

UN CASO MAS DE EMBARAZO OVARICO LLEGADO A TERMINO

Por el Dr. RAFAEL F. RAMIREZ MERCHAN, Jefe de Clínica Obstétrica.
(Hospital de San Juan de Dios.)

¿Puede el óvulo ser fecundado en el ovario, desarrollarse allí y, en ocasiones, llegar a término? Hasta hace pocos años aún había autores que negaban esta posibilidad; pero hoy en día está plenamente demostrada la realidad del embarazo ovárico en sus diversas fases. Sin embargo, se exige para aceptar como tal un embarazo ectópico que se cumplan los requisitos anatómicos señalados por Spiegelberg, citado por casi todos los autores americanos, y que son los siguientes:

- 1º Integridad de la trompa homónima del ovario grávido;
- 2º Saco fetal en posición correspondiente al ovario;
- 3º Unión de dicho saco al útero por el ligamento útero-ovárico, y
- 4º Hallazgo de tejido ovárico en la pared del saco.

Todos estos requisitos pueden evidenciarse en los primeros meses de la evolución de una gestación ectópica, pero algunos de ellos son de difícil comprobación cuando el embarazo evoluciona cerca de término. En esta eventualidad, debido al crecimiento, a la infiltración, a la reacción de conjunto de los anexos, el ovario y la trompa se hacen solidarios en forma tal que su diferenciación es imposible a simple vista. Anotan los autores que siempre que se produce el embarazo ovárico, superficial o profundo, se forma un tumor pediculado que se extirpa con facilidad aun cuando crea adherencias con los tejidos contiguos. El ovario, como sucede siempre en el desarrollo de los quistes de este órgano, proporciona un saco de membranas resistentes, capaces, por demás, de llevar el embarazo a término. El conjunto de signos subjetivos es, para el caso, similar al de un quiste del ovario. Conviene anotar que un embarazo llegó a término en topografía anómala pero dentro de su saco primitivo perteneciente a la trompa o al ovario, no es un embarazo abdominal, en el sentido estricto de

esta acepción, y por consiguiente no hay razón para encontrar en la exploración clínica los signos del embarazo abdominal tan sugestivos y tan elocuentes para la precisión del diagnóstico. En resumen, cuando, como en el caso que voy a exponer, el embarazo ha llegado a su término y se ha producido el óbito fetal al propio tiempo que no se perciben partes fetales, puede sospecharse la existencia del embarazo ovárico cuando, armonizando síntomas, se encuentra toda la sintomatología de un quiste del ovario y además razones de peso en apoyo de una gestación suspendida, y de una gestación ectópica.

En la revista *Medicina y Cirugía* correspondiente al mes de junio del presente año publiqué otras dos observaciones de embarazo ectópico llegado a término y en uno de los cuales el examen anatómico-patológico del saco reveló la existencia de tejido ovárico; tales casos son muy similares al presente, pero en éste, por ser el tercero que hemos tenido la oportunidad de observar, se hizo el diagnóstico oportunamente y se comprobó por los exámenes de laboratorio correspondientes así como también por las características encontradas en el momento de la intervención.

Historia Nº 900 de 1946.—Servicio del Profesor Rodríguez Apon-te. Maternidad.

Edad de la paciente, 42 años. Casada. Vive con el marido.

Antecedentes ginecológicos: *Menarquia a los 17 años*; *meno-metrorragias*.

Antecedente de *flujo amarillento* hace 2 años.

Antecedentes obstétricos: Un parto normal a término al primer año de casada; hace 21 años. Un 2º parto de 7 meses al 2º año de casada.

20 años de infecundidad. Últimas reglas el 7 de julio de 1945. Coincidiendo con la supresión de las reglas ocurrieron los fenómenos simpáticos, la paciente vio crecer progresivamente su abdomen como en los embarazos anteriores y afirma categóricamente haber percibido los movimientos fetales desde el 4º mes también como en los embarazos anteriores, y dejó de percibirlos hacia el 9º mes fecha en la cual hubo una pequeña pérdida sanguínea vaginal al propio tiempo que de sus senos fluyó espontáneamente calostro en cantidad suficiente para llamar la atención de la paciente. Finalmente recurre al Hospital el 7 de junio de 1946, 11 meses después de iniciada la amenorrea y 2 meses después de haber dejado de percibir los movimientos fetales.

Examinada por el Interno, con la presunción de que se trataba de un embarazo, a más de los datos del interrogatorio encuentra que la masa que ocupa el abdomen y que da las apariencias de ser la matriz grávida tiene una altura de 28 cms. sobre el pubis; ocupa situación mediana con ligera desviación hacia la izquierda, hay tenue circulación colateral y dicha tumefacción abdominal es regular, de movimientos limitados lateralmente, da la sensación de contener líquido a alta presión y aun cuando *no se perciben partes fetales* ni irregularidades de la tumefacción y *la auscultación es negativa*, propone el diagnóstico de embarazo a término con feto muerto.

Con gran interés procedí a practicar el examen ginecológico el que reveló lo siguiente: cuello largo de consistencia normal que se continúa hacia la derecha con un cuerpo más duro cuyos límites no se pueden precisar pero que parece ser la matriz no grávida. Los fondos de saco existen pero poco profundos y tensos; los movimientos de la tumefacción abdominal y del cuello uterino no son solidarios. Con todos estos datos *considerados en conjunto* sin darle a ninguno en particular valor absoluto, pero sin desprestigiar su mérito en apoyo de un diagnóstico hice el de embarazo ectópico muy probablemente ovárico, con feto muerto.

Es verdad que no existían los signos de certidumbre para el diagnóstico de embarazo pero no por eso podía excluirse éste, y mucho menos en las condiciones anotadas, puesto que, guardadas relaciones, se planteaba el diagnóstico de embarazo ectópico en la misma forma en que se plantea cuando evoluciona en los primeros 4 meses en que tampoco hay los signos de certidumbre y sin embargo se acierta frecuentemente en consideración al valor de los otros síntomas.

Es el caso paradójico en que los llamados signos de probabilidad unidos al interrogatorio y a la observación clínica, suplen con ventaja la ausencia de los signos de certeza. El hecho de ser la paciente de una cultura superior a la común de las gentes que vienen al Hospital, y de haber tenido dos hijos da mayor fuerza a los datos que ella suministra.

Que concurren además, ciertos hechos, invocados frecuentemente en la etiología del embarazo ectópico, es también muy sugestivo en el caso presente. Tales hechos son los siguientes:

- a) Menarquía tardía (a los 17 años)
- b) Infecundidad de 20 años.

- c) Antecedentes de flujo vaginal, índice de infección.
- d) La edad de la paciente.

Y si a éstos se agregan los siguientes que son propios de la evolución de la eccesis sería imperdonable quitarles su valor en el diagnóstico, porque no existan los signos de certidumbre:

- a) Amenorrea de 11 meses.
- b) Falso trabajo que se produjo hacia el 9º mes de amenorrea.
- c) Metrorragia concomitante.
- d) Calostorrea espontánea concomitante.
- e) Supresión de los movimiento fetales después del falso trabajo.
- f) Disminución de la tumefacción abdominal desde entonces.
- g) Crisis de irritabilidad simpática.
- h) Los preciosos datos suministrados por el tacto vaginal en cuyo examen se diferenciò la matriz como independiente del tumor abdominal y no grávida.

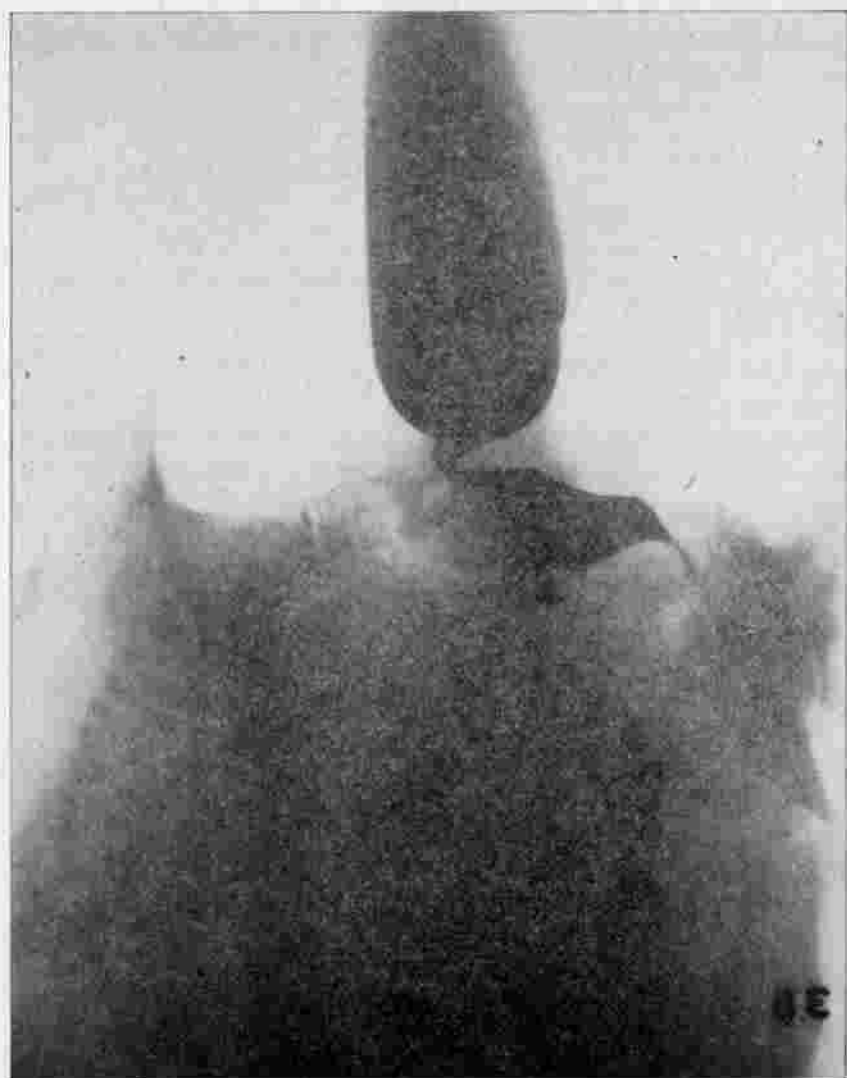
Para dilucidar mejor el caso se solicitó examen radiológico del abdomen y una histero-salpingo-grafía. Practicado el examen radiológico del abdomen se nos comunicó: "En la radiografía simple encontramos un embarazo que presenta todos los signos radiológicos de feto muerto tales como el dc Horner-Spalding, exageración de la curva de la columna vertebral y el signo de Mathews los cuales todos son positivos. También aparece una alteración del líquido amniótico porque encontramos una densidad más elevada de la normal." Anotaba además, verbalmente, el radiólogo que las paredes del continente eran densas y que su situación mediana así como el desarrollo fetal le hacían pensar que quizá el continente no podría ser otro que la propia matriz. Pero ante la insistencia nuestra se practicó la histero-salpingo-grafía en la cual, "encontramos, reza el boletín, que la matriz se inyecta normalmente y su tamaño y forma son normales pero su situación ligeramente desviada hacia la derecha. Aumentando un poco la entrada de yodatoI y por consiguiente la presión intra-uterina, se logra hacer pasar la sustancia opaca a las trompas: *tanto del lado derecho como del lado izquierdo se inyectan en casi toda su longitud.* (El subrayado es mío.)

Conclusiones: Embarazo muy avanzado cercano a los 7 meses extrauterino y extratubárico." Firmado: Campo Elías Pedraza.

Estos exámenes radiográficos, cuyos fotograbados acompañamos, corroboran el diagnóstico del Jefe de Clínica con la diferencia de

que el radiólogo calcula 7 meses de embarazo por las características fetales, cuando en realidad llegó a término sin tener el desarrollo correspondiente por su calidad de ectópico.

Finalmente, se intervino bajo anestesia por ciclopropano-éter-oxígeno el 26 de junio. Laparotomía mediana iniciada a unos 4 cms,



Nótese la matriz libre y las trompas inyectadas con la sustancia opaca. En la bolsa ovárica el feto en presentación de pelvis.



por encima del ombligo y terminada a unos 2 cms. por encima del pubis. El peritoneo parietal se encuentra adelgazado y adherido a la aponeurosis; se hace cuidadosamente su disección y se llega a la cavidad abdominal. El tumor abdominal tiene adherencias epiploicas e intestinales; da a la vista y aun al tocarlo, la impresión de un quiste del ovario; se continúa la intervención para aislar el quiste. El aislamiento se hizo sin mayores dificultades y se logró exteriorizar el tumor

cuyo pedículo se ligó y se extrajo el quiste sin abrirlo. La intervención se continuó suturando adherencias y peritonizando. Al revisar los órganos genitales internos se encuentra la matriz de tamaño normal. Los anexos del lado derecho quedaron íntegros y sanos; los del lado izquierdo formaban cuerpo con el tumor que se extirpó. Antes de cerrar la cavidad peritoneal se dejaron 5 gramos de sulfatiazol cristalizado en ella y un tubo de caucho para avenamiento. La paciente sale de la Sala en muy buenas condiciones.

Abierto el tumor encontramos, como cuando se abre un quiste del ovario, paredes musculares y fibrosas; salió gran cantidad de líquido de color verde con meconio. El feto perfectamente formado e iniciada su maceración era de sexo masculino y pesó 1.400 gramos. La placenta, que se extendía casi en totalidad sobre las paredes del quiste, era delgada y adhería íntimamente a ellas.

La descripción microscópica de la pieza es la siguiente:

"Embarazo tubo-ovariano. Los cortes muestran ovario y tubo uterino. Además se encontró placenta en estado de desintegración situada aparentemente entre el tubo y el ovario. Tanto en el ovario como en el tubo, pero especialmente en este último, se ve reacción inflamatoria moderada con infiltración leucocitaria poli y mono nuclear. Edema." Firmado: Sánchez Herrera.

En resumen pues, clínicamente, radiológicamente y aun microscópicamente se trataba de un embarazo ovárico, que llegó a término y cuyo diagnóstico hicimos, no por sutileza clínica sino por la claridad de los datos suministrados por la paciente y por la similitud con dos casos observados anteriormente y a los cuales hice referencia.

El post-operatorio fue normal y la paciente sale por curación 26 días después de operada.