

UNA HISTORIA DE EMBARAZO ABDOMINAL

Por el DOCTOR ALFREDO LONDOÑO UPEGUI

Pereira — Caldas.

Y. A. 38 años. Casada. O. D. Procd. Marsella (C.).

Hereditarios: No.

Personales: Enfermedades de la infancia.

Obstétricos: Cesárea corporal y niño muerto por placenta previa el 20 de octubre del 51; además, tuvo un aborto de dos meses.

Ginecológicos: Menarquía a los 14 años, ciclo 3/28, normal.

Resp.: Normal.

Circ.: Normal. Mx 12 Mn. 7. Tiene várices.

Dig.: Lengua saburral.

Nerv.: Reflejos normales.

Organos de los sentidos: Normales.

Oseo y articular: Normal.

Estado físico general: Un poco enflaquecida.

Enfermedad actual. Llega a la sala el 14 de agosto del 53 por embarazo

Al examen: altura uterina 30, auscultación negativa, soplo uterino negativo.

A la palpación, no se aprecia presentación ni posición, sólo se palpa una masa y abdomen tenso.

Al tacto: cuello de multipara un poco blando y entreaabierto; vagina y periné normales.

Al hacer la presión abdominal combinada al tacto, no logramos diferenciar la matriz de una tumoración abdominal. Fondos de saco ocupados.

Amígdalas: Normales.

Pelvimetría externa:

BE — 24.

BC — 25.

BT — 28.

CE — 20.

INTERROGATORIO: Última regla el 15 de julio del 52, es decir, amonoretrea de 13 meses. Viene al hospital por el médico de Marsella doctor José María Correa, para que se le resuelva el caso, pues según su opinión, el niño estaba muerto, y pasado el tiempo de nacer, según palabras textuales de la enferma.

Al segundo mes de embarazo empezó a sentir náuseas, fatiga epigástrica, acedias, perturbaciones intestinales, anorexia, y notaba su salud, en general, dice la enferma, un poco más rara que en los embarazos anteriores. Al sexto mes empezó a sentir movimientos y continuó sintiendo el niño hasta los siete meses y medio, cuando tuvo una pequeña hemorragia y ya no volvió a sentirlo más; de allí en adelante continuó menstruando cada mes.

Esta pequeña hemorragia de los siete meses y medio, ¿no correspondería a la expulsión de la caduca uterina?

En vista del cuadro y antecedentes se ordena una radiografía, la que indicó feto en el último trimestre del embarazo en presentación transversa según el radiólogo, doctor Isaac Bojanini.

Laboratorio:

Galli - Mainini - Negativo.

RH - Positivo.

Orina: Aspecto Turbio.

D - 1,20

Alb. - No.

Azúcar - No.

Sed Eptls. - Abundantes.

Fórmula L.: Blancos - 8.200.

Nutr. - 68.

Eos. - 2.

Litocitos - 29.

Monocitos - 1.

Hemograma. - Rojos - 4 millones 20.000.

Hematócritos - 34.

HB. - 12.

PvC - 85.

PHC - 30.

CHB - 35.

Glicemia - 0,95.

Azohemia - 0,48.

Coagulación White - 5'.

Sangría Duke - 1'.

Protrombina Quick - 15".

Se procede a inducir el trabajo de la siguiente manera: 35 gramos de aceite de ricino, en ayunas, y dos horas más tarde 0,20 cgms de quinina, la que se repitió una hora después; sonda intracervical, que no penetró, y taponamiento vaginal: pituitrina una ampolla en 250 c.c. de solución glucosa gota a gota intravenoso.

Esto con el fin de hacer una versión o una embriotomía. Se fracasa.

En vista de ésto, al tercer día, 17 de agosto, se procede a la cesárea.

OPERACIÓN: Corte infra-umbilical para cesárea segmentaria, apertura de la pared y demás planos como de ordinario; al llegar a la cavidad encontramos saco amniótico a la vista, adherido al fondo uterino, parte externa, en donde penetra sólo la capa muscular; de otra parte se insertaba al epiplón y al ligamento ancho; matriz un poco aumentada de volumen. Abrimos el saco de donde salió un líquido turbio de regular cantidad sin mal olor. Extraemos el niño; desprendemos el saco de sus adherencias lo pediculizamos y cortamos todo el conjunto. Al desprenderlo del epiplón, hubo profusa hemorragia, la que logramos contener con varias ligaduras; suturamos la herida del fondo de la matriz.

Al revisar, encontramos la trompa y el ovario intactos; la matriz normal, sólo un poco aumentada de volumen, como ya sedijo.

Accidentes operatorios: Hemorragia del epiplón.

Cierre del peritoneo y demás planos como de ordinario.

Anestesia: Pentotal. Ciclopropano-éter-oxígeno.

Cirujano: Doctor Alfredo Londoño Upegui.

Ayudante: Doctor Ciro Erasso.

Anestesta: doctor Zuluaga.

Niño: Peso 5 libras y ½, con acabalgamiento excesivo de los parietales y un poco deformado; no estaba calcificado, no despedía mal olor.

Post-Operatorio: Normal. Sale del hospital el 5 de noviembre en perfectas condiciones.

DIAGNÓSTICO: ¿Embarazo abdominal primitivo o secundario?

¿Sería ampular, insertado en la franja ovárica, entonces casi totalmente abdominal: placenta insertada sobre la trompa, ovario, pared pélvica, porción posterior de la matriz y al epiplón? En este caso, las trompas y ovarios estaban intactos, luego no parece ampular.

¿O, se desarrollaría el huevo hasta el punto de no poder pasar por la trompa, y las vellosidades labrarían un pequeño agujero en la pared tubaria que lo llevó al abdomen?

¿O, emigraría de la porción intersticial de la trompa por el ostium abdominal, hacia la quinta semana?

¿O, sería peritonela primitivo?

Estos tres últimos casos pueden ser posibles en el caso que se presenta.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Dubrisay (L.): "Precis de Accouchement".
- 2.—De Lee Greenhill: "Principios y Práctica de Obstetricia".