

# NOVENTA Y CINCO CASOS DE EMBARAZO ECTOPICO

Por el DOCTOR J. A. GÓMEZ-PALACINO (\*)

1954

Esta es una síntesis de los casos de embarazo ectópico que se presentaron en el Instituto de Protección Materna e Infantil de Bogotá desde el año de 1949 hasta el 31 de diciembre de 1953.

Nos abstendremos, porque ello le quitaría tal carácter de resumen, de hacer recapitulación de etiopatogenia, modalidades, variedades, etc. del embarazo ectópico; además, no haríamos otra cosa que repetir las descripciones de los textos y el hecho de presentar este trabajo ante una Sociedad de especialistas en Obstetricia y Ginecología, nos exime lógicamente de ello.

En los últimos cinco años han ingresado al Instituto 40.533 pacientes, habiéndose comprobado quirúrgicamente 95 casos de embarazo ectópico en evolución o complicados.

La inmensa mayoría, 93, han sido casos de gestación de pocas semanas: 6 a 12; el resto, es decir dos casos ha sido de embarazos ectópicos avanzados que hemos tenido la oportunidad de observar directamente y cuyas historias clínicas hemos incluido en forma separada por considerarlo de sumo interés.

Después de discriminar los citados 95 casos haremos algunas observaciones y comentarios sobre algunos puntos que creemos de importancia.

En el año de 1949 se hospitalizaron 7.367 pacientes, 23 de las cuales presentaban embarazos ectópicos. Ello da un porcentaje de 0.31%.

En 1950 ingresaron 7.352 pacientes, de las cuales 17 con embarazo ectópico. Porcentaje: 0.23%.

En 1951, 8.109 pacientes y 20 casos de ectópico. Porcentaje: 0.23%.

En 1952, 8.616 pacientes y 22 casos de ectópico. Porcentaje: 0.25%.

En 1953, 9.223 pacientes y 13 casos de ectópico. Porcentaje: 0.14%.

De los datos anteriores podemos concluir que la frecuencia de esta entidad se ha conservado semejante en el curso de los últimos cinco años a excepción del año de 1953 en que la disminución fue notoria. Desde luego, no podríamos hacer ninguna hipótesis al respecto, pero sí llama la atención el hecho de que numerosos autores consideran que el embarazo ectópico ha aumentado su fre-

(\*) Médico Residente del Instituto Materno Infantil de Bogotá.

cuencia a partir del empleo de los agentes quimioterápicos en el tratamiento de las afecciones ginecológicas y principalmente, anxiales. De aquí que este dato nos parezca contradictorio.

Por lo demás, el Dr. Enrique Archila (1) en su tesis doctoral, sobre 24.597 historias consultadas dedujo un porcentaje de 0.61% al paso que el nuestro es tan sólo del 0.23%.

El Dr. Humberto Góngora Sánchez (2) encontró sobre un total de 2.846 gestantes 42 casos de embarazo ectópico para un porcentaje de 1.41% en el Hospital de Manizales.

Vale la pena también citar los casos intervenidos en el Servicio de Clínica Ginecológica del Hospital de San Juan de Dios en donde el movimiento de pacientes es bastante considerable:

En 1949: 14 casos.  
 En 1950: 19 casos.  
 En 1951: 8 casos.  
 En 1952: 9 casos.  
 En 1953: 10 casos.

Comparando estos datos con los citados por autores extranjeros tenemos que: Bandl da un porcentaje de 0.005%, Winne da 1.3%, Schuman encontró una incidencia de 0.33% (3).

En cuanto a la edad de las pacientes afectadas hemos encontrado que para 91 casos el promedio de la edad ha sido de 29-15 años estando este dato de acuerdo con la gran mayoría de los autores que anotan la mayor frecuencia entre los 24 y los 34 años. No se halló el dato de edad en cuatro de las historias clínicas consultadas.

Respecto a paridad anotamos:

20 casos se presentaron en pacientes primigestantes.

69 casos en pacientes con dos o más embarazos.

6 casos sin dato de paridad registrado.

Hemos hallado 65 casos con antecedentes ginecológicos u obstétricos importantes: Menarquía tardía, trastornos menstruales (oligomenorrea, polimenorrea, menometrorragias, etc.), flujos inflamatorios, embarazos ectópicos anteriores, intervenciones previas sobre órganos sexuales o intrapélvicos, abortos y partos prematuros.

En cuanto a localización hallamos lo siguiente:

55 casos se han implantado en el lado derecho.

28 casos en el izquierdo.

10 de los casos intervenidos aparecen sin descripción quirúrgica al respecto.

Dos casos hallamos de embarazo ectópico bilateral.

No se ha registrado un sólo caso en los últimos cinco años de embarazo ectópico coexistiendo con una gestación tópica.

El promedio de tiempo de amenorrea ha sido de 58 días para 75 casos. Este dato faltó en 20 casos.

En cuanto a sintomatología hemos encontrado que en 82 de los casos figuró entre las manifestaciones el dolor; en 70 casos hubo hemorragia genital; en 8 casos lipotimia; en 6, tenesmo rectal; en 6, vómito; 5 pacientes entraron en shock; 4 con retención de orina y 4 en anuria: Si tenemos en cuenta que el promedio de la tensión arterial fue de 92 milímetros para la máxima y 58 milímetros para la mínima en los 95 casos y que solo 5 pacientes entraron en estado de shock, hemos de concluir que una de las causas de error en el diagnóstico de embarazo ectópico complicado con ruptura, es el esperar encontrar siempre el cuadro clínico correspondiente a la gravedad de la entidad cuando muy por el contrario, no es raro hallar pacientes con buena tensión arterial, buen pulso e inclusive buen estado general en quienes al practicar la laparotomía se encuentra una gran inundación intraperitoneal y que de no haberse intervenido con oportunidad hubieran probablemente sucumbido. Merece citarse en relación con lo anterior lo siguiente: 72 de nuestras pacientes presentaban ruptura de su gestación ectópica.

De las 95 pacientes, 80 se han intervenido con el diagnóstico de embarazo ectópico o haciendo parte de las hipótesis más probables. Los casos restantes, han sido hallazgos operatorios. Creemos que es un índice de amplio margen de seguridad diagnóstica toda vez que en las pacientes hospitalarias la anamnesis es en la gran mayoría de los casos un verdadero problema; por lo demás, ingresan muchas veces tardíamente cuando el cuadro clínico se ha hecho en extremo confuso. Por otra parte, la ayuda de los análisis de laboratorio no fue siempre eficiente; muchas veces las pruebas biológicas fueron impracticables.

Creemos que el índice diagnóstico se puede mejorar en el futuro ayudándonos de algunos recursos que poco se emplean en el Instituto tales como la colpotomía posterior de técnica fácil y de gran utilidad pero sólo empleada en 7 de las pacientes de nuestra casuística.

Las siguientes historias clínicas confirman nuestras aseveraciones:

Historia N<sup>o</sup> 2.008 de 1951:

Ingresa la paciente después de un aborto porque ha continuado sangrando. La hemorragia se acompaña de dolor permanente en el hipogastrio, disuria y tenesmo rectal, hay además temperatura de 37.8 grados C.

Examinada se hizo diagnóstico de pelviperitonitis post-aborto. Con tal diagnóstico, se administró Pentotal para practicar luego colpotomía con el fin de drenar el absceso. El resultado fue la obtención de abundante cantidad de sangre oscura.

En estas condiciones se practicó laparotomía encontrándose un embarazo tubárico derecho roto, siendo necesario practicar salpingo ooforectomía pues fue imposible conservar el ovario. Naturalmente, la confusión diagnóstica retardó el tratamiento adecuado. La paciente fue tratada varios días con antibióticos, hielo en el abdomen, etc.

Historia N° 1.085 de 1953:

Ingresa la paciente el 27 de mayo porque desde hace 8 días presenta dolores hipogástricos, expulsión de coágulos, vómito, constipación e hipertermia: 38.2 grados C.

Al examen se encuentra: lengua saburral, timpanismo abdominal, dolor hipogástrico y sobre las fosas iliacas, defensa muscular no muy marcada. Al tacto vaginal se aprecia: cuello en situación posterior, largo, cerrado, fondos de saco ocupados. Se hace el diagnóstico de pelviperitonitis y se instituye el tratamiento indicado en estos casos.

Veinticinco días más tarde la paciente se siente bien y pide la salida del Servicio pero cuatro días más tarde reingresa porque los dolores se han exacerbado. En estas condiciones se hace nuevo examen y se practica colpotomía posterior; el resultado es la salida de sangre oscura. Se practica laparotomía y se encuentra un embarazo tubárico derecho roto; se hace salpingectomía. Hay una nota del Jefe de Clínica del Servicio que dice: "Es de anotar la discordancia de los síntomas clínicos y de diagnóstico con la gran inundación peritoneal".

-----

Nos permitimos extraer de la tesis de grado del doctor Luis Novoa Rodríguez (op. cit.), la siguiente historia clínica del Servicio de Ginecología del Hospital de San Juan de Dios:

Historia N° 10.367 de 1952:

La paciente ingresa al Servicio el 9 de diciembre de 1952. Última regla a fines de noviembre. La enfermedad se inició hace 8 días con dolor en la fosa ilíaca izquierda, vómito, escalofrío y malestar general.

El examen ginecológico revela: genitales externos normales. El espéculo permite apreciar un cuello de aspecto normal a través del cual fluye hemorragia endocervical discreta. Al tacto vaginal el cuello se encuentra ligeramente blando, un poco desgarrado transversalmente y desviado a la izquierda; el cuerpo se encuentra colocado en dextroposición. Los fondos de saco posterior y laterales ocupados por una masa que abomba la pared posterior de la vagina: renitente, irregular, mamelonada, muy dolorosa al tacto y que hace continuación a la tumefacción abdominal. La histerotometría da 8 centímetros.

Impresión: a)—Pelviperitonitis TBC. b)—Proceso inflamatorio perviperitoneal. c)—Tumor degenerado del ovario izquierdo.

Posteriormente se practicó una punción del Douglas con fines diagnósticos y el resultado fue positivo para líquido sanguinolento.

Se intervino la enferma y se halló una masa de 10 centímetros de diámetro, encapsulada, que incluía trompa y ovario izquierdos adheridos al sigmoide y al Douglas. Se practicó salpingo-ooforectomía izquierda y se liberaron adherencias en el anexo derecho.

El diagnóstico de anatomía patológica fue: Embarazo tubario roto.

A manera de comentario de las dos últimas historias diremos que las intervenciones quirúrgicas se practicaron UN MES después de ingresar las enfermas al Hospital y luego de practicar punciones del fondo de saco posterior. Debemos pensar en la importancia médica y social de una intervención quirúrgica practicada a tiempo; de ahí que nosotros deduzcamos que si las colpotomías hubieran sido hechas precozmente mucho se hubiera logrado en tiempo oportuno, con el consiguiente beneficio de las pacientes.

Respecto a la práctica de la colpotomía De Lee (\*) se manifiesta en la siguiente forma: "La punción exploradora del fondo de saco de Douglas es inofensiva, y a menudo presta gran utilidad. En los casos en que se sospecha un embarazo ectópico y en los muchos en que es difícil hacer con certeza el diagnóstico de gestación ectópica con ruptura, se debería practicar la colpotomía posterior con mucho mayor frecuencia de lo que se hace en la actualidad".

En cuanto a las pruebas biológicas debemos anotar que ellas prestan una gran ayuda al diagnóstico y que el Instituto de Protección Materna e Infantil cuenta actualmente con un servicio idóneo y oportuno, utilizándose de manera sistemática la reacción de Galli y Mainini de gran margen de seguridad y que permitirá en lo sucesivo mayor precisión diagnóstica.

Otros métodos de diagnóstico tales como el estudio anatomopatológico de los restos eliminados con la sangre uterina en los casos de duda respecto a si se trata de un embarazo ectópico o un aborto; en neumoperitóneo transabdominal y la peritoneoscopia, no han sido empleados entre nosotros.

En relación con los diagnósticos errados y bajo los cuales se intervinieron 13 pacientes hemos encontrado:

Quiste del ovario: dos casos.  
Anexitis: 3 casos.  
Pelvipерitonitis: 2 casos.  
Fibroma: 3 casos.  
Retroversión uterina: 1 caso.  
Apendicitis: 2 casos.

Sin diagnóstico se intervinieron dos pacientes.

TRATAMIENTO.—Todos los casos registrados en este resumen fueron intervenidos quirúrgicamente por vía alta. Entre las intervenciones hemos encontrado:

60 salpingectomías.  
12 sapingo-ooforectomías.  
1 resección ángulo intersticial.  
1 histerectomía fúndica con resección del anexo izquierdo.  
2 Resecciones parciales de ovario y sutura.  
1 Resección parcial de la trompa.

Han faltado las descripciones de las operaciones practicadas en 18 casos.

Coexistiendo con el embarazo ectópico se encontraron e intervinieron las siguientes entidades:

- Quistes del ovario: 9 casos.
- Quiste de la hidátide: 1 caso.
- Retrodesviación uterina: 1 caso.
- Fibromatosis uterina: 1 caso.
- Hidrosalpinx: 1 caso.
- Anexitis: 1 caso.

Fueron practicadas también en el mismo acto quirúrgico, 7 apendicectomías.

A este respecto vale la pena transcribir los siguientes conceptos de Nubiola (6): "El apéndice, en toda operación por ectópico, debe ser respetado. No se olvide que la sangre constituye un excelente medio de cultivo para cualquier especie microbiana. Al hacer la apendicectomía, por mayores cuidados que se usen en su extirpación (aislamiento cuidadoso, operación fuera del abdomen y peritonización), siempre se movilizan focos microbianos, dotados de gran poder séptico".

De Lee (Op. cit.), afirma: Si al operar un embarazo ectópico "hubiere piosalpinx crónico en la otra trompa, estará bien extirparlo, pero no se intentará la escisión de ningún órgano. Es menos arriesgado no buscar NI EXTIRPAR en este momento el apéndice".

En las historias clínicas consultadas hemos encontrado 10 casos en los cuales luego de practicar la intervención para ectópico roto, se han dejado drenes. Nos atrevemos a afirmar que tal conducta debe desecharse por cuanto con ello se expone a la paciente a una infección que sería siempre grave dadas las condiciones de inferioridad en que están aquellos organismos.

En varias intervenciones presenciadas por nosotros hemos visto que algunos cirujanos acostumbran, en los casos complicados con ruptura, extraer los coágulos sanguíneos organizados para dejar a manera de autotransfusión la sangre líquida. Otros, desconocemos sus razones, desechan el procedimiento.

No tenemos noticia de que el sistema preconizado por Thies de extraer la sangre derramada para luego filtrarla e inyectarla de nuevo, haya sido empleado entre nosotros. Por lo demás, según Argonz y Ricci (6), se han visto casos de sepsis grave por este procedimiento y por ello, en otros medios tiende a desaparecer. De otra parte, en todo centro hospitalario debe funcionar un banco de sangre eficiente. Desde este punto de vista el Instituto Materno e Infantil cuenta con un servicio que satisface las necesidades; desafortunadamente las historias clínicas rara vez registran las transfusiones efectuadas y por ello no podemos dar un dato exacto.

Si bien es cierto que apenas cinco pacientes entraron en shock como consecuencia del estallido ovular y la hemorragia intraperitoneal, estamos de acuerdo con los diversos autores en que el concepto de que una paciente en estado de shock no se debe intervenir, no hace relación con los estados de shock ocasionados por la entidad de que nos ocupamos. Son pacientes que soportan re-

lativamente bien el acto quirúrgico; además, la espera a que la paciente se recupere implica un riesgo quizá mayor que el de la operación oportunamente practicada. Personalmente hemos presenciado actos quirúrgicos de esta índole y los resultados han sido francamente favorables. Se ha seguido la conducta de aplicar soluciones dextrosadas hasta el momento en que se logra la hemóstasis; practicada ésta, se han hecho transfusiones de sangre suficientes. La aplicación de sangre antes, y sobre todo cuando ello se hace a cierta velocidad tiene el inconveniente de aumentar la volemia y por consiguiente la presión en el foco hemorrágico dando por resultado el aumento de la pérdida sanguínea y el desprendimiento de coágulos hemostáticos.

**ANESTESIA.**—Para las 86 de las intervenciones practicadas en el Instituto se empleó la anestesia general (ciclo-éter oxígeno) y solamente en 9 caso la anestesia espinal, algunos de ellos complicados con ruptura antigua.

Sabiendo que el accidente agudo de la ruptura implica hipotensión, taquicardia y colapso periférico, es lógico pensar que la raquianestesia esté contraindicada; además, en este tipo de intervenciones, la posición adecuada es la de Trendelenburg lo cual, agrega un riesgo más a la práctica de la anestesia espinal que podría interesar zonas medulares peligrosas. He ahí la razón por la cual, salvo circunstancias especiales (ruptura antigua del embarazo ectópico en pacientes en buenas condiciones generales, por ejemplo), la anestesia ideal es la general por inhalación.

**PRONÓSTICO.**—De la experiencia obtenida en los últimos cinco años en el Instituto Materno e Infantil, podemos afirmar que el embarazo ectópico complicado o no, intervenido oportunamente y bajo los preceptos anotados en las páginas anteriores, es de buen pronóstico respecto a la vida de la madre. Hacemos esta afirmación teniendo en cuenta el número de casos intervenidos en dicho medio hospitalario, en un plazo relativamente largo. De las 95 pacientes operadas podemos decir que ninguna murió como consecuencia de tal entidad. Infortunadamente, hemos de registrar el caso de una paciente cuyos azares quirúrgicos determinaron la muerte.

Se trata de la historia 670 de 1951. Esta paciente fue laparotomizada y al verificar la exploración se comprobó la presencia de un embarazo tubárico izquierdo roto, salpingitis y ovario poliquístico derecho con matriz fibromatosa. En estas condiciones se realizó histerectomía subtotal; trece días más tarde, fue necesario practicar nueva laparotomía para extraer cuerpo extraño; tres días después, se hizo aparente una fístula estercoral.

Las condiciones de la paciente se fueron demeritando en tal forma, que practicado el tratamiento quirúrgico (resección intestinal con enteroanastomosis), la enferma sucumbió.

Debemos lógicamente considerar este caso en forma especial desde el punto de vista estadístico y concluir que la mortalidad en los últimos cinco años por embarazo ectópico, ha sido de cero en el Instituto Materno e Infantil de Bogotá.

Vale la pena comparar este dato con los dados por autores extranjeros: Argonz (Op. cit.), Profesor de la Facultad de Medicina de Rosario, Argentina,

refiriéndose a la mortalidad por embarazo ectópico dice: "La operación antes de las complicaciones debe dar una mortalidad prácticamente cero; las intervenciones durante los accidentes, dan una mortalidad desigual, que depende de la gravedad de la complicación y de otros factores circunstanciales, entre 2 y 5%".

W. O. Johnson (7) del Departamento de Ginecología de la Universidad de Louisville, presentó en abril de 1952 un trabajo ante la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de la misma ciudad, en el cual reunió 245 casos con una mortalidad de 2.4%.

Priddle, Moulton y Dennis (8), de Detroit, realizaron un estudio de 136 casos a partir de 1949 y dan un porcentaje de mortalidad de 2.9%.

**ANATOMÍA PATOLÓGICA.**—Hemos considerado de gran importancia hacer en el presente resumen las siguientes observaciones: se han incluido en este trabajo, muchos casos de embarazo ectópico sin comprobación anatomopatológica. Ello indudablemente, implica una gran falla. Nos hemos atenido únicamente, al diagnóstico y hallazgos quirúrgicos; no se justifica en la actualidad que ello suceda por cuanto se presta a errores. Con mucha frecuencia, al estudiar anatomopatológicamente piezas obtenidas en actos quirúrgicos, se comprueba la diferencia entre el diagnóstico macroscópico del cirujano y el microscópico del Patólogo.

Entre los casos citados en las historias clínicas como de embarazos ectópicos, descartamos aquellos que en nuestro concepto, no tuvieron respaldo del laboratorio y que se prestaban a confusión. Tal cosa hicimos por ejemplo, con varios casos de hematosalpinx. Una simple salpingitis aguda hemorrágica puede confundirse macroscópicamente con un embarazo ectópico. En cuanto a algunos embarazos ováricos también los hemos excluido, por la misma causa. El diagnóstico macroscópico de esta variedad de ectópico, no se debe tener en cuenta sino en raras ocasiones; la ruptura de un folículo de De Graff, los quistes ováricos hemorrágicos, etc., son muchas veces macroscópicamente semejantes.

El interés del estudio anatomopatológico se puede demostrar con el caso de la historia clínica 360 del año de 1953: En esta paciente se hizo el diagnóstico clínico de embarazo ectópico no roto; al practicar la intervención quirúrgica se encontró: un embarazo ectópico en evolución implantado en la trompa derecha, un quiste ovárico del mismo lado, la trompa izquierda congestionada y con un quiste entre sus fimbrias y sobre la cara anterior del ligamento ancho, y adherido a ella, un huevo abortado. Al efectuar los estudios microscópicos, se comprobó la presencia de embarazo ectópico bilateral, caso por lo demás, de excepción.

### CASOS CLINICOS ESPECIALES

Al lado de la historia clínica citada antes, hemos considerado oportuno, mencionar a continuación la historia de dos pacientes cuyos casos clínicos, por su rara ocurrencia, y las conclusiones que de ellas se pueden obtener, les con-

fiere particular interés. La primera de ellas fue publicada por nosotros (9) en el número 1º de la Revista del Hospital de San Juan de Dios.

Historia Nº 2.114 de 1952:

N.N. de 26 años. Natural de Natagaima. Ingresa al Servicio por que desde hace 15 días no siente los movimientos del feto.

*Antecedentes familiares:* La madre es demente

*Antecedentes personales:* a)—Ginecológicos: Menarquia a los 13 años, ciclo menstrual irregular con 3 días de duración; b)— Patológicos: enfermedades de la infancia; c)—Quirúrgicos: apendicectomía y colecistectomía; d)—Obstétricos: dos partos espontáneos a término con fetos vivos. Exámenes serológicos y radioscopia pulmonar: negativos.

*Ultima menstruación:* 20 de enero /52.

Durante el embarazo ha presentado: náuseas, vómito, mareos, cefalalgia, várices de los miembros inferiores, alérgias diversas e insomnio.

*Examen general:* Paciente con estado general satisfactorio. Tensión arterial Mx 130 Mn 90. Corazón normal con 68 pulsaciones. Dientes en mal estado. Pulmones, aparato digestivo y urinario: normales.

*Examen obstétrico:* Sobre la pared abdominal se observan las cicatrices quirúrgicas de apendicectomía y colecistectomía, es una pared de tonicidad normal. La altura uterina es de 30 cms.; su consistencia es normal y su superficie no ofrece nada de particular. Al estudiar el contenido uterino, se encuentra un feto en situación transversa, con su polo cefálico hacia el flanco izquierdo con signo de crepitación fácilmente apreciable. La auscultación fetal es negativa.

*Tacto vaginal:* Genitales externos normales. Cuello central, largo, blando, con orificio externo entreabierto. En los fondos de saco, nada especial.

La paciente manifiesta no haber tenido dolores y la única causa de su ingreso al Hospital es la ausencia de movimientos fetales desde hace 15 días.

*Evolución:* El 21 de octubre, se decide provocar el trabajo del parto, en vista de que no se ha presentado espontáneamente. Con este fin se administran 5 U. de Pitocin en 500 c.c. de solución de dextrosa al 5%, gota a gota. La paciente no manifiesta trastorno alguno y clínicamente, tampoco se aprecian contracciones uterinas.

El fracaso en la inducción se atribuye a falta de preparación de la paciente, razón por la cual, se procede en los días siguientes a sensibilizar el músculo uterino mediante la administración repetida de foliculina. Cuatro días más tarde, el 28 de octubre, se dan a la paciente 30 gramos de aceite de ricino, se aplica enema jabonoso y se dan dosis repetidas de quinina para intensificar luego la inducción con 5 U. de Pitocin en solución dextrosada. El fracaso es de nuevo rotundo y se resuelve poner a la paciente en reposo durante varios días.

El 12 de noviembre, se practica un nuevo examen obstétrico; llama la atención el grado de retracción de la matriz que impide la percepción de partes fe-

tales. Al tacto vaginal se encuentra el cuello muy alto, de consistencia fibrosa y francamente tubular.

Insistiendo en la inducción, se practica taponamiento cervical; se administra nuevamente metrazol-quinina y luego pitocin en solución de dextrosa. De nuevo observamos con sorpresa, la ineficacia del sistema.

El 15 de noviembre, se solicita estudio radiográfico con el fin de aportar nuevos datos a la historia clínica. El resultado es el siguiente: "Embarazo con feto único en presentación cefálica y dorso a la derecha. Hay cabalgamiento de los huesos del cráneo y deformaciones del raquis que hacen pensar en feto muerto". Fdo., G. SIERRA E.

En estas condiciones, el 22 de noviembre se decide intervenir quirúrgicamente a la paciente, practicando una cesárea por vía vaginal.

#### Intervención quirúrgica.

##### Anestesia raquídea con Scurocaine.

Se inició la intervención con el descenso del cuello traccionando con pinzas; esta maniobra fue difícil ya que se encontraba en situación perfectamente retropúbica y dirigido hacia adelante. Se hizo sección transversal y despegamiento de la mucosa vaginal anterior. En este momento, observando los caracteres del cuello, se encontró perfectamente cerrado siendo necesaria la dilatación instrumental mediante bujía de Hegar. Introducido un dedo a través del cuello se encontró la cavidad uterina vacía; se pasó el histerómetro que penetró hasta el número 14. En estas circunstancias, se sospechó algo no previsto, decidiéndose la intervención por vía alta.

Al hacer la laparotomía supra e infraumbilical, se encontró la pared ricamente vascularizada; el peritóneo apareció fuertemente engrosado. En la cavidad abdominal, pequeño derrame de aspecto seroso, y ocupándola, una masa mediana que se pensó fuese el útero con adherencias fácilmente liberables a la serosa parietal y en algunas zonas pequeñas, al mesenterio. Dicha masa presentaba caracteres fibrosos; haciendo sobre su pared una incisión mediana se observó que no sangraba; de su interior fluyó líquido de color amarillo verdoso e introducida la mano, se extrajo un feto muerto y macerado, correspondiendo por su tamaño a una gestación a término.

Al tratar de extraer la placenta, y revisando cuidadosamente el órgano, se encontró que en realidad se trataba del saco ovular colocado precisamente sobre el fondo del útero y comunicando con su cavidad a nivel de la porción intersticial de la trompa izquierda por un orificio de medio a 1 centímetro de diámetro. Dicho saco presentaba un espesor aproximado de medio centímetro, aunque en algunas zonas era más delgado. La individualización del anexo izquierdo fue imposible por hallarse englobado en la pared ovular; no sucedió así con el del lado derecho que se encontró perfectamente libre y en situación normal. La placenta, delgada pero extendida, se implantaba exactamente sobre el fondo uterino y contraía con éste, íntimas relaciones. El útero en sí, se presentaba desviado un poco hacia la derecha y aumentado moderadamente de tamaño; a

nivel de su comunicación con el quiste fetal, el miometrio emergía para hacer parte de la pared ovular.

Se procedió entonces a extraer el saco ovular y como se continuara sin línea de separación con el fondo uterino, se decidió practicar histerrectomía fúndica conservando el anexo derecho. Hecha la resección, se procedió a la sutura del útero en tres planos. Practicada la peritonización, se realizó el cierre de la pared.

Durante la intervención fue necesaria la anestesia adicional con ciclo propano éter-oxígeno y para contrarrestar la hemorragia se administraron 500 c.c. de sangre total.

Practicada la operación la paciente se encontraba en estado de shock y fue necesaria la administración de cardiotónicos, hipertensores, etc.

Hasta aquí la primera historia clínica. El hallazgo de un embarazo extrauterino a término es en realidad de verdad una eventualidad muy rara. Si a ello agregamos el que la modalidad de ese embarazo sea la de una gestación TUBO-INTERSTICIAL, el hecho es mucho más interesante puesto que su frecuencia es francamente excepcional. Los casos registrados en la literatura obstétrica son extraordinarios.

A pesar de ser el embarazo abdominal una variedad de las más raras dentro de los extrauterinos, es el intersticial por su misma patogenia, el que ocupa uno de los primeros lugares por su escasa frecuencia.

Nuestro diagnóstico se hizo, como sucede en casos similares, tardíamente. Y es que ocurre que cuando un embarazo extrauterino llega hasta el final, hay una serie de factores que hacen muchas veces imposible su reconocimiento; esto es mucho más apreciable cuando no sólo el embarazo ha llegado a su término, sino que además el feto ha muerto varios días antes de ser examinadas la paciente por primera vez. Tal cosa ocurrió con nuestra enferma. A la palpación de su abdomen, no se encontraron las irregularidades de la masa que lo ocupaba; tampoco existieron los fenómenos que constituyen el falso trabajo, pues la paciente ingresó al servicio únicamente por haber dejado de percibir los movimientos del feto. La serie de trastornos digestivos que sobrevienen como consecuencia de estos embarazos, no se presentaron. La misma situación del saco ovular precisamente sobre el fondo del útero, no permitía siquiera dudar de que se tratara de la matriz en gestación. El estudio radiográfico, que según Brindeau muestra al feto en situación más alta de lo normal y retraído sobre sí mismo, no dio en nuestra paciente otros signos que los encontrados en un embarazo común y corriente con feto muerto.

Un signo propio de estos embarazos y que se aprecia al tacto vaginal es el blando reblandecimiento del cuello; hallado en el examen de nuestra enferma se le dio una interpretación diferente; se pensó que se trataba de un fibrosis cervical, hipótesis que se reforzó con la ausencia de respuesta al estímulo de los ocitócicos por parte del útero. Esto fue precisamente lo que hizo que en la tercera inducción al trabajo, se practicara taponamiento cervical.

Historia N<sup>o</sup> 4.188 de 1953:

N. N. de 24 años. Multigestante V.

Sin antecedentes hereditarios ni personales importantes.

Los cuatro embarazos anteriores normales, con partos a termino-espontáneos y con fetos vivos.

Ultima menstruación: febrero de 1953.

Desde mediados de abril presentó hemorragias genitales repetidas con expulsión de coágulos e indoloras.

El 22 de junio se hospitalizó en el Instituto y fue tratada como si fuese una amenaza de aborto con embarazo de 4 a 4½ meses. Diez y siete días más tarde habiendo cesado la hemorragia salió del Servicio.

El 25 de noviembre, reingresó nuevamente con hemorragia. Al practicar el examen se encontró: útero hipertónico e irregular con una altura de 24 cms. Al tacto vaginal: el cuello central, largo, reblandecido. La irregularidad de la superficie del útero se atribuyó a fibromatosis. La auscultación fetal fue negativa. Se pidió estudio radiográfico del contenido uterino; el resultado es el siguiente: "Existe un feto deformado al parecer muerto". (Fdo.), E. SIERRA G.

En estas condiciones, se practicaron en los días siguientes, tres inducciones al trabajo con fracaso rotundo en todas ellas y habiendo hecho taponamiento cervical en la tercera. Días más tarde, la paciente se quejó de cólicos abdominales y presentó vómito vilioso. La palpación del abdomen despertaba gran dolor; apareció hipertermia.

Bajo anestesia general se procedió a dilatar el cuello artificialmente. El dilatador no alcanzó el orificio interno; sobrevino copiosa hemorragia que obligó a dejar un taponamiento cervical mientras se hacía laparotomía.

En esas condiciones tuvimos la oportunidad de examinar detenidamente a la paciente. Nos llamó la atención en la anamnesis la sintomatología netamente hemorrágica que acompañó al embarazo desde sus comienzos, así como también los caracteres de ella: repetida e indolora. En segundo lugar, la palpación abdominal era muy dolorosa y acompañada de cierto grado de defensa muscular. La masa intraabdominal no era ovoidé como correspondía a una gestación de esa edad (7 meses aproximadamente por el tamaño), sino globulosa. La palpación del feto era impracticable puesto que la retracción de la masa sobre él, lo impedía; pero hacia la fosa iliaca derecha algo crepitaba.

El tacto vaginal nos reveló la existencia de un cuello en situación sensiblemente normal, pero cuya longitud no estaba en relación con la edad del embarazo, puesto que alcanzaba unos 8 ctms. El dato de haber sido imposible dilatar el orificio interno, hacía más extraño el cuadro clínico. Los resultados del examen anterior y el fracaso en tres inducciones, nos hicieron pensar en la posibilidad de un embarazo ectópico avanzado.

Horas más tarde, la paciente fue intervenida. El resultado de la intervención, de acuerdo con la descripción de los cirujanos es la siguiente: "Se encontró

un embarazo extrauterino con un gran saco adherido a la matriz que se hallaba ligeramente aumentada de tamaño y adherida a la cara anterior del saco ectópico. Había además adherencias al epiplón y a las asas intestinales. Poco a poco se fueron liberando las múltiples adherencias del saco hasta dejarlo prácticamente independiente. En el curso de las maniobras se abrió dicho saco saliendo líquido purulento. En vista de lo anterior se aspiró su contenido líquido y luego se extrajo un feto muerto, femenino y a continuación la placenta que salió sin dificultad. Se procedió entonces a resecar el saco lo cual se logró casi en su totalidad quedando tan sólo una pequeña porción adherida al asa sigmoide la cual se drenó con dren de caucho que se abocó a la herida cutánea. Al revisar la matriz se encontró una perforación en la cara posterior, aproximadamente de 1 cm. de diámetro, la cual se suturó y peritonizó quedando en buenas condiciones; se puso otro dren a partir del fondo del saco de Douglas que también se abocó a la herida cutánea. El saco ectópico se había formado a expensas de la trompa derecha y se extirpó también el ovario del mismo lado quedando el otro anexo en su lugar". En la actualidad esta paciente permanece hospitalizada en el Instituto.

A la historia clínica anterior, poco tenemos que comentarle. La literatura obstétrica relata con alguna frecuencia casos similares. La confusión diagnóstica no es cosa excepcional y una de sus causas es precisamente la escasa frecuencia de estos casos.

Paúl O' Connell (10) del Hospital Sloane y de la Universidad de Columbia describió en junio de 1952 un caso clínico en el cual predominó la sintomatología urinaria. Un accidente de obstrucción intestinal determinado al practicar una versión por maniobras externas (el feto se hallaba en situación transversa), impuso la intervención quirúrgica durante la cual se encontró un embarazo tubárico a término.

Juan Gómez Peña y otros (11) del Hospital Civil de Maracay relató un caso en el cual se practicaron tres inducciones e inyección intraovular de suero hipertónico para provocar el parto de un feto muerto. En vista del fracaso, hicieron laparotomía y hallaron un embarazo tubárico gemelar con fetos de 3.340 y 120 gramos.

## SUMARIO

1º—Se hace un resumen de los casos de embarazo ectópico atendidos en cinco años en el Instituto Materno-Infantil "Concepción Villaveces de Acosta" de Bogotá.

2º—Se exponen los porcentajes de frecuencia, edad, paridad, tiempo de amenorrea, sintomatología, diagnóstico, localización, pronóstico y mortalidad.

3º—Se hacen algunas observaciones acerca de la colpotomía posterior, anatomía patológica y medios biológicos de diagnóstico.

4º—Se comentan las intervenciones quirúrgicas, los hallazgos y concomitancias.

5º—Se describen dos casos de embarazo ectópico avanzado y se hacen algunos comentarios a ellos.

## CONCLUSIONES

1º—El embarazo ectópico es una entidad cuyo porcentaje de frecuencia se ha conservado semejante en los últimos años a excepción del año de 1951 en que su disminución fue notoria.

2º—La mayor frecuencia se ha presentado entre los 24 y los 34 años en pacientes con dos o más gestaciones.

3º—El porcentaje de mortalidad por embarazo ectópico es francamente favorable.

4º—El número de casos diagnosticados permite concluir que su estudio clínico ha sido acertado.

5º—Los estudios complementarios como las pruebas biológicas y otros exámenes de laboratorio realizados con mayor intensidad pueden mejorar el índice diagnóstico.

6º—La colpotomía posterior es una ayuda clínica muy valiosa y su empleo ha de hacerse más frecuente.

7º—Los estudios anatomopatológicos deben aumentar. Ellos aclaran en ocasiones el diagnóstico y permiten sacar conclusiones estadísticas más exactas.

8º—Las pacientes en estado de shock por ruptura de su gestación ectópica corren menos riesgo intervenidas precozmente.

9º—La colaboración del Banco de Sangre ha sido decisiva en los casos intervenidos y en mucho se debe a él la bondad del porcentaje de mortalidad materna.

10º—No es conveniente practicar simultáneamente intervenciones quirúrgicas tales como apendicectomía, durante la operación por ectópico; porque se une un riesgo quirúrgico más por la posibilidad de contaminación peritoneal.

11º—La anestesia raquídea sólo puede emplearse en casos especiales.

12º—El fracaso en inducciones repetidas, debe hacer que las pacientes estudien muy cuidadosamente.

13º—Los síntomas y signos descritos por diversos autores en los casos de embarazo ectópico avanzado, tienen un valor relativo; no constituyen únicas bases de diagnóstico.

14º—El diagnóstico positivo de ectópico avanzado es a veces, un hallazgo quirúrgico, en especial cuando la muerte del feto ha ocurrido tiempo atrás.

15º—Las historias clínicas deben mejorarse. Su interés no ha sido suficientemente valorado y ellas constituyen una gran base científica.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.—**Archila Aguilera Enrique**: "El embarazo Extrauterino. — Comentarios a 8 años de Estadística del Hospital de San Juan de Dios de Bogotá". Tesis de grado. 1946. Página 18.
- 2.—**Góngora Sánchez Humberto**: "Estudio Clínico del Embarazo Ectópico". Tesis de grado. 1952. Página 10.
- 3.—**Novoa Rodríguez Luis**: "Estudio Clínico-Estadístico del Embarazo Extrauterino". Tesis de grado. 1953. Página 12.
- 4.—**De Lee Greenhill**: "Principios y Práctica de Obstetricia". Vol. I, páginas 499, 502. 8ª Ed. Editorial Hispano Americana, México, 1945.
- 5.—**Nubiola-Zárate**: "Tratado de Obstetricia". Vol. II, página 569. 1ª Ed. Editorial Labor. Barcelona, 1951.
- 6.—**Argonz y Ricci**: "Tratado de Obstetricia" de Nubiola. Páginas 569, 565.
- 7.—**Johnson W. O.**: "A Study of Tow hundred forty five cases of Ruptured Ectopic Pregnancy". Am. J. of Obst. and Gyn. 64: 1.102, Nov. 1952.
- 8.—**Priddle, Moulton y Denis**: "Ectopic Pregnancy". Am. J. Obst. and Gyn. 64: 1.093, Nov. 1952.
- 9.—**Gómez Palacino J. A.**: "Un Embarazo Tubo-Intersticial a Término". Revista del Hospital de San Juan de Dios, Bogotá, 1: 101. Enero, 1953.
- 10.—**O'Con Nel C. Paúl**: "Full-term Tubal Pregnancy". Am. J. Obst. and Gyn. 63: 1.305, June, 1952.
- 11.—**Gómez Peña Juan**: "Un Caso de Embarazo Tubario Gemelar a Término". Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. Tomo XIII: 376, 1953.