

# "RARA CONCOMITANCIA GINECOLOGICA"

Hematocele por cuerpo lúteo hemorrágico - Embarazo ectópico intacto.  
Agenesia de ovario izquierdo.

Por el doctor ROBERTO VERGARA TAMARA

H. Cl. N°. 98-026.

Nombre: N. N.

Procedencia: Bogotá.

Estado civil: Casada.

Profesión: Oficios domésticos.

Edad: 34 años.

Fecha: Octubre 1° de 1951.

**Enfermedad actual**—El 1° de octubre de 1951 se presenta a la Consulta Externa de Ginecología del Hospital de La Samaritana una señora de 34 años de edad, bien nutrida, de buen aspecto, en aparente estado de salud completa.

Consulta porque desde hace un año siente dolores abdominales difusos, que desde hace 10 días para acá han tenido especial localización en la fosa ilíaca derecha, flanco del mismo lado e hipogastrio. Además, se queja de trastornos menstruales consistentes en hipermenorreas con polimenorreas.

Ultima regla: Agosto 20 de 1951. Tiene 10 días de retraso. Desde ayer está con escaso flujo hemorrágico, color pardo achocolatado. Nos relata que también sufre de trastornos digestivos como son: llenura post prandial, inapetencia, intolerancia, por ciertos alimentos, como grasas y leche. Acusa también diarreas, en ocasiones.

**Antecedentes familiares**—Sin importancia.

**Antecedentes personales**—34 años, bien constituida, tipo normolíneo. Sarraampión. Tifoidea. Varicela, Tos ferina. No ha sido operada. Ha vivido en tierras calientes. Menarquia a los 16 años. Ciclo anterior: 30-32 x 4-6. Actual: 15-20 x 7-8, abundante. Los tres primeros días ensucia hasta 6-7 paños. Cinco embarazos, cuatro partos normales y un aborto de cuatro meses hace un año.

Ultima regla, normal: Agosto de 1951. Tiene 10 días de retraso. Ayer 30 de septiembre de 1951 comenzó escaso flujo hemorrágico. No da antecedentes venéreos. No tiene examen serológico.

**Examen físico**—Cabeza: Implantación pilosa normal, cuero cabelludo normal.

Ojos: Reflejos normales, conjuntivas normales, A. V. N. no se examina.

Cuello: Aparente y clínicamente sano.

Tórax: Conformación normal.

Aparato circulatorio: Punta en el 6° espacio intercostal. Ruidos de timbre, tono e intensidad normales. T. A. Mx. 126 Mn. 80. Pulso lleno, regular, frecuencia de 78 al minuto.



Esquema que muestra la trompa distendida por la gestación ectópica y el ovario del mismo lado aumentado de volumen, estallado a nivel del cuerpo lúteo.

Aparato respiratorio: 18 respiraciones al minuto. Sonoridad y murmullo vesicular normales.

Aparato digestivo: Boca: Prótesis superior; lengua saburral, amígdalas normales.

Anorexia, llenura post prandial, episodios diarreicos.

Abdomen: blando, depresible varcos. La palpación despierta agudo dolor en la fosa iliaca derecha. No hay masas tumorales.

Aparato génito urinario. Puntos renales y pieloureterales normales. Micciones normales.

Genitales externos, normales, vulva bañada en sangre. Periné continente, vagina normal.

Al espéculo flujo sanguinolento achocolatado, abundante, cuello erosionado en su labio anterior. Al tacto, cuello de consistencia normal, doloroso al movilizarlo, matriz de forma, tamaño, superficies normales, consistencia normal, desplazamientos dolorosos, sobre todo los movimientos de lateralidad, situada en retroflexión de tercer grado.

En el fondo de saco lateral derecho, se nota la presencia de una masa de consistencia semiblanda de unos 6 a 7 centímetros de diámetro longitudinal por 3 de anchura, que parece corresponder a una trompa aumentada de tamaño. El dolor es exquisito al tocar la masa descrita. El fondo de sa-

co lateral izquierdo está libre. El Douglas ocupado por la matriz.

La descripción de los demás aparatos no es de importancia estando ellos dentro de lo normal.

**Diagnóstico**—Embarazo ectópico derecho? Retroversoflexión de tercer grado.

**Evolución**—El 3 de octubre de 1951, ingresa al Hospital de La Samaritana. Se le ordenan los siguientes exámenes de Laboratorio: Cuadro hemático, velocidad de sedimentación, examen parcial de orina.

Los resultados son los siguientes: El cuadro hemático da una ligera anemia, hipocrómica, microcítica, hipocitémica, numeración de 3.830.000, leucocitosis de 10.000. Hemograma de Schilling, dentro de lo normal. Velocidad de sedimentación de 27 mm. en la hora.

La sintomatología de la enferma continúa, poco más o menos igual, al primer día de su consulta, pero con los datos que nos suministra el Laboratorio la sospecha de embarazo extrauterino derecho, es más evidente. Con diagnóstico de embarazo extrauterino derecho y retroversión de tercer grado, llega a la sala de cirugía. La operamos el 4 de octubre de 1951.

A la laparatomía encontramos, la rara concomitancia ginecológica que ha sido objeto del presente trabajo. Anestesia raquídea con metycaína, incisión, mediana infraumbilical.

Lo primero que nos llama la atención, es el color del peritoneo, de todo hemoperitoneo, coloración violácea azulosa. Dentro de la cavidad peritoneal encontramos sangre líquida abundante, unos 250 a 300 c. c. cantidad que fue aproximadamente controlada en el depósito del aspirador. La

trompa derecha estaba distendida, globulosa, congestionada, intacta, es decir, no rota, de longitud 6 a 7 centímetros, anchura de 3 centímetros aproximadamente. Inspeccionada con suma atención, vemos que de su pabellón no sale la más mínima hemorragia. Y lo que es más, a pesar del hematocelelo había en ella, en su pabellón, ni un sólo hilillo de fibrina. El ovario derecho estaba aumentado de tamaño, diámetro como de unos 3-4 centímetros y en el cuerpo lúteo había una brecha de 1½ a 2 centímetros, por donde salía considerable hemorragia. El ovario izquierdo no se encontraba en su sitio anatómico habitual. Hasta donde nos es permitido explorar en una laparatomía mediana infraumbilical, podemos asegurar que estábamos delante de un típico caso de **Agnesia del Ovario Izquierdo**. La trompa izquierda estaba enrollada sobre sí misma, con bridas adherenciales, aglutinación de su pabellón, edema y congestión de su serosa. La matriz se encontró en retroversoflexión de tercer grado, perfectamente caída sobre el Douglas, en donde hallamos gran cantidad de coágulos que se extrajeron.

El procedimiento quirúrgico fue el que a continuación describimos: Salpingectomía derecha, a nivel del istmo salpingiano, dejando la mayor cantidad posible de mesosalpinx.

**Cistectomía ovárica derecha**, extrayendo completamente el cuerpo lúteo hemorrágico, haciendo luego una sutura hemostática muy satisfactoria. **Conservamos** pues, el ovario derecho. La primera razón fundamental, porque siempre hay que hacer lo posible por no cercenar tan vital órgano en la vida femenina. Lo hicimos así empero,

haber oído, de nuestro maestro el doctor Correa, que nos enseñó lo que dice Borrás. «No hay que ser conservador con el ovario derecho que tiene una irrigación, por parte de la anastomosis de la útero ovárica en la uterina, más pobre, que la que le proporciona al ovario izquierdo». La segunda razón, muy importante por cierto, no había ovario izquierdo.

**Salpingectomía izquierda. Ligamentopexia**, utilizando la técnica de Webster-Baldy y apendicectomía profiláctica. Reconstruimos la pared por planos en la forma acostumbrada con puntos separados en X, C. Cr. N° 1. No se dejó drenaje. El post-operatorio de la enferma se realizó de manera normal. Salió del Hospital a los 7 días de operada en buenas condiciones.

Hasta aquí la descripción de nuestros hallazgos y de nuestra técnica operatoria. Estudiemos, seguidamente en forma ordenada, los distintos aspectos de este caso clínico-quirúrgico que someto a la sabia aprobación y consideración de los honorables miembros de esta sociedad de Ginecología y Obstetricia de Colombia.

1. Los hematoceles pelvianos provenientes del ovario.
2. Embarazo extrauterino. Etiopatogenia. Cuadro clínico.
3. Agenesia de ovario. Embriología.

### **Hematocele pelviano.**

Por definición entendemos por tal, la sangre coleccionada en la cavidad pelviana. Pueden ser de reciente formación, en cuyo caso la mayor parte de la sangre es líquida, o de vieja data, caso en el cual posee las más proteiformes características, cuyo estudio no nos compete.

Por nuestra experiencia personal, creemos que en todos los centros quirúrgicos del país y fuera de él, frente a un abdomen agudo, en una mujer en pleno goce de sus facultades procreadoras, se piensa para el diagnóstico, en la posibilidad de un embarazo ectópico, en cualquiera de sus modalidades, y es más evidente esa posibilidad, cuando los datos que nos suministran la clínica y el Laboratorio, nos confirman que estamos en presencia de una hemorragia interna. En nuestro caso hubiera sido de valor la punción del Douglas, pero es método al cual no somos adictos los de nuestro medio quirúrgico, por múltiples razones. Como en la etiopatogenia del hemoperitoneo, el embarazo extrauterino, comanda el pelotón de entidades que puedan producirlo, he creído prudente recordar, que el ovario juega un papel importante en ellos y casi nunca o mejor, muy rara vez se piensa en él como causa del hematocele.

Enumeremos las principales:

1. Por apertura hemorrágica del foliculo.
2. Ruptura del cuerpo amarillo.
3. Ruptura de un quiste hemorrágico folicular.
4. Ruptura del cuerpo lúteo hemorrágico.
5. Ruptura de otros quistes hemorrágicos del ovario.
6. Por endometriosis quística hemorrágica del ovario.
7. Por ruptura de varicosidades del ovario.
8. Por ruptura vascular en neoplasia ovárica sólida.
9. Ruptura de embarazo ectópico ovárico.

10. Por torsión ovárica, con o sin tumor o quiste.

Después de enumerar las principales causas de hemoperitoneo de origen ovárico, en las **rupturas del cuerpo lúteo**, es importante anotar, la **existencia o no de embarazo**, pues en orden de frecuencia son la **ruptura folicular** y la del **cuerpo lúteo en ausencia de embarazo**, las que mayor número de hemorragias pelvianas ocasionan. Fuera de ellas, la hemorragia se constituye por estallido de un **quiste folicular o luteínico**, por apertura de un quiste hemorrágico endometrial, por **cáncer del ovario**, y muy raramente por embarazo ectópico ovárico, ya que en la literatura médica sólo se han descrito muy pocos casos.

Llama la atención dentro de la entidad genérica, de **rupturas ováricas**, el **ERROR del diagnóstico**, no sólo por la dificultad que intrínsecamente llevan consigo, y que también porque nunca se piensa en ello en la generalidad de las veces. En todos los casos citados en la literatura mundial, nunca se hizo el diagnóstico preoperatorio preciso; habiendo sido ellos, operados con otro diagnóstico, siendo los más frecuentes, la apendicitis aguda o embarazos extrauterinos rotos.

Nosotros no hemos oído hablar, ni leído en la literatura nacional, de una asociación de ésta índole en nuestro país, por lo cual creímos de utilidad escribir la actual historia clínica que nos ocupa.

En la revista del «Hospital Universitario doctor José Eleuterio González», de Monterrey, México, publica el doctor Martínez Cárdenas, un artículo —«Rara Asociación Ginecológica»— **cáncer del cervix, embarazo ectópico**

**no roto y hemoperitoneo por ruptura del cuerpo lúteo**. Artículo muy bien documentado, con una historia clínica completa y detallada que nos movió a hacer conocer ésta también, rara concomitancia ginecológica. El doctor Martínez Cárdenas interrogó al Departamento Bibliográfico de la American Medical Association, quienes contestaron «desafortunadamente nosotros no hemos encontrado algún caso en el cual las dos combinaciones mencionadas (embarazo extrauterino intacto, y hematocele por cuerpo lúteo hemorrágico), estuvieran combinadas como una hemorragia del cuerpo lúteo. Esto, sin embargo, no significa que tal caso no haya sido reportado».

### **Etiopatogenia**

Para que la ruptura del cuerpo lúteo se presente, se dice que un traumatismo puede, en ciertos casos, ser el culpable; así como un tacto vaginal brusco o un **esfuerzo en coito violento**. Se ha dicho que las **discracias sanguíneas**, en particular las leucemias y la hemofilia pueden considerarse como causa, también de la ruptura del cuerpo lúteo. La hiperemia, la vaso dilatación, la neo formación capilar que señalan los estudios histopatológicos, pueden tener un origen infeccioso como sucede en las inflamaciones del apéndice vermiforme. Algunos tratadistas sostienen el origen tóxico de estas hiperemias, como en las intoxicaciones gravídicas o en la absorción de productos tóxicos, abortivos.

Bauman expone el papel posible de la hipótesis: la aparición de hemorragias después del coito podrían explicarse por la estimulación anterohipofí-

## Embarazo ectópico

signa que él provoca. Moricard y Palmer reportan el caso de una mujer que había tenido numerosas crisis intermenstruales, quien presentó una hemorragia intraperitoneal aguda originada en un cuerpo lúteo reciente, del ovario izquierdo. Le practicaron ooforectomía bilateral y se insertó el ovario derecho en la vulva de la misma enferma. Poco después, la paciente presenta una hemorragia del labio mayor con motivo de la luteinización de un folículo desarrollado en el ovario insertado. Estos autores concluyen en una luteinización hemorrágica por probable aumento de la gonadotropina del lóbulo anterior de la hipófisis. Otros sostienen que el accidente es debido a una descarga brusca de prolanes y no de una acción sostenida de ellos.

La teoría es de tomarla en cuenta más que todo ahora que sabemos que la testosterona ejerce una acción frenadora sobre el «cerebro endocrino».

Nuestra enferma no tuvo el factor traumatismo y en este caso, es mejor considerar el hecho de la evolución del embarazo ectópico anidado en la trompa derecha, siendo el ovario de este lado el responsable del hemo-peritoneo, dado que nuestra paciente padecía de una genesis del ovario izquierdo. Creemos firmemente que los fenómenos de congestión y vascularización del cuerpo lúteo tuvieron origen en la implantación defectuosa del huevo, pues esta patológica condición, hubo de extenderse lógicamente, al ovario correspondiente.

La primera descripción clara del síndrome del embarazo ectópico, la hizo Riolán, en 1604. Mauriceau, describe otro caso en 1669.

Pierre Donis, en 1718, dice que la principal circunstancia para que se produzca un ectópico, es la obstrucción de la trompa, ya sea por la dimensión exagerada del óvulo o por la disminución de la luz, del conducto. Parry publica en 1876, un tratado extenso sobre la gestación extrauterina.

Lawson Tait en 1883, después de haberse negado a atender un cuadro agudo por embarazo extrauterino, opera el primero. La enferma muere. Prosigue en su empeño y enseña a esa timorata generación de médicos el tratamiento quirúrgico de la afección. De 40 enfermas operadas, sólo muere una, la primera. Si pensamos que en ésta época no existían los adelantos actuales no nos queda más que admirar al precursor del verdadero tratamiento del embarazo extrauterino.

No estará de más insistir en que el embarazo extrauterino es de las entidades más polifacéticas que tiene la patología femenina. Cuando el embarazo ectópico no se complica, sigue evolucionando en silencio y no hay signo alarmante que lo haga sospechar. En otras ocasiones puede estar roto, su más temible complicación, la vida de la enferma en peligro, presentándose un cuadro que no corresponde a la gravedad del momento. Lo escrito anteriormente ha sido comprobado en nuestra práctica hospitalaria. Pero a pesar de las consideraciones expresadas, hay una sintomatología

tan precisa en el embarazo extrauterino roto, que si el cuadro clásico está presente, puede ser diagnosticado por teléfono, como dice Wharton.

En el ectópico intacto, las condiciones son verdaderamente diferentes, presentándose su diagnóstico, a las más variadas confusiones. Sin embargo, hay una triada sintomática que nos orienta: **retardos en la regla, dolor y metrorragia**. El dolor siendo el signo más constante, puede variar en intensidad, ritmo, duración, localización y sus irradiaciones. Nuestra enferma no tuvo verdadera amenorrea, sólo un retardo menstrual de unos 10 días, poco significativo por las marcadas irregularidades de su ciclo menstrual. Tuvo la **metrorragia** que se presenta en todos los ectópicos cuando el **trofoblasto** muere y se desprende la **falsa decidua uterina**. Este es un dato preciso que si fuera dable investigarlo siempre nos proporcionaría más precisión diagnóstica. La falsa caduca del extrauterino, al examen anatómopatológico, **no contiene vellosidades coriales ni restos embrionarios**. La hemorragia es escasa, de un color rojo negruzco, a veces y lo más típico, es el flujo sanguinolento de color chocolate que nos da tantas luces en el diagnóstico diferencial.

El dolor, en nuestra enferma fue agudo, pero no como el que se presenta en el ectópico roto, dolor de puñalada, de intensidad elevadísima, en la proyección abdominal y en el sitio de la gestación aberrante. El dolor de la paciente se presenta en forma intermitente, cíclico, que corresponde a lo que se ha llamado «Cólico Salpingiano», que en ocasiones tiene carácter paroxístico, pues traduce la disten-

ción tubárica. Nosotros hemos podido comprobar que el dolor es siempre anterior a la metrorragia. Horas o días después del dolor, que tiene como ya se dijo, según el cuadro que domine, intensidades variables, se presenta la metrorragia que en general posee las características clínicas anotadas. Cuando no hay flujo sanguinolento, la posibilidad de acertar en el diagnóstico, es aún más lejana, lo cual no quiere decir, que habiendo un embarazo extrauterino, tenga que haber, como regla precisa una metrorragia.

Los datos de la exploración clínica son en ocasiones negativos. Lo ideal sería encontrar siempre una tumoración parauterina, como en el presente caso, con su forma de salchicha, su movilidad limitada o amplia, dolor agudo al desplazamiento del útero por los dedos vaginales, que imprimen movimientos, en distintas direcciones en el cuello; y si es posible apreciar el ovario, aisladamente de la trompa, el diagnóstico, con los anteriores conmemorativos, se impone. El útero debe estar aumentado de tamaño y blando cuando el embrión está vivo, pero cuando éste muere, vuelve a tomar consistencia y el tamaño es normal. El cuello generalmente se aprecia, como lo encontramos en el estado normal, es decir, sin gestación.

Ya que nosotros encontramos un embarazo extrauterino intacto, creo prudente extenderme un poco en esta variedad, ampular del ectópico, haciendo las consideraciones siguientes: La enferma sangró porque ya había muerto el embrión, es decir, la falsa decidua uterina se desprendió. El dolor fue debido a la ruptura del cuerpo lúteo, ruptura que probablemente se

produjo por los cambios originados en el ovario, por la presencia de un embarazo en la trompa contigua. El dolor no fue de una intensidad que imposibilitara la locomoción ni produjese contractura especial de la pared o tan siquiera un esbozo de un abdomen agudo, pero siempre fue dolor de alguna intensidad. No hubo «shock», porque la hemorragia no fue lo suficientemente grave para que presentara las características clínicas de la hemorragia interna, pero sí de apreciable cantidad, no explicándonos por qué no presentó dolor en el hombro derecho o espaldas, siendo así que su cantidad era tal que ya podía presionar sobre el diafragma y esto es un hecho pues, su numeración roja se bajó casi a los 3.500.000 c. c. y pudimos comprobar en el depósito del aspirador unos 200 a 300 c. c. de sangre. Como el cuerpo lúteo estaba roto, había hemorragia continua, por lo cual la enferma ha debido presentar una verdadera leucocitosis, más no fue así, pues, la numeración blanca escasamente pasó de los 10.000. Los americanos sostienen que por una leucocitosis increcendo se sabe que la hemorragia prosigue. Que cuando la hemorragia cesa, por cualquier motivo, la leucocitosis disminuye, a su turno. Nos faltó hacer un nuevo cuadro hemático, o mejor varios, para poder comprobar o infirmar lo anteriormente dicho. También debimos hacer un Galli-Mainini o Friedman, para estar más seguros de nuestro diagnóstico con las pruebas biológicas del embarazo. Tal vez, en nuestra enferma hubieran sido negativos, pues ya el trofoblasto había muerto. Para terminar lo que dice relación con el ectópico, creo

prudente recordar aunque sea en forma somera, la etiopatogenia y los antecedentes más importantes de esta entidad.

La frecuencia es, según unos, de 1,3% y otros dicen que de 1 a 300, lo que quiere decir, que por cada extrauterino hay 300 embarazos normales. La edad es la de la gestación; se presenta por igual en todas las razas.

Según Wynne en el 17,5% encuentra como antecedente de importancia, infección puerperal que explica satisfactoriamente la obstrucción tubárica. Por eso siempre hay un largo período de esterilidad. Nosotros hemos podido observar varios casos tratados por esterilidad, por otros médicos y en el Hospital de «La Samaritana», que después de varias insuflaciones han hecho de nuestras aspiraciones o de las de ellos, una macabra y peligrosa caricatura.

Mall, dice que el 21% se presenta en la primera gestación, en el 24%, sólo había un embarazo normal anteriormente.

La repetición del embarazo extrauterino, es poco frecuente, pero se presenta, lo cual indica que las condiciones patológicas de ubicación existen en ambas trompas. Esto ha podido ser comprobado por nosotros en dos casos en los cuales poco más o menos al año, se repitió un cuadro idéntico tan parecido al anterior, que las mismas desgraciadas enfermas se hicieron previamente el diagnóstico de embarazo ectópico.

Según las estadísticas americanas, la repetición es de un 6%. Como en el 38% de las mujeres que no han sido esterilizadas se presentan nuevos

embarazos normales, **la conducta quirúrgica indicada** es la de respetar la otra trompa, siempre y cuando que macroscópicamente no notemos, fuera de un estado inflamatorio, nada verdaderamente patológico. La medida conservadora deja al azar de la suerte la posibilidad de otro funesto embarazo ectópico, por el alto porcentaje de gestaciones normales y los **principios de alta moralidad así lo exigen.**

Las localizaciones frecuentes del tubárico son: **paellón, ítimo e intersticial.** No siempre es posible diagnosticar el sitio de la primitiva anidación del huevo, pues uno ampular puede hacerse abdominal o producirse el aborto tubárico más frecuentemente; uno ítmico, intraligamentario y uno intersticial, uterino, en el más afortunado de los casos. El intersticial, es tan raro como el ovárico. El abdominal sólo tiene un interés histórico. Los gemelares, intrauterino y extrauterino, son poco frecuentes. Novack, publicó en 1926, 276 casos con perfecta comprobación. En la literatura universal, hay publicados 9 casos en que ambas gestaciones, la intra y la extrauterina, llegaron a buen término. El embarazo extrauterino bilateral es tan raro que sólo puede ser diagnosticado en el quirófano. Steeler publica un raro caso de gestación en la pared abdominal, después de una ligamentopexia del tipo Dolleris-Caballero.

### **Etiopatología**

Pierre Donis, en 1718, fue el primero en establecer la verdadera causa del embarazo extrauterino. Es algún proceso que impida el normal tránsito del óvulo fertilizado a través de la

trompa. Los factores que ésto hagan son múltiples, siendo tubáricos, peritubáricos e intrínsecos al óvulo mismo. Las entidades más frecuentes que afectan a la trompa son: **salpingitis, divertículos tubáricos, adherencias peritubáricas, malformaciones congénitas, operaciones plásticas por esterilidad o para evitar la concepción, insuflaciones tubáricas, abortos repetidos.**

De todas, la causa rectora es la salpingitis y la perisalpingitis, en segundo término. La salpingitis **follicular**, es el tipo habitual asociado al ectópico en la otra trompa. Nuestra enferma presentaba en la **trompa izquierda** una clásica **salpingitis crónica** por lo cual hicimos salpingectomía. En la salpingitis, la luz de la trompa se transforma en un laberinto de criptas y conductos cerrados con numerosas adherencias, pudiendo muy fácilmente quedar el óvulo retenido en una de estas criptas o en uno de esos espacios.

Las adherencias peritubáricas e intratubáricas de origen T. B. C., raras veces son causa de embarazos extrauterinos. La diverticulosis tubárica, puede ocasionar un ectópico, siendo por lo demás la trompa normal. En las adherencias peritubáricas vemos el paellón permeable; las trompas no especialmente nodulosas o engrosadas, pero fijas por estas bridas de la periferia de la serosa, producidas generalmente por peritonitis puerperal o apendicular.

Son también causas de la entidad que nos viene ocupando, los tumores de la pelvis: quistes y tumores ováricos que estrechan la luz de la trompa.

La endometriosis de la trompa, entidad tan frecuente y de tan difícil diagnóstico clínico, hace que en el si-

to en donde se implante el endometrio ectópico se detenga el óvulo fecundado.

Otra causa, ocasional por cierto, puede ser el antiperistaltismo en la trompa, originándose los movimientos en sentido externo o interno, lo cual detiene la marcha del huevo en su migración hacia el útero.

Los antibióticos modernos son en la actualidad la causa de muchos embarazos extrauterinos, debido a que las infecciones de la trompa, que han podido ser graves, se convierten en procesos leves por la eficacia de la terapéutica. La trompa que ha sufrido un proceso agudo, grave, se ocluye totalmente formando un piosalpinx impermeable a la gestación. En cambio las salpingitis moderadas producen simples adherencias de algunos de los pliegues de la mucosa, lo que deja un trompa permeable, pero con innumerables cavidades en las que fácilmente puede quedar el producto de la concepción, retenido.

Las operaciones plásticas para evitar la esterilidad: **salpingostomías o salpingolisis, anastomosis tubáricas, reconstrucción del pabellón o neoimplantación de la trompa**, y las contrarias, **anti-concepcionales**, son causa a su turno, de embarazos extrauterinos.

Los abortos provocados y los espontáneos que dejan como secuela una inflamación tubárica son también factores etiológicos dignos de mención. Los que dependen del óvulo en sí, no están muy claros. El óvulo que se implanta en una trompa, se desarrolla en condiciones desventajosas, teniendo un pobre alojamiento. Puede que sea debido a escaso suministro nutri-

tivo, o al mayor tamaño del huevo, como sucede en la transmigración o a defectos monstruosos del huevo.

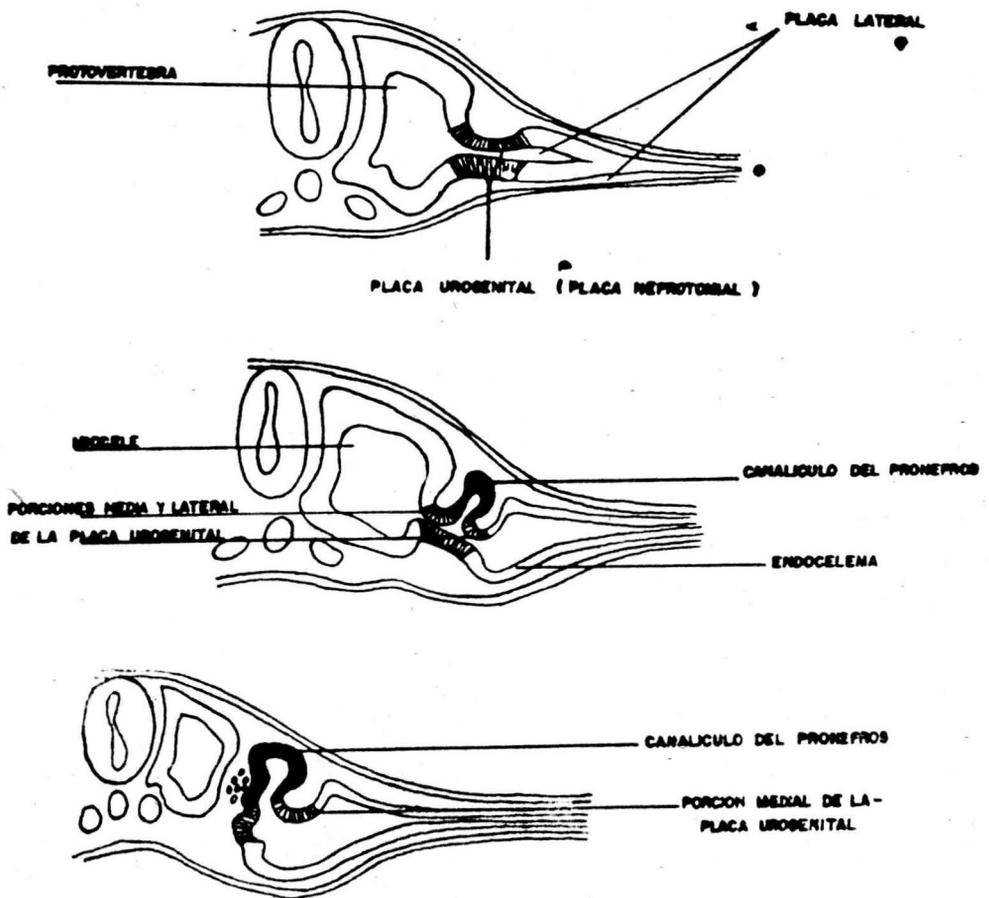
En unos casos, la causa etiológica no es demostrable, en otros es evidente. El hecho de que el embarazo tienda a repetirse en la trompa del lado opuesto, indica que muy probablemente es debido a algún factor de orden anatomopatológico, presente en ambas trompas, cualquiera que él sea.

Para terminar todo lo relacionado con la etiopatogenia del embarazo extrauterino, traigamos la famosa anécdota de un conocido profesor americano, leída en Wharton, que aseveraba que, era dogmático al afirmar, que todo embarazo extrauterino era siempre debido a una salpingitis gonorréica. Adquirió una visión más amplia del problema, cuando su propia esposa fue víctima de esta enfermedad.

### **Embriología del ovario - Agenesia del ovario**

Wharton, en la iniciación de su capítulo sobre embriología, deformidades congénitas, página 34, dice textualmente: Por fortuna no es necesario poseer grandes conocimientos de embriología para comprender la lógica de la mayor parte de las deformidades ginecológicas. Por lo general, basta un esquema claro y fácil de recordar de la historia de la vida de estos órganos. Sin embargo, para el que no posee conocimientos de tal plan de desarrollo, los defectos y deformidades no parecen ser más que un conjunto confuso de anormalidades. Justo es reconocer, que nosotros debemos pertenecer al segundo grupo, pues es ésta la parte del presente trabajo,

# REPRESENTACION ESQUEMATICA DE LA FORMACION DEL PRONEFROS



que más dificultades nos ha proporcionado. Tal vez por negligencia personal o por culpa de nuestras facultades que no recalcan lo suficiente, en cuestión científica tan importante.

Las causas de los trastornos del desarrollo, nunca se han podido poner completamente en claro. En la actualidad, los embriólogos tienen la idea de que los dos factores más importantes en la producción de malformaciones son las deficiencias del plas-

ma germinal y la existencia de un medio desfavorable en la vida embrionaria.

Las deficiencias locales del huevo, constituyen un concepto fundamental en el estudio de las malformaciones y experimentalmente, se ha visto, que la destrucción artificial de plasma germinativo, en las etapas primeras de la vida embrionaria, ha producido muchas de las anomalías que se desarrollan espontáneamente. Es probable

que muchas de ellas en el embrión humano puedan atribuirse a trastornos nutricionales debidos a una implantación defectuosa. Parece ser más cierta, sin embargo, el aborto y la muerte del huevo, que las malformaciones de localización, en la generalidad de las veces.

Según la experiencia de Curtis, cuando existen anomalías congénitas externas, se encuentran también desviaciones de la normalidad dentro de la cavidad peritoneal. Como nos parece un dato de mucho interés, es bueno consignar las siguientes **anormalidades externas**, como guía hacia la búsqueda de las internas: **pesones supernumerarios, tejido mamario axilar, mayor longitud en la distancia del ombligo a la sínfisis pubiana. Anomalías de la distancia entre el ano y la vagina. Desviaciones congénitas en la conformación del periné. Desviaciones y malformaciones de los genitales externos. Anomalías del meato urinario**, incluyendo un aumento entre la distancia de estos órganos. Ninguna de estas anomalías externas estaba presente en nuestro caso.

La ausencia de un ovario se ha encontrado en muy raras ocasiones, especialmente acompañado de un cuerno rudimentario del útero. Infrecuentemente se ha comprobado la existencia de un tercer ovario. El tejido ovárico accesorio es considerado como hallazgo frecuente por todos los que se han dedicado a practicar cuidadosas investigaciones en las autopsias. Leitz, ha reunido ocho tumores cuyo origen era el tejido ovárico retroperitoneal. Nuestra paciente presentaba una trompa con salpingitis crónica y a pesar de ello, podemos afirmar que antes

de esta enfermedad adquirida, la trompa era normal desde el punto de vista embriológico.

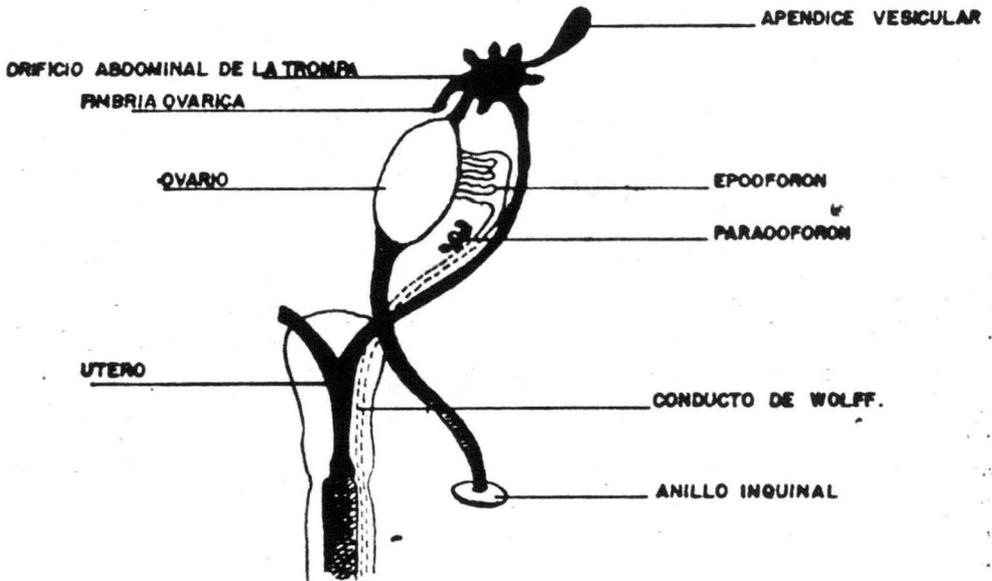
Es casi axiomático que la ausencia de un **ovario** va acompañada de agenesia del riñón correspondiente. Desgraciadamente nosotros no podemos afirmar que nuestra enferma poseía o no, su riñón izquierdo, porque no fue sometida al estudio urológico correspondiente.

La ausencia de un ovario es fenómeno sumamente raro. En **20.000 autopsias practicadas** en el Hospital de Johns Hopkins no ha habido un sólo caso de ausencia congénita de un sólo ovario o de ambos. Es este concepto, el resorte principal que nos movió a escribir el presente trabajo. En la literatura médica, se citan varios casos en que el cirujano no pudo encontrar un ovario, sin embargo, en la cuidadosa exploración laparotómica que hicimos, no lo encontramos en su sitio anatómico habitual. Tampoco nos cerramos a creer que no estuviera en las regiones donde es común su desplazamiento patológico, en la cavidad pelviana, en la ingle, o en las zonas lumbares retroperitoneales, o en otros lugares inaccesibles a una exploración de orden quirúrgico. Sólo consignamos el hecho. De la ausencia congénita de ambos ovarios, dice Nagel, que sólo se ha encontrado en monstruos no viables.

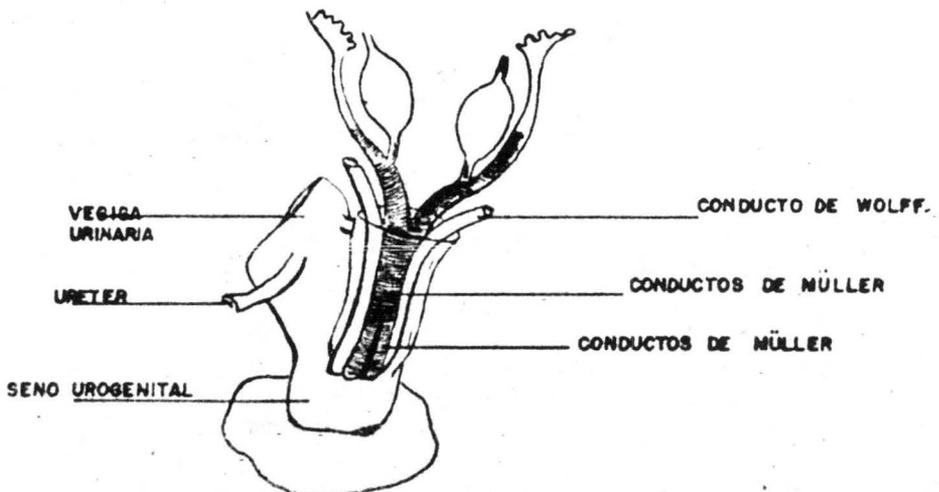
### Embriología del ovario

Los órganos reproductores y excretores, tienen en su mayor parte, un origen mesodérmico, excepto la porción inferior de la vagina, que procede del endodermo.

## ESQUEMA DEL DESARROLLO DE LOS ORGANOS GENITALES INTERNOS FEMENINOS



## CORDON GENITAL CONSTITUIDO POR LOS CONDUCTOS DE MULLER Y WOLFF.



Al principio, todas las células del ovario son iguales, se dice que son multipotentes, porque cualquier grupo de células puede convertirse en cualquier grupo de órganos. Posteriormente, las células empiezan diferenciándose unas de otras, y adquieren características distintivas. Esta especialización es ordenada. Es el comienzo de la formación de los órganos. Así se constituyen los órganos genito-urinario internos, salvo la vejiga, en el pliegue urogenital; los genitales externos se desarrollan en el tubérculo genital. En el hombre el canal excretor es común para ambos sistemas, mientras que en la mujer perfectamente desarrollada, están completamente separados.

El ovario toma nacimiento sobre la **cara interna del mesonefros o cuerpo de Wolff**, por fuera de la raíz del mesenterio, en forma de una cresta longitudinal; es la cresta genital, constituida por epitelio celómico, diferenciado en epitelio germinativo, y en estado de activa proliferación. Este epitelio descansa sobre una capa de mesenquima, origen del futuro estroma del órgano. Debido al estado de activa proliferación de sus células, el epitelio aumenta en espesor y más tarde, emite en la profundidad gruesos cordones celulares que invadiendo el mesénquima subyacente dan mayor cuerpo a la glándula, la cual termina por destacarse claramente sobre la superficie del cuerpo de Wolff y por pediculares. (Formación del meso-ovario).

Hasta este momento la glándula genital es sexualmente indiferente, observándose los primeros signos de diferenciación sexual recién en embriones de 18 a 20 mm.; desde ese momen-

to se puede distinguir en la embriogénesis del órgano las tres etapas siguientes:

1) La formación del núcleo epitelial primitivo con diferenciación en corteza y médula y formación de la red ovárica.

(Final del segundo mes).

2) La formación del núcleo epitelial secundario con la consiguiente segmentación de los cordones epiteliales en **estérulas**, debida a la proliferación del tejido conjuntivo y el desarrollo de la **albuginia**. (Quinto mes de la vida intrauterina).

3) La formación del aparato folicular.

Durante este largo y complejo proceso, el epitelio germinativo emite en profundidad dos generaciones de brotes epiteliales que invaden al núcleo mesenquimatoso subyacente. El primer brote da nacimiento a los llamados cordones medulares, ricamente anastomosados entre sí y que, luego de un período de intensa proliferación degenera de la profundidad hacia la superficie para desaparecer luego por completo.

El segundo brote que es definitivo y que constituye el núcleo epitelial secundario, da nacimiento a los cordones de Pfluger, que arrastran en su espesor a la totalidad de los gonocitos existentes en el epitelio germinativo. Más tarde los cordones de Pfluger son segmentados por el tejido conjuntivo ambiente en una serie de campos epiteliales o **estérulas de Waldeyer**, que constituyen los futuros folículos primordiales. De lo antes dicho, se deduce que todas las formaciones epiteliales existentes en el ovario (óvulos, granulosa y red ovárica), derivan del

epitelio germinativo. El origen de la teca interna de los folículos no está debidamente establecido (Roberto Meyer), aunque la mayoría de los autores admiten su naturaleza conjuntiva. Después del nacimiento, el epitelio germinativo entra en reposo y transforma en epitelio superficial del ovario.

En la época indiferente de la glándula sexual, primitivamente, ésta es igual tanto para los varones como para las hembras. Después, bajo la influencia «de agentes determinantes», cuya naturaleza ignoramos, el sexo del embrión empieza a afirmarse. La gonada se convierte en un testículo o en un ovario y los órganos accesorios del sexo real continúan creciendo, mientras que los del sexo opuesto permanecen estacionarios o se atrofian.

En el adulto, estos órganos del sexo contrario se encuentran a menudo en forma de vestigios embriológicos. Así en la mujer normal, se hallan estructuras tubulares a las que se dan los nombres de: Epooóforos y Paraoóforos, vestigios del cuerpo de Wolff, situados en el mesosalpinx y en el ligamento ancho entre el ovario y la trompa de Falopio, corresponden a los conductos deferentes, paradidimo y epididimo. En la parte inferior del ligamento ancho y en la pared vaginal, se encuentra a veces el conducto de Gartner que deriva de la parte inferior del conducto de Wolff, correspondiendo a la vesícula seminal en el varón. La Hidatide de Morgagni, es también un resto del conducto de Wolff. Es una pequeña vesícula, con contenido de un líquido aparentemente seroso, situado en el pabellón de la trompa y que muchos cirujanos con-

funden con un diminuto quiste, sin saber de qué se trata. Hago mención de estos restos embriológicos, porque ellos son asiento de diferentes entidades patológicas como quistes y tumores.

## SUMARIO

1. Informe de Anatomía Patológica: Embarazo tubárico. Cuerpo lúteo quístico. Salpingitis crónica. Apéndice normal. A. Méndez Lemaitre.
2. Se reporta un caso de ginecología, en donde se asocian, el embarazo ectópico intacto. Hemoperitoneo por ruptura del cuerpo lúteo y agenesia del ovario izquierdo.
3. Se hace hincapié en la necesidad de tomar en cuenta la posible ruptura del cuerpo lúteo en los cuadros abdominales de origen ginecológico.
4. Se reporta la agenesia de un ovario, como caso excepcionalmente raro.
5. Exponemos las anomalías congénitas externas como guía hacia la búsqueda de las internas.
6. Se hace un estudio somero de la embriología del ovario.
7. Se aconseja la cirugía conservadora de ovario como generalmente posible.
8. Se insiste en respetar la trompa contraria en los embarazos ectópicos, porque el 38% de las que no han sido esterilizadas han vuelto a presentar embarazos con partos normales.
9. Entre las causas etiológicas del extrauterino exponemos el peligro de los antibióticos modernos.

## BIBLIOGRAFIA

1. **Ahumada J. C.**—«Tratado elemental de Ginecología». Tomo I. Seg. Edic. Aniceto López. Buenos Aires. 1939. Págs. 198, 199.
2. **Brauman. J.**—(Sit. por Moricard y Palmer).
3. **Curtis. A. H.**—«Ginecología». Seg. Edic. Salvat. Madrid. Buenos Aires. 1947. Págs. 489, 698.
4. **Martínez-Cárdenas S.**—«Rara Asociación Ginecológica; Cáncer del Cervix. Embarazo Ectópico no roto y Hemoperitoneo por ruptura del Cuerpo Lúteo». Revist. del Hosp. Univers. «Doctor José Eleuterio González». Monterrey, México. Vol. I. N° 3. Págs. 108, 109, 114, 115, 116, 117.
5. **Moricard y Palmer R.**—«Hemorragias Intraperitoneals d'origine genital». Enciclopedia Médico-Chirurgical. Ginecología. Tomos I-II. Págs. 719, 724. 3, 2ª Ed., A. Lafont y F. Durieux París. 1943. (Citado por Martínez-Cárdenas S.).
6. **Stoeckel W.**—«Tratado de Ginecología». Edic. 4ª. Edit. Nacional. México, 1949. Pág. 36 y esquemas.
7. **Vergara-Támara, Roberto**—«La Hemorragia Uterina». Tesis de Grado. Bogotá. 1951. Págs. 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 173, 174, 184.
8. **Warton. L. R.**—«Ginecología y Urología Femenina». Seg. Edic. Edit. Interamericana. México. 1950. Págs. 34, 37, 56, 57, 691.

## COMUNICACIONES RECIBIDAS

Santiago, marzo de 1953

Señor Presidente  
Sociedad Colombiana de  
Obstetricia y Ginecología.  
Bogotá.

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de informar a usted y a la Institución de su digna Presidencia, que la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología, en Asamblea General del 16 de diciembre recién pasado, eligió el siguiente Directorio para 1953:

Presidente, doctor Eduardo Bunster M.  
Vicepresidente, doctor Carlos Ramírez B.

Secretario General, doctor Fernando Rodríguez S.  
Secretarios anuales, doctor Fernando Figueroa E., doctor Carlos Thonet I.  
Tesorero: doctor Daniel Carril S.  
Vocales: doctor Guillermo Galán N., doctor Aníbal Rodríguez V., doctor Orlando Trivelli R.

Este Directorio reitera el tradicional propósito de la Sociedad de mantener con vuestra Institución los mismos lazos de amistad y el espíritu de colaboración de siempre.

Lo saluda atentamente,

**Dr. Fernando Rodríguez S.**  
Secretario General.