarazo a término, U. R.: III-12-16/50; A. U.: 33 cms., palpación normal sin que se apreciara algo anormal en la forma o consistencia uterinas, contracciones cada 4, 5 y 6 minutos con duración de 39 segundos cada una; presentación cefálica, O. I.?, móvil; auscultación positiva en el ombligo; pelvimetría externa: 19, 23, 28 y 31 cms., respectivamente para los Diámetros Baudelocque, Bispinoso anterior, Bicrestilíaco y Bitrocanterino; T. A.: 13 × 7.

Al examen ginecológico vulva ligeramente edematizada por los repetidos tactos de la enfermera, parece haber escurrecimiento de líquido, vagina corta con paredes normales, cuello *durísimo*

infiltrado esclerosamente por todas partes, largo, cuyo orificio externo da paso a un dedo, pero cuyo orificio interno era infranqueable a éste. No hay dato de que haya habido complicación alguna en el embarazo y al preguntar por metrorragias, la respuesta fue absolutamente negativa.

En las condiciones anteriores, se orienta la conducta a una cesárea por primigestante vieja con esterilidad de 13 años, trabajo prolongado con posible ruptura prematura de la bolsa y grave distocia del cuello uterino.

Se traslada a la Clínica Camero, en donde bajo gases y la ayudantía del doctor Daza, a las 21 y 30, se hace laparotomía media infraumbilical de unos 14 cms., y al practicar la histerotomía de toda cesárea segmentaria transperitoneal, no se llegó directamente al feto o sus anexos, como ocurre habitualmente, sino que abajo de la brecha transversal del segmento y en seguida a éste, había algo raro: una masa de tejido sólido que hacía inabordable la cavidad uterina, que hizo pensar en la presencia de un tumor ístmico-corporal tan voluminoso que se hubiera confundido con la existencia de un embarazo a término (hipótesis del doctor Daza), o bien con el tronco u otra zona anatómica del feto como adheridos a la matriz. Pero ante el caso clínico y con el segmento abierto en su cara anterior, y como ya previamente se había diagnosticado fácilmente un embarazo con feto vivo que no podía ofrecer duda, tanto más cuanto que objetivamente se estaba frente a las modificaciones uterinas de toda gestación, no cabía duda de que existía la asociación de tumor y embarazo, pero que era necesario proceder rápida y técnicamente para hacer

una intervención correcta y ordenada: obstétrica y ginecológica y viceversa, que tenía que improvisarse en el acto quirúrgico. Por ningún modo ni sitio era factible extraer primero el feto con cesárea segmentaria ni corporal, y por esto hubo que invertir los tiempos y entonces, con laboriosidad se fue buscando el anhelado plano de clivaje, después de repetidas exploraciones, y así se logró delimitar un enorme tumor en la cavidad uterina, absolutamente previo al feto, cuyo tamaño hacía imposible que éste se extrajera antes que aquél. Poco a poco, y ya con serenidad, se fue aislando con pura maniobra digital, sin pensar un momento en instrumento diferente a los dedos, y por la misma brecha uterina después de repetidas torsiones, se logró extraer una masa clásicamente fibromiomatosa, alargada, fusiforme, de tamaño semejante al de un feto prematuro de unos 6 a 6½ meses.

Como no hubiera hemorragia copiosa, se pasó en seguida a verificar la cesárea primitivamente proyectada, la que se cumplió normalmente con la extracción de un feto de Vértice, masculino de 2.550 gramos, seguida del alumbramiento de toda cesárea.

Luégo venía otro tiempo impresionante: juzgar lo que se había hecho. Entonces, se revisó la cavidad uterina y se tuvo la grata sorpresa de que la hemorragia no era mayor, la integridad anatómica del útero era clara, pero en la cara anterior del segmento y gran extensión del cuerpo uterino, la mucosa estaba despulida y parcialmente dilacerada, sin que hubiera gran lesión en el miometrio, todo lo cual mentalmente en principio, hacía localizar el tumor con especialidad en la mucosa uterina. Como

nada anormal siguiera, se continuó la operación con la técnica rutinaria, sin que hubiera el menor inconveniente en la doble sutura segmentaria, ni mucho menos en los tiempos restantes. Tan pronto como se aplicaron los apósitos-esparadrapos, como era de esperarse, se pasó a examinar el tumor que tenía los caracteres de las *tumefacciones uterinas benignas* de la línea conjuntiva, tipo *fibromioma*, cubierto de una especie de tejido conjuntivo o cápsula, fragmentos de mucosa y vasos, que desgraciadamente no podía someterse a estudio anatómo-patológico, por razones económicas, ya que se trataba de una paciente pobre, que tuvo el optimismo de creer que el parto se haría a domicilio por economía, y no se podía hacer aumentar los gastos imprevistos que habían surgido; pero era idéntico a un tumor intracavitario que se había operado con Histerectomía en la Clínica Central, en una enferma no obstétrica (señora E. de M.), apenas hacía unos 15 días, y al cual el Profesor Llinás, hizo el diagnóstico anatomopatológico de *fibromioma uterino*. Midió el tumor de nuestro caso: 28 x 15 x 12 x 9 cms., respectivamente, en longitud, diámetro transverso mayor, diámetro transverso menor y altura. Peso: 1.060 gramos.

En el post-operatorio la evolución fue normal; se hizo el tratamiento con sueros, bacteriostáticos, calmantes, etc.; y salvo cierta sub-involución uterina, sin cuadro febril, a los 6 días de operada, la enferma estaba en su casa con herida cicatrizada por primera intención.

En enero 9/51, es decir, a los 24 días de operada, se hizo nuevo control con examen clínico general y ginecológico especial, y con excepción de una altura uterina de unos 5 cms. arriba del pu-

lis, y esclerosis cervical, estaba tan normal que parecía que la paciente examinada era otra, muy diferente a la que dió tan raro cuadro de patología obstétrica.

## ANALISIS Y COMENTARIOS

El caso relatado no pudo diagnosticarse previamente, y fue una sorpresa quirúrgica. Se explica esto porque durante el embarazo ninguna complicación se presentó, porque la enferma no era conocida del médico, quien la vió de urgencia, en un momento en que se imponía un diagnóstico terapéutico, o sea, la oportunidad de la conducta obstétrica. Por otro lado, la localización del tumor hacía más difícil un diagnóstico pre-operatorio.

Con una base fija en las relaciones recíprocas del estado puerperal con el fibroma uterino, este caso clínico *no es común*, y a mi memoria no llega *otro igual*; aún más, es excepcional que lo relacionen los tratados clásicos. Se trataba de un Mioma uterino que topográficamente era de tipo *sub-mucoso*, que ha podido resultar de la evolución que experimenta todo Mioma uterino, que es primitivamente intersticial o intramural, pero al crecer lo hace por el sitio de menor resistencia, y si coge hacia adentro, desvía la pared uterina y se localiza abajo del endometrio, habiendo formado previamente la cápsula que lo separa de dicha pared. Mas al crecer, va estrechando la zona glandular, aplana el epitelio, hasta hacerlo desaparecer, todo lo cual origina la *evolución centrípeta*, a diferencia de la evolución centrífuga que explica el mecanismo de los Miomas subserosos.

En nuestra enferma, en el curso de muchos años, tuvo que operarse la formación de un Mioma sub-mucoso, que pudo explicar la esterilidad de 13 años, pero lo que llama la atención es que al resultar embarazada, no se hubiesen presentado las complicaciones esperadas, ya que ha debido modificar la capacidad, forma uterina, y los fenómenos fisiológicos de la mucosa para anidar el huevo, o irritar el miometrio, con los conocidos resultados de amenaza de interrupción del embarazo o dicha interrupción; metrorragias por desprendimiento del huevo, muerte del feto, inserción viciosa de la placenta, presentaciones anormales, alteraciones en los signos funcionales del parto, etc.

Pues nada de lo anterior ocurrió, y todavía uno no se explica cómo se hizo esa preñez, cómo evolucionó hasta llegar casi a término, en coexistencia con ese tumor intracavitario, de un tamaño tan grande, cuyo desarrollo fue progresivo con la gestación, y proporcionalmente mayor a ella.

En síntesis, se ha expuesto una observación clínica de un tumor previo, raro, diferente a los que en otras ocasiones habíamos conocido, Miomas subperitoneales que eran indicación absoluta de cesárea, la cual se realizaba inicialmente para después extirpar el tumor, pero nunca habíamos observado un tumor sub-mucoso e intracavitario coexistente con embarazo, que al llegar éste a término y obligar una cesárea, hubiera que extraer primero el tumor por la brecha uterina, para poder sacar luego el feto por la misma. Tal es el caso que acabamos de presentar, en que primero fue el parto del tumor y después el del feto, tal como puede suceder en los pólipos del cuello uterino en el

curso del parto, cuando por vía baja se expulsa el pólipo y después el feto.

## BIBLIOGRAFIA

S. *Dereus Font*. Tratado de obstetricia. Tomo II. 1949.

*Crossen-Grossen*. Ginecología. Edición segunda.

---

## SOCIEDAD COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

Comentarios al trabajo del Dr. RAFAEL PERALTA sobre «Extracción por la brecha uterina de tumor y feto respectivamente, en una cesárea», presentado a la Sociedad en la sesión del 1º de febrero de 1951.

Doctor Héctor E. Bernal. Se refiere al estrecho punto de contacto que establece el cuadro de «miomatosis y embarazo», entre obstetras y ginecólogos: sin embargo, estos últimos no tienen oportunidad de enfrentarse a él, sino a propósito de las complicaciones. Relata el caso de una paciente con embarazo de 4 meses en quien se presentó un cuadro agudo que la hizo acudir al hospital. Al examen, a más del útero aumentado de volumen y correspondiente a la edad del embarazo, se encontró una masa lateral que por sus características hizo pensar en un quiste torcido del ovario. Laparotomizada la paciente, se encontró que dicha masa correspondía a un mioma sésil, del tamaño de una naranja, en estado de mortificación, y que a su vez, había determinado una torsión de la matriz del lado derecho. Se practicó una miomectomía con excelentes resultados (la enferma dió a luz

5 meses después en perfectas condiciones). Termina exaltando la bondad de la cirugía conservadora en estos casos, la cual se encuentra favorecida por el hecho de que generalmente la naturaleza establece como una barrera de defensa, provocando la hipertrofia e hiperplasia de las fibras musculares por debajo del tumor, y, para reforzar sus apreciaciones, cita las conclusiones presentadas por los Profesores Peralta Ramos y Bazán, al Segundo Congreso Argentino de Obstetricia y Ginecología.

Doctor Jorge Amorocho. Se refiere a las relaciones entre fibroma y esterilidad: a pesar de ello, ha tenido oportunidad de observar dos casos de coexistencia mioma-embarazo. En uno, con 14 años de esterilidad, se extirpó un mioma subseroso torcido; más tarde, al practicar una cesárea, no se encontraron vestigios de la operación anterior. El otro caso, actualmente en observación, pertenece a una gran múltipara.

Doctor Navas. Relata un caso interesante: paciente aproximadamente de 32

años, con 2 de matrimonio; antecedente de un aborto. Se presenta con embarazo a término. Al examen se encuentra el cuerpo uterino sembrado de masas, especialmente del segmento, que le hacen pensar en presentación de pelvis primero, y luego en vértice derecho con miomatosis cérvico-segmentaria. Tras de 18 horas de trabajo hay una mala dilatación del cuello. El Profesor Ramírez aconseja demerol, con lo cual se obtiene dilatación de unos 8 cms., que se prosigue luego digitalmente hasta permitir la aplicación de un fórceps semialto en D. P. Feto con paresia facial que desapareció a los 5 días. Puerperio normal.

Profesor Arturo Aparicio. Llama la atención, por último, a la semejanza del caso presentado por el doctor Peralta, con un embarazo gemelar, ya que el mioma submucoso se desarrolló en la cavidad uterina haciendo el papel de un segundo feto.

*Héctor Enrique Bernal*  
Secretario.