

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
República de Guatemala, Centro América.

EMBARAZO ECTOPICO

CONSIDERACIONES SOBRE DOS CASOS
LLEGADOS A TERMINO CON NIÑO VIVO
EN LA CIUDAD DE GUATEMALA

TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
POR

CARLOS W. CROWE,

Ex-interno de los Servicios: Dermatología y Sifilología, 1ª Medicina de Mujeres, Cirugía de Niños, Oftalmología de Hombres y Sala Cuna Nº 3, del Hospital General. Ex-practicante de la Consulta Externa del Hospital General, Consulta Pre-natal de los Dispensarios de Sanidad Municipal y de la Consulta de la Cruz Blanca,

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE

MEDICO Y CIRUJANO

ABRIL DE 1951

Tip. "SANCHEZ & DE GUISE"
8ª AVENIDA SUR NÚMERO 30. — TELÉFONO 2707.

PLAN DE TESIS

- 1°—Generalidades sobre el Embarazo Ectópico.
- 2°—Observaciones sobre el Embarazo Ectópico en las diferentes edades.
- 3°—Consideraciones sobre dos casos llegados a término con niño vivo en la ciudad de Guatemala.

DEFINICION

Embarazo Ectópico o ecciesis, significa una gestación que se efectúa: o en una porción del útero que no sea la corporal (implantación viciosa intrauterina), o enteramente fuera de la cavidad uterina, lo que constituye verdaderamente un embarazo extrauterino.

La palabra "ectópico" tiene la ventaja de abarcar los dos conceptos anteriores, motivo por el cual debe ser la denominación empleada.

CLASIFICACIONES

El óvulo fecundado puede implantarse en la cavidad uterina en una forma viciosa, y así pueden verse embarazos en los ángulos (embarazo angular), en un cuerno rudimentario (embarazo en un cuerno), en la porción intersticial de la trompa, en la ampolla, en el pabellón, en el segmento inferior, o en el cuello (embarazo cervical), dando origen estas dos últimas eventualidades a las placentas previas. Estando el huevo fuera de la cavidad uterina, puede implantarse en la trompa, el ovario, el peritoneo y en la vagina.

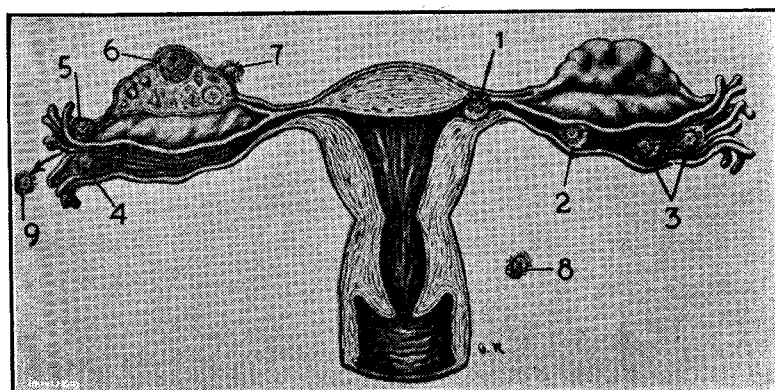


Figura número 1.

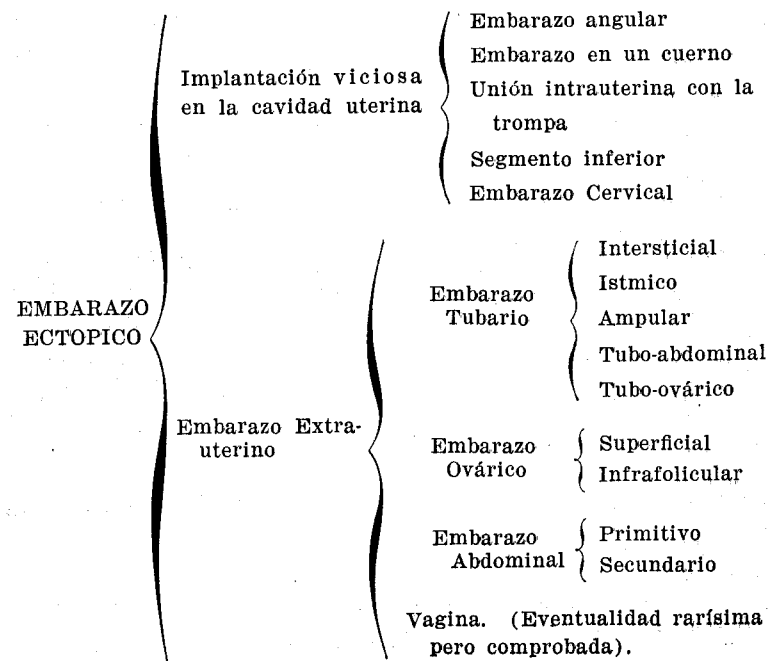
Lugares de implantación del óvulo fecundado, en el Embarazo Ectópico.
Tomado del Tratado de Obstetricia de Manuel Luis Pérez. Argentina.

Embarazo tubario.—Puede ser intersticial, si ocupa la porción intersticial de la trompa; ístmico, si ocupa la porción ístmica; ampular, si la localización es en la ampolla; tubo-abdominal o infundibular, si, desarrollándose en el pabellón de la trompa, ocupa algunas de sus franjas, y tubo-ovárico, si, estando también en el pabellón, ocupa la franja ovárica.

Embarazo ovárico.—Puede ser superficial cuando ocupa la superficie del órgano, e intrafolicular cuando se desarrolla en el interior de un folículo de Graaf.

Embarazo abdominal.—Se divide en primitivo si el óvulo se implantó allí desde que fue fecundado, y secundario si su desarrollo en esa parte, obedece a una migración accidental desde su implantación original, la mayor parte de las veces en la trompa.

En resumen:



FRECUENCIA

Todas las estadísticas registradas varían en forma bastante amplia, pero puede afirmarse que el Embarazo Ectópico se presenta de preferencia en las mujeres de 25 a 35 años y que es indudable que la multiparidad paga un tributo más alto a la gestación ectópica.

Es más frecuente en la ciudad que en el campo, y se presenta a menudo en mujeres que han tenido un período de esterilidad relativo, así como en pacientes que han sufrido con anterioridad alguna afección pélvica.

De los diferentes sitios donde se implanta el huevo para constituir el Embarazo Ectópico la trompa, en un 90 por ciento; en sus porciones ístmica y ampular, es el de preferencia; el embarazo ovárico es el menos común, y de los abdominales, el secundario se observa con una frecuencia mayor, debido a que la localización primaria tiene que vencer muchos obstáculos: como la fagocitosis, lo inapropiado de la serosa para su implantación, falta de condiciones nutritivas antes de haber adquirido la capacidad de implantación, salvo que se vea favorecido por la implantación previa de una endometriosis en la cavidad abdominal.

Según Schumann, la proporción es de un Embarazo Ectópico por cada 3,000 normales.

ETIOLOGIA Y PATOGENIA

El primero que mencionó la gestación ectópica fue Albucasis, en el siglo XI, y Riolán refirió varios casos en 1626.

Según Sutton, el Embarazo Ectópico se observa también en animales, tales como la mona, la vaca, la oveja, la perra y la yegua.

Muchas son las causas que se han invocado para explicar la implantación viciosa del óvulo fecundado, así encontramos unas atribuidas a la madre, otras directamente al huevo, y algunos autores creen también en la influencia de causas de origen paterno.

Causas maternas.—1) Infantilismo de la trompa; 2) Malformaciones congénitas; 3) Procesos inflamatorios crónicos de los anexos (tuberculosis, gonococo, celulitis, pelviperitonitis); 4) Trompas uterinas excesivamente largas, torsión, acodaduras o

estrechez de su luz; 5) Espasmo tubario, insuficiencia muscular y antiperistaltismo; 6) Endometriosis de la trompa o del ovario; y 7) Lúes.

Causas directamente del huevo.—1) El impulso primitivo que rige la fecundación y división del huevo, puede ser exagerado, la división muy rápida, y por ende la anidación precoz, antes de llegar a la cavidad uterina. 2) El impulso primitivo que rige la fecundación puede estar muy disminuído y la anidación se verifica muy tardíamente, a veces hasta en el cuello uterino, y muy raro en la propia vagina. 3) Tendencia invasiva excesiva del trofoblasto de que está revestido el óvulo, lo que hace que se implante fácilmente el mismo. 4) Óvulo muy desarrollado que se desliza con dificultad. 5) Emigración externa o intraperitoneal, debido a que en ciertos casos por falta, atresia, o por estar ocluída la trompa, el óvulo tiene que cumplir un largo recorrido para llegar a la trompa del lado opuesto. 6) Otras veces el óvulo atraviesa la trompa correspondiente, el fondo de la cavidad uterina, alcanza la trompa del lado opuesto, y en ella se implanta. Es la llamada emigración interna.

Según algunos autores, hay una causa de origen paterno, atribuyendo a las uretritis y prostatitis crónicas la causa del Embarazo Ectópico, pero actualmente tiende a ser desechada.

ANATOMIA PATOLOGICA

El embarazo tubárico (el más frecuente), cumple un proceso de anidación similar al que se cumple en el embarazo intrauterino, eutópico o idiotópico. El huevo penetra en la mucosa tubárica hipertrofiada e hiperhémica, debido a la influencia de la progesterona, y se aloja en su espesor mientras evoluciona, y el trofoblasto activo y proliferante, no encontrando submucosa, alcanza la capa muscular. Las vellosidades coriales, dotadas de poder citolítico y angioclástico, destruyen los elementos musculares, abren los vasos, y se forman lagos sanguíneos donde las vellosidades nadan.

Se establece así la circulación materno-ovular, pero es insuficiente para satisfacer a todas las vellosidades. Algunas se atrofian, se retraen, quedan abiertos los lagos sanguíneos donde habían penetrado, y se producen consecutivamente hemorragias, que se

repiten y multiplican, desprendiendo, parcial o totalmente, el huevo de su inserción tubárica. El huevo puede quedar dentro de la trompa, más o menos alterado, en medio de un coágulo sanguíneo, a veces voluminoso, constituyéndose el hematosalpinx, favorecido por la oclusión del extremo distal de la trompa, y que es el más simple de los accidentes evolutivos de un embarazo tubárico. Si las hemorragias son pequeñas, el huevo desprendido muere, se reabsorbe, la trompa se canaliza, y ocurre la curación espontánea.

Otras veces, el huevo desprendido y rodeado de sangre, impulsado por movimientos antiperistálticos o peristálticos, cae en la cavidad peritoneal (aborto tubo-abdominal), o en la cavidad uterina (aborto tubo-uterino). Como el desprendimiento del huevo puede ser total o parcial, se habla de abortos tubáricos completos e incompletos.

En general, suelen ser abortos tubáricos incompletos, quedando adheridas a la pared de la trompa vellosidades que pueden persistir activas, y originar hemorragias intensas. El huevo que cae en la cavidad abdominal, puede morir y ser reabsorbido, pero puede fijarse, anidar, y continuar su desarrollo (embarazo peritoneal secundario).

Otras veces, el huevo tubárico no se desprende, sigue creciendo, la pared tubárica se adelgaza, y por acción conjunta de la distensión y de la destrucción de la pared por las vellosidades, la trompa se rompe (rotura tubárica), acompañándose de una hemorragia interna, seria, a veces mortal. El huevo se desgarrar, el embrión cae en la cavidad abdominal, pudiendo quedar los anexos adheridos a la trompa. La muerte del embrión es lo habitual. A veces, cae el huevo entero en la cavidad abdominal, contrae adherencias, y sigue viviendo. (Embarazos peritoneales secundarios).

En casos excepcionales, la rotura se produce a nivel del borde adherente de la trompa, en el ligamento ancho, y el embrión puede seguir viviendo y creciendo, en el tejido celular intraligamentario, siempre que la placenta haya conservado, en gran parte, sus adherencias tubáricas. El embarazo continúa, al desarrollarse desprende el peritoneo pelviano, hasta que la bolsa se rompe, y el feto cae en la cavidad abdominal.

Por último, un embarazo tubárico puede llegar a término, cosa que, dadas las condiciones poco propicias en las cuales evoluciona, es una eventualidad rara.

El embarazo peritoneal primitivo, tiene un cuadro anatomo-patológico reducido: una ulceración sangrante, en el fondo del saco de Douglas, cara anterior del recto, cara posterior del ligamento ancho, epiplón, etc.

Para poder asegurar el diagnóstico de embarazo peritoneal, o abdominal primitivo, es preciso que el aparato genital aparezca absolutamente normal. Esto tiene valor sólo en los primeros meses del embarazo. Más tarde es difícil tener la certeza de que es primitivo.

Actualmente se tiende a aceptar que el embarazo peritoneal primitivo se constituye sobre islotes endometrícos peritoneales.

El embarazo peritoneal secundario, suele ser tubo-abdominal, es decir, secundario a un aborto o rotura tubáricos.

El embarazo ovárico, como el peritoneal, suele ser una sorpresa operatoria. Se encuentra un ovario grande, perforado y sangrante; su sección descubre una cavidad y el examen histológico muestra vellosidades coriales.

Otras veces se descubre un tumor ovárico más grande, y en su interior un feto. Otras, mucho más raras, el embarazo ovárico puede alcanzar el término. Estas diversas evoluciones responden al sitio del ovario donde se ha realizado la anidación.

Si el huevo anida en la superficie ovárica (embarazo ovárico superficial), es porque aprovecha un islote endometríco, y como las condiciones de sobrevivencia son escasas, se interrumpe su evolución precozmente. Hay cuerpo amarillo verdadero.

Si el huevo resulta de la fecundación intrafolicular del óvulo (embarazo ovárico foliular), puede ocurrir que lo haga cuando el óvulo está implantado aún en el cúmulo prolífero, y entonces el huevo anida ahí mismo, y no hay cuerpo amarillo. Es la anidación básica. Pero si el óvulo se ha desprendido, y es fecundado dentro del folículo, pero lejos del cúmulo prolífero, el huevo anida en la periferia, y hay cuerpo amarillo. Es la anidación periférica.

El embarazo ovárico foliular es mucho más frecuente (95 por ciento), que el embarazo ovárico superficial.

El útero, cualquiera que sea la variedad de Embarazo Ectópico, se comporta en forma singular. La mucosa se decidualiza,

y el útero crece en las ocho o diez primeras semanas, como si contuviera un huevo. Pasado el segundo mes, el crecimiento se estaciona. Si el feto muere, o se interrumpe el embarazo, la decidua es expulsada y el útero involuciona. Cuanto más avanzado es el embarazo, más gruesa y rugosa es la decidua expulsada.

En algunos casos, el Embarazo Ectópico consigue proseguir su crecimiento intratubárico, o intraperitoneal. El feto puede llegar al término. Pueden aparecer dolores (falso trabajo de parto), la decidua es expulsada y pasan los dolores. El feto muere.

El feto de cierto desarrollo ya no puede ser reabsorbido, queda como un cuerpo extraño, y sufre procesos de necrobiosis, momificación y calcificación. Cuando el feto se infiltra con sales calcáreas, se constituye el litopedión; si esa infiltración alcanza sólo a las membranas ovulares, se denomina litokelifos, y si alcanza el feto y a las membranas, se constituye el litokelifopedión. En tales condiciones, el feto puede ser tolerado mucho tiempo sin mayores trastornos, cosa que no es frecuente.

Después de la muerte fetal, el saco o quiste ovular suele infectarse secundariamente, por su proximidad con el intestino. El quiste supurado, se abre en una cavidad natural, o en la piel, con lo cual puede conseguirse la curación espontánea, tras larga supuración, o bien sobrevienen accidentes sépticos que pueden matar a la enferma si no se la opera.

DESCRIPCION CLINICA

Los signos y síntomas son variables, según el tiempo transcurrido desde la iniciación del embarazo, y según que éste sea simple o complicado.

Sintomatología.—Antes de cumplir el primer mes de embarazo, se observan signos de gestación, náuseas, vómitos, hipersensibilidad y tensión en los pechos, molestia dolorosa a nivel de las fosas ilíacas, que hace pensar en una afección anexial o tumefacción pre-menstrual. Al tacto vaginal se pueden descubrir modificaciones de consistencia del cuerpo y cuello uterinos, no muy convincentes, y a través de uno de los fondos del saco, un anexo más o menos doloroso, cuyo aumento de tamaño no suele ser muy claro. Puede simular un cólico de apendicitis o intestinal, en las prosti-

tutas se observa un cuadro clínico, "el cólico de las prostitutas", que seguramente es a menudo debido a un Embarazo Ectópico que se resuelve espontáneamente.

Pero no siempre examinamos a la enferma tan precozmente; casi siempre se presentan después de un mes de amenorrea, y a los signos del comienzo de un embarazo, la enferma acusa dolor en la parte inferior del abdomen, particularmente en el lado afectado, en forma de calambres causados por las contracciones uterinas, distensión tubaria y a veces hay síntomas leves de peritonitis pélvica, al cabo de algunos días se presenta un flujo vaginal sanguinolento, irregular, exiguo, pegajoso y de color oscuro, que puede confundir al médico con los signos de un aborto inminente.

Al examen ginecológico encontramos un útero reblandecido y un poco grande, un tumor yuxta-uterino que por exámenes consecutivos se puede apreciar que va en aumento.

En este momento los signos fundamentales son: 1º) Irregularidades menstruales; 2º) Hemorragia; 3º) Dolor, más otra serie de signos como tumor yuxta-uterino cuyo volumen va en aumento; útero reblandecido y grande, pero es en la interpretación de los tres síntomas principales en los que se hará el diagnóstico.

Irregularidades menstruales.—La primera idea que viene al decir embarazo es la de una amenorrea; no es así siempre, y en gran mayoría de casos las reglas persisten, pero de una manera alterada. Siguiendo al Profesor Mondor clasificaremos estas alteraciones en: de tiempo, de calidad y de cantidad.

Alteraciones de tiempo.—Hay que investigar cuidadosamente la fecha de las dos últimas menstruaciones; cuando la enferma ha sido regularmente reglada, un atraso o un adelanto es ya un síntoma de presunción.

Alteraciones de calidad.—Estas recaen en la consistencia; muy flúida, muy espesa como alquitrán, de color negra, clara o sepia.

Las enfermas necesitan un interrogatorio bien conducido y paciente para ir dando los datos necesarios. Algunas tratan de ocultarlo por falso pudor o instintivamente tratan de mentir, pero con un interrogatorio bien llevado conduce en esta fase a un diagnóstico más acertado.

Alteraciones de cantidad.—Por lo general si se interroga en ese sentido, la enferma recordará que su última regla, aun puntual,

sólo la tuvo durante uno o dos días o aun sólo unas horas que reapareció al día siguiente o bien dos días después; que si bien la tuvo el acostumbrado tiempo, pero la cantidad fue muy escasa. En resumen, la cantidad de sangre perdida fue notoriamente menor que los otros meses o, por el contrario, la cantidad fue mucho mayor.

Hemorragias.—Cuando ha habido un período de amenorrea, por corto que sea, y reaparece, con lo que las enfermas llaman una regla retrasada, debemos ponernos sobre la pista de un Embarazo Ectópico.

La hemorragia puede aparecer uno, dos o más días después de una regla considerada normal, es constante en escasa cantidad o bien intermitente o más o menos abundante; la sangre roja, negra, con coágulos o flúida, que apenas tiña las ropas de la enferma pero siempre conservando su gran valor. O bien se presentará días antes de la regla esperada y se prolongará por varios días más, dando la impresión de una puntualidad menstrual que hay que esforzarse en descubrir.

Dolor.—Cuando éste existe asociado a los dos síntomas anteriores, se tiene la tríada completa. Su intensidad, así como su localización, son muy variables.

Intensidad.—Desde el dolor sincopal hasta el dolor sordo y sensación de tensión, pasando por todos los grados. Frecuentemente se alivia con el reposo y se exacerba con el movimiento o el ortoestatismo. Su ritmo también se modifica muy a menudo y las enfermas lo clasifican de "dolores de parto."

Localización.—Es hipogástrico la mayoría de las veces. También puede ser alto, epigástrico, lumbar, escapular. Por lo común se irradia a las regiones lumbar y sacra, pero otras veces queda localizado al epigastrio o a una de las fosas ilíacas.

Duración.—Permanente, fugaz o intermitente, son las características que puede presentar.

Relaciones entre el dolor y la hemorragia.—Debe insistirse mucho tratando de averiguar si el dolor precede o sigue a la hemorragia, pues en el primer caso la posibilidad del Embarazo Ectópico es mayor. Así pues debemos precisar la relación hemorragia-dolor, hasta donde sea posible.

Es sobre estos tres síntomas principales bien buscados y bien interpretados que se llegará al diagnóstico de Embarazo Ectópico, confirmación en que nos ayudará un examen clínico cuidadoso.

Durante este tiempo no se presenta fiebre, ni leucocitosis puesto que aun no contiene sangre la cavidad abdominal que irrite el peritoneo. La enferma acusa constipación, alteraciones a la micción, trastornos que traducen la compresión de los órganos pélvicos.

Con ocasión de un esfuerzo: el coito, un examen ginecológico, o bien espontáneamente, la paciente experimenta un súbito dolor en la fosa ilíaca, sufre un desmayo o vértigo y tiene náusea a veces seguida de vómito; es posible que entonces aparezcan síntomas de shock causados por la súbita distensión de la trompa o bien por la irritación peritoneal que ocasiona la sangre, o por la copiosa hemorragia. Continúan los dolores y pueden ser expulsados los fragmentos de caduca o toda ella, y si el médico no pone la debida atención puede también diagnosticar aborto. Los antedichos síntomas dan indicio de que ha sucedido la hemorragia en la trompa o a través de ésta en la cavidad peritoneal o bien que se ha efectuado la ruptura de aquélla.

Después de la mitad del embarazo, todos los síntomas descritos se acentúan, los de compresión, los dolores, la pérdida de sangre, de trozos de caduca, etc. Palpando se descubre la presencia de un tumor que a menudo corresponde con la edad de la preñez, de forma caprichosa, de consistencia desigual, que no se contrae, que está desviado lateralmente, y en su interior a veces se pueden localizar las partes fetales con la sensación de superficialidad muy neta, los movimientos activos son muy dolorosos, si el feto está vivo se puede auscultar, pero si está muerto la palpación de sus partes es más neta. Combinando la palpación y el tacto puede separarse del tumor principal el útero hipertrofiado.

Cuando el embarazo llega a término o poco tiempo antes se inicia un falso trabajo de parto constituido por contracciones uterinas dolorosas, dilatación cervical (hasta 2 centímetros), por la salida de caduca. De no intervenir en estas condiciones, sobreviene la muerte del feto y como consecuencia los dolores cesan y en los días posteriores se eliminan loquios, las mamas entran en secreción, las reglas aparecen a la quinta o sexta semana.

Síntomas de las complicaciones.—Casi siempre el Embarazo Ectópico se interrumpe, ya sea por el desprendimiento del huevo

y su retención en la trompa (hematosalpinx), (hematomola), ya por el desprendimiento y su expulsión hacia el abdomen (aborto tubario), o ya sea por la ruptura de la trompa.

El Hematosalpinx.—Se caracteriza por la pérdida sanguínea muy escasa, el dolor muy poco acentuado y el aumento brusco del tumor anexial.

El aborto tubario y, a menudo, la rotura tubaria latente.—Se denuncian por crisis sucesivas de dolor y rara vez por un dolor agudo y brusco que lleva al síncope, pero que se localiza en el epigastrio o en el hombro (signo del frénico).

Hay reacción peritoneal (náuseas, meteorismos, retención de orina, heces, etc.), y excepcionalmente fenómenos de anemia agudos (palidez, mucosas decoloradas, hipotensión, taquicardia, enfriamiento de las extremidades, etc.); por los genitales aparece sangre negruzca, pero el tacto y la palpación no descubren nada hasta las 24 ó 48 horas a medida que la sangre pasa al abdomen y se acumula en los sitios declives, va adquiriendo consistencia (hematocele), tumor blando y pastoso que abomba el Douglas, que impulsa y eleva el útero contra la sínfisis del pubis, hasta situar el hocico de tenca por detrás de ella, y que provoca dolor al comprimirlo (signo del Douglas).

Hay fiebre de 38 grados, leucocitosis y subictericia, el tumor entretanto aumenta de consistencia hasta hacerse leñoso.

Ulteriormente la sangre enquistada se reabsorbe, pero el derrame puede seguir haciéndose con lentitud e irse colectando en el mismo punto, los dolores y la anemia se acentúan, hasta que esta última conduce a la muerte.

Si el hematocele se infecta, el tumor se ablanda, el Douglas se hace cada vez más sensible y la fiebre se eleva con grandes oscilaciones. Todo se mantiene así hasta que la bolsa de pus se abre espontáneamente en la vagina, u otro órgano hueco (vejiga, intestino), o en la cavidad abdominal dando origen a peritonitis y septicemia.

Rotura tubaria.—Se denuncia frecuentemente por signos agudos y dramáticos (cosa que hace por excepción el aborto tubario). Inicia la escena un dolor repentino y violento que, localizado al sitio de rotura, se extiende a todo el abdomen; aparecen los vértigos, síncope y el cuadro impresionante de la anemia aguda y el

shock por hemorragia interna. La enferma está en algunos casos deprimida y en otros excitada. El dolor puede propagarse al hombro derecho, al Douglas, al ano; el diagnóstico en estos casos se impone por los signos de shock, hemorragia interna e irritación peritoneal.

La hemorragia cataclísmica lleva a la muerte en pocas horas, con dolores en el fondo del saco de Douglas, y esto, unido a la falta de contracción (defensa), de la pared abdominal, se ha considerado como característico de la hemorragia intraperitoneal.

DIAGNOSTICO

En la primera mitad del embarazo, sobre todo en el primer trimestre, cuando una mujer se halla en el período fecundo de la vida, después de tener alguna irregularidad de la menstruación, retraso o hemorragia, experimenta dolores en forma de retortijones o calambres o en cualquier otra forma o localización de las ya mencionadas, acompañándose de hemorragia uterina irregular, en especial de color oscuro, es de sospechar que haya un Embarazo Ectópico; si acaso sobreviene de improviso un dolor pélvico intenso, con vértigo, desmayo o colapso, se hará casi con certeza el diagnóstico de Ectópico, el cual se confirmará al palpar un abultamiento extrauterino, o al ser expulsada una caduca.

Las reacciones biológicas para el diagnóstico del embarazo serán positivas en este momento, pero no pueden aclarar sobre la exacta localización de éste.

En todo momento el Embarazo Ectópico puede ser confundido con una serie de enfermedades, como puede observarse en el capítulo del diagnóstico diferencial.

Puede ocurrir también en la primera mitad del embarazo que la paciente vaya al médico convencida de poseer una gestación (náusea, amenorrea, etc.), pero temerosa de que se interrumpa y aborte; cosa a la que la induce la pérdida sanguínea o la expulsión de caduca. El error de diagnóstico en este caso puede significar otro error terapéutico de la mayor importancia, como es verificar un legrado digital o instrumental. La valiosa ayuda que da actualmente la histología, permite ser más amplio en el sentido de una exploración uterina, pues da resultados valiosos en la duda no aclarada entre la expulsión de vellosidades coriales o solamente

parte de caduca. La confirmación de presencia de vellosidades coriales está en favor de un embarazo intrauterino y la no confirmación de un Embarazo Ectópico.

Después de la mitad de la gestación casi siempre se diagnostica un Embarazo Ectópico, la repercusión dolorosa de los movimientos fetales, la marcada superficialidad de las partes de éste y la palpación de un útero ligeramente aumentado de volumen e independiente de la bolsa fetal, son los principales signos de gran valor para el diagnóstico; pero estos signos dados por el feto pueden tener un valor muy relativo cuando se trata de una pared abdominal muy gruesa y muy tónica; así también un tumor uterino puede ser interpretado equivocadamente como un Embarazo Ectópico. Al contrario, paredes abdominales muy delgadas y paredes uterinas también delgadas (multiparidad), puede dar la sensación de que es un embarazo extrauterino, siendo un embarazo normal; pero en estas circunstancias la radiografía es un auxiliar de primer orden.

Diagnóstico radiológico del Embarazo Ectópico.

Ya hace varios años han sido señalados en las radiografías simples, ciertos signos que orientan al tocólogo, para el diagnóstico del Embarazo Ectópico; en los últimos meses de gestación se observa:

1º—Que todo el feto está colocado en la parte lateral del vientre y más en contacto con la pared abdominal anterior que normalmente; esto último puede comprobarse mejor tomando una radiografía de perfil.

2º—La actitud del feto es extremadamente irregular (acentuada flexión de la cabeza), y cuando el feto está muerto se ve un apelonamiento de éste en el saco extrauterino.

3º—En la actualidad presta grandes servicios la histerosalpingografía, que destaca claramente que el feto se encuentra fuera de la cavidad uterina, inyectada previamente de lipiodol.

4º—Con los rayos blandos, antes del séptimo mes puede reconocerse el embarazo extrauterino radiológicamente por el hecho

de encontrarse el feto al lado del útero que da una sombra ovalada suave de pequeñas dimensiones que se superponen en parte con la sombra de la vejiga.



Figura número 2.

Radiografía con histiografía, mostrando un Embarazo Ectópico a término. Tomado del Tratado de Obstetricia de Manuel Luis Pérez. Argentina.

DIAGNOSTICO DE LAS COMPLICACIONES

Hemorragia brusca por ruptura o aborto tubario.—Es un cuadro clínico que se ve con frecuencia y con algunas variantes. Si el Embarazo Ectópico sin complicaciones es de difícil diagnóstico, ya complicado no lo es en tal grado. Si nos encontramos con un cuadro de hemorragia interna en una mujer en período genital activo, el primer pensamiento debe ser para el Embarazo Ectópico.

Casi siempre son enfermas de una palidez extrema, disneicas, de faz angustiada y anhelante; refieren sus antecedentes con dificultad, en fin, los signos de hemorragia interna y de shock se confunden.

Si se llegan a obtener los datos referentes a los trastornos de las reglas o de una amenorrea de uno, dos o tres meses, de dolor súbito y de intensidad variable, que a veces es sincopal y otras muy moderado, de hemorragias uterinas que han persistido por más o menos tiempo que son de sangre de color obscuro, se habrá reunido la tríada que conduce al buen diagnóstico.

Otras veces se presentan lipotimias, molestias a la defecación, náuseas, vómitos, etc. El cuadro clásico con el dolor en puñalada de la inundación peritoneal es raro verlo en todo su rigor, casi siempre se queda en los umbrales de la gravedad; advirtiéndole al médico en buena hora para una intervención, si no sigue acentuándose hasta la muerte.

Los signos físicos son variables: el vientre está un poco distendido, sensible en sus cuadrantes inferiores, pero la defensa muscular falta. Por el examen ginecológico nos damos cuenta de la hemorragia, sangre sepia dicen los clásicos; hay reblandecimientos del cuello uterino, con su orificio apenas entreabierto; de la movilidad y aumento moderado del cuerpo del útero y a veces de un tumor en uno de los fondos del saco.

El fondo del saco de Douglas se encuentra también distendido, resistente y muy doloroso, en ocasiones también los fondos de saco laterales presentan la misma sintomatología.

Hematocele.—Otras veces las hemorragias no se acompañan de cuadros ruidosos, sino que van haciéndose lentamente y se acumulan en el fondo del saco posterior para constituir el hematocele. Es posible que interrumpiendo este curso lento, una hemorragia abundante ponga su sello de dramatismo y vuelva alarmante el cuadro. Es lo que Mondor llama hemorragia en dos y tres tiempos. En la historia de la enferma encontramos la tríada ya citada, y en el examen ginecológico comprobamos que el fondo del saco posterior está ocupado y doloroso, y a veces crepitación como de nieve, debida a la acumulación de coágulos sanguíneos en este lugar, el útero está ya desviado hacia atrás o hacia adelante; si se moviliza se provoca dolor y ésta también aparece al menor esfuerzo, durante la micción o la defecación.

Otros signos que se encuentran en el Embarazo Ectópico complicado son los siguientes:

- 1º—Tendencia al síncope;
- 2º—Signos de derrame;
- 3º—Estado del pulso y de las mucosas;
- 4º—El ombligo de una coloración azulada (signo de Hoffs-tatter y signo de Gullen);

5º—Dolor alto y tardío;

6º—Signo del Douglas: sensibilidad y tensión;

7º—Grito vesical de Oddy.

1º—*Tendencia al síncope.*—Después del dolor que hizo perder el conocimiento a la enferma se repetirán las lipotimias y los síncope al menor esfuerzo con el intento de sentarse o ponerse de pie. Este cuadro sucede una sola vez, pero lo más frecuente es que se repita.

2º—*Signos abdominales de derrame.*—Los comunes, que no siempre se hallan a pesar de que exista en la cavidad abdominal un derrame sanguíneo importante. No hay que esforzarse en encontrarlo.

3º—*Estado del pulso y de las mucosas.*—Alterado, como en toda hemorragia, el pulso será rápido, regular, pequeño y las mucosas se decoloran en relación con la anemia; la ausencia de estos síntomas no es suficiente para descartar la probabilidad de Embarazo Ectópico, pues en muchos casos de Ectópicos confirmados no se observaron modificaciones del pulso y de las mucosas.

4º—*Ombigo azul.*—Se ha observado la coloración violácea o azulada de toda la región umbilical, pudiéndose apreciar mejor este signo iluminando sólo la región afectada en un cuarto oscuro. Mondor sólo cita dos casos en que observó este signo.

5º—*Dolor alto y tardío.*—Semejante al dolor epigástrico de la apendicitis, se debe a la irritación del peritoneo y del plexo solar. Este signo también no es nada frecuente y debe saberse interpretar.

6º—*Signo del Douglas.*—Son dos, y bastante frecuentes: la sensibilidad cuando se hace el tacto y se presiona en el fondo del saco posterior (la enferma acusa un dolor muy marcado y la tensión que es fácil de comprobar por el mismo tacto) tiene una gran importancia, pues revela la colección hemática en la pelvis menor.

7º—*Grito vesical de Oddy.*—Durante el examen ginecológico al practicar la rutinaria evacuación de orina antes de proceder al tacto, es fácil comprobar que acompañando la última parte de la

micción aparece un dolor más o menos intenso y que en general las enfermas acusan espontáneamente. Se debe a la movilización que sufre el útero al vaciarse la vejiga. Todos estos síntomas y signos deben tenerse en cuenta, pero también hay que recordar que no es su ausencia la que va a negar el diagnóstico de Embarazo Ectópico. Cuando estén presentes hay que agregarlos al cuadro clínico, pero nunca nos dejemos extraviar del buen diagnóstico tan sólo porque no los comprobamos.

PUNCION DEL FONDO DEL SACO DE DOUGLAS

Es una maniobra que puede ser de utilidad si se sospecha Embarazo Ectópico complicado, pues cobra un gran interés para su diagnóstico.

Técnica.—Es muy sencilla y carece de peligro; se ejecuta colocando el espéculo vaginal y reconocido el cuello y fondo del saco de Douglas, se antisepsia éste y se fija el cuello por su labio posterior con una aguja de 1 milímetro de diámetro y provista de un mandril (Pavlovski) se punciona el fondo del saco de Douglas penetrando suave, profundamente y en la línea media; luego se aspira con una jeringa retirándose lentamente la aguja. Toda colección que haya en la pelvis menor se mostrará en la jeringa. Cuando del Embarazo Ectópico complicado se obtiene sangre negra, flúida y que no coagula, si se pone sobre una compresa se notan pequeños coágulos que estaban en suspensión. Este medio sencillo y casi patognomónico aclara muchas veces un cuadro que aparecía complicado, o confirma un diagnóstico ya emitido. En los casos de colecciones purulentas será pues lo que obtenga la punción. Se presta a error en caso de quiste retorcido, porque se puede llegar a puncionar el quiste de contenido hemático; en los casos de hemorragia intraperitoneal, como por ejemplo por ruptura de vísceras llenas o de folículos ováricos. En las pancreatitis agudas hemorrágicas, también se obtendrá un líquido sangui-nolento pero con propiedades citolíticas que no presenta la hemorragia por Embarazo Ectópico. Hay casos en que, a pesar de haber un Embarazo Ectópico complicado, la punción del Douglas queda blanca. Varias causas lo explican: sangre coagulada, longitud o calibre insuficiente de la aguja, útero en retroversión.

Como peligros se señalan la punción del recto y de la vena cava inferior (Pavlovski). Para estar seguro de que la sangre obtenida no viene de una vena, lo más fácil es, como lo dice Pavlovski, comparar con la sangre que se obtenga del pliegue del codo, por ejemplo.

FORMAS CLINICAS

Muchas veces se presenta un conjunto de síntomas discordantes entre sí y es labor del clínico reunirlos y tratar de encuadrarlos en una enfermedad. No hay que esperar encontrar en la enferma el conjunto sintomático que se describe en los tratados. Bajo distintas formas se presenta el Embarazo Ectópico como para poner a prueba la sagacidad de quien examina.

Las frecuentes son: forma peritonítica, forma oclusiva, forma apendicular, anexial y forma de aborto (Mondor). Sólo nombrarlas basta para saber cómo serán tales cuadros y la cautela que se debe observar con el fin de evitar una equivocación.

LABORATORIO

Debemos recurrir a él porque hay toda una serie de datos importantes que proporciona. Los exámenes de la sangre tienen también gran importancia y recaerá sobre el número de glóbulos rojos su contenido en hemoglobina y su velocidad de sedimentación y para los glóbulos blancos se hará el cuadro de Schilling.

Número de glóbulos rojos: si se practica un recuento recién roto un Embarazo Ectópico se comprueban escasas e insignificantes modificaciones, pero a medida que pasa el tiempo, el grado de anemia se hace grave. Un recuento de glóbulos rojos hecho mucho tiempo después de los accidentes, se encuentra anemia hasta de 1.000,000 y aun más. Hemoglobina: en un principio no hay relación entre la disminución de los glóbulos rojos y el descenso de la hemoglobina, si se sigue de hora en hora la caída del título de la hemoglobina, puede conocerse la gravedad progresiva de la hemorragia, y por eso es conveniente dosificarla por lo menos cada día o cada doce horas. La velocidad de la eritrosedimentación es de mucha utilidad cuando se trata de hacer la diferenciación de los procesos inflamatorios agudos en la que está muy acelerada, de un

Embarazo Ectópico en cuyo caso la aceleración es poco pronunciada o casi nula. Sin embargo, no es de valor cuando el hematocrito se ha infectado.

Glóbulos blancos: es importantísimo contarlos a menudo, cada hora, piensa Fays, pues se sigue una curva de aumento que indica también la evolución del caso.

Las cifras observadas varían considerablemente, y desde 3,000 glóbulos puede llegar a 33,000.

Cuando se agrega la infección es natural que los leucocitos aumenten todavía más.

Hemograma de Schilling: dos fenómenos se observan: la neutrofilia y la desviación a la izquierda o aparición de células jóvenes. En el primer caso se ve un aumento de los neutrófilos que varía entre el 62 y el 85 por ciento, lo cual pasa la cifra observada en el embarazo normal. Respecto a la desviación a la izquierda tiene cierto valor sólo en los Embarazos Ectópicos complicados de supuración.

En resumen, no tenemos hasta hoy una prueba específica del Embarazo Ectópico, pero sabiendo coordinar los datos que nos suministra el laboratorio con los que nos dé la clínica, les encontraremos gran utilidad. El profesor Benthin concede una gran importancia al estudio histológico de la mucosa uterina por raspado con fin diagnóstico. Describe sobre todo las modificaciones que se observan a nivel de las glándulas, las cuales se hipertrofian y toman un aspecto flexuoso, tomando el epitelio la forma de hoja de palma y aparecen en el estroma células que recuerdan en todo a las células de la decidua. Tiene una indiscutible utilidad cuando se trata de diferenciar un Embarazo Ectópico complicado de otra afección pelviana, como por ejemplo un fibroma, una poliposis o un quiste del ovario.

Las reacciones de Friedman, Aschiem y Zondeck, Galli Mainini, etc., serán siempre positivas para embarazo, pero no pueden precisar la localización de éste, ni si el feto está vivo o está muerto, pero la presencia de considerable cantidad de estrógeno en la sangre de la enferma es una prueba infalible de que el feto vive; su ausencia es prueba positiva de la muerte fetal, con tal de que el embarazo sea de dos meses o más avanzado. Mientras no se presente una complicación, los exámenes de sangre están comprendidos entre las cifras normales.

Del quinto al catorceavo día después de la fecundación, las reacciones de Friedman, Aschiem y Zondeck, Galli Mainini, etc., ya son positivas y especialmente lo son al final del primer mes con una exactitud del 98 al 98.5 por ciento. Sin embargo, pueden haber reacciones falsas positivas debido a menopausia precoz, hipertiroidismo, quistes ováricos, hiperplasia del endometrio, cáncer uterino y mola hidatideforme.

En el Embarazo Ectópico, después de muerto el feto persisten las reacciones biológicas positivas del embarazo, durante un término de dos a seis semanas si queda tejido coriónico activo. Cuando muere este tejido las reacciones se vuelven negativas.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Para facilitar la descripción dividiremos los casos de Embarazo Ectópico en dos grupos: el primero corresponde al Embarazo Ectópico no complicado y el segundo al Embarazo Ectópico complicado.

Primer grupo: embarazo tubario no complicado.—1) En una gestación de poco tiempo se piensa en embarazo intrauterino y el diagnóstico diferencial es imposible, cuando no se toca la trompa grávida. A veces es muy difícil diferenciar el tumor angular de un embarazo intrauterino en un ángulo de una Gestación Ectópica. El siguiente cuadro comparativo establece el diagnóstico diferencial entre los dos casos:

Embarazo angular intrauterino.

- 1.—La historia es la propia de un embarazo normal, si bien no pocas veces la gestación angular ocasiona de cuando en cuando leves hemorragias y dolores.
- 2.—No hay expulsión de membranas, ni no ser que haya aborto.
- 3.—No hay anemia.

Embarazo extrauterino.

- 1.—Hay historia de dolores, cólicos y de irritación peritoneal por varias semanas; después súbitamente se presentan los síntomas violentos de la ruptura: dolor intenso, shock, etc.
- 2.—Expulsión de membrana caedua.
- 3.—Hay anemia más o menos intensa.

- 4.—Se puede demostrar la presencia de la trompa y del ligamento redondo fuera del tumor.
- 5.—Se palpa que la pared uterina se continúa con el tumor, especialmente durante una contracción.
- 6.—El tumor es blando, se palpa como el propio de un embarazo, está situado encima y a un lado de la pelvis, y se mueve como una parte del útero.
- 7.—Se contrae la porción angular del útero.
- 8.—Poco a poco la matriz recupera su forma característica.

- 4.—No son palpables la trompa ni el ligamento redondo o se sienten hacia la línea media del tumor.
- 5.—El tumor está separado de la matriz por un surco, particularmente profundo cuando el huevo está en un cuerno accesorio.
- 6.—El tumor es más duro, está situado a un lado, por detrás o por encima del útero y no es movable.
- 7.—No hay contracciones en el saco.
- 8.—El tumor se vuelve cada vez más asimétrico, según se nota en sucesivas exploraciones.

En el diagnóstico del Embarazo Ectópico con la retroversión de un útero grávido es algunas veces delicado; en los dos casos hay signos de principio de embarazo; el tumor formado por el útero en retroversión puede ser tomado por un hematocele e inversamente se puede creer en un útero grávido retroflexionado, en tanto que en realidad hay un Embarazo Ectópico.

Embarazo en el útero en retroflexión.

- 1.—Historia típica del embarazo.
- 2.—Son frecuentes las perturbaciones urinarias y marcadas después de la décima semana.
- 3.—Dolor y hemorragia raros y ligeros.
- 4.—Se palpa con el dedo el ángulo del cuello y la mano abdominal no encuentra nada donde debiera estar el cuerpo uterino.

Gestación Ectópica.

- 1.—La historia indica probabilidad de gestación anormal.
- 2.—Rara vez hay síntomas vesicales antes del quinto mes.
- 3.—Por lo común sucede lo contrario.
- 4.—Con el dedo se palpa un ángulo, pero con la mano colocada sobre el abdomen se siente el cuerpo uterino, y, algunas veces, las trompas delante del tumor.

- 5.—El cuerpo uterino en retroflexión es redondo, liso, más o menos movable, da al tacto la sensación propia del embarazo y algunas veces se contrae.
- 5.—La masa que se palpa en la excavación recto-uterina es irregular, inmóvil, blanda, no se siente como si fuera el útero grávido, y nunca se contrae.
- 6.—Los ligamentos sacro-uterinos están estirados (hacia el recto).
- 6.—No se palpan.

2) Cuando el huevo implantado en la trompa ha adquirido cierto volumen se toca, además de un útero con las características de un útero gestante, aunque de tamaño menor al correspondiente a la edad del embarazo, un tumor anexial, fusiforme, redondo o redondeado, blanduzco, algo sensible, móvil, unilateral. No existen antecedentes inflamatorios recientes y las reacciones biológicas del embarazo son positivas. El diagnóstico diferencial se plantea con una anexitis, con un ovario grande por persistencia del folículo del cuerpo amarillo, o por un cistoadenoma.

El diagnóstico del tumor anexial inflamatorio se hace: a) Por el antecedente de la ascensión de los gérmenes que han provocado la endometritis consecutiva a maniobras abortivas, aborto, parto o infección gonocócica; b) La afección es habitualmente bilateral; c) Es francamente dolorosa; d) Hay reacción peritoneal; e) Existe fiebre, leucocitosis y eritrosedimentación acelerada; f) Mejora subjetiva y objetivamente con reposo y bolsa de hielo; g) La reacción biológica del embarazo es negativa.

Con un ovario grande por persistencia folicular, el diagnóstico diferencial se establece por: a) La edad, pues aparece generalmente en las vecindades del climaterio; b) Episodios anteriores de metrorragia por persistencia folicular; c) El útero suele estar aumentado de tamaño, algo globuloso y a veces reblandecido, pero la reacción biológica del embarazo es negativa.

Aunque no de observación frecuente, un cuerpo amarillo persistente o quístico puede simular un Embarazo Ectópico, no sólo por la sintomatología y el hallazgo semiológico, sino porque a veces la reacción de Friedman es positiva y hay reacción desidual del endometrio. Estas dos últimas modificaciones quizás obedezcan a una excesiva excreción de gonadotrofinas hipofisarias por hiperpituitarismo transitorio. Con un pequeño cistoadenoma del ova-

rio: 1) Porque el ciclo menstrual es normal; 2) No hay modificaciones uterinas de embarazo; 3) La reacción de la gestación es negativa; 4) Examinada la enferma poco tiempo después el tumor no se ha modificado.

El reconocimiento de una gestación doble, intra o extrauterina, es muy difícil o imposible si no sobreviene una complicación que haga evidente esta última.

Segundo grupo: embarazo tubario complicado.—La complicación de un embarazo tubario puede exteriorizarse clínicamente:

a) Ya sea en forma solapada, con una metrorragia no muy abundante, pero persistente;

b) Ya sea en forma brusca, con un cuadro abdominal agudo que repercute sobre el estado general y sorprende a la mujer en pleno estado de salud;

c) La metrorragia es debida a la eliminación del endometrio transformado en decidua cuando se produce la muerte del huevo implantado en la trompa. El diagnóstico de esta complicación es sencillo si en un examen ginecológico anterior de la enferma se había sospechado la existencia de un Embarazo Ectópico. Si la paciente se examina por vez primera con este cuadro, es decir, metrorragia consecutiva a un período de amenorrea, con signos más o menos evidentes de gestosis, el diagnóstico diferencial se plantea habitualmente con un aborto o con una metropatía hemorrágica tipo aborto.

Aborto:

- 1.—Comienzo lento, con dolores regulares, que se intensifican poco a poco, en la porción inferior del abdomen, semejantes a los del parto.
- 2.—Hemorragia externa, copiosa o moderada, con coágulos.
- 3.—Síntomas de hemorragia proporcionados al derrame visible de sangre.

Embarazo Ectópico:

- 1.—Comienzo súbito y violento con dolores irregulares a manera de calambres o retortijones, a veces pocos y muy intensos, a un lado.
- 2.—Hemorragia externa ligera, continua, oscura, flúida, puede faltar.
- 3.—Síntomas de hemorragia y choque desproporcionados con la pérdida visible de sangre.

- | | |
|--|--|
| 4.—Expulsión de partes del huevo. | 4.—Sólo se expulsa, si acaso, la caduca uterina, sin vellosidades. |
| 5.—Hallazgo del huevo en el útero y pelvis vacíos. | 5.—Hallazgo de una masa a un lado del útero. |
| 6.—Tamaño de la matriz proporcionado con la duración del embarazo. | 6.—Útero relativamente más pequeño. |

La reacción de Friedman o alguna similar puede contribuir a aclarar el diagnóstico entre Embarazo Ectópico, metropatía hemorrágica y endometriosis; cuando es positiva, las dos últimas enfermedades están excluidas.

d) En la ruptura y en el aborto tubario hay que hacer el diagnóstico diferencial especialmente con: 1º) Hemorragia del cuerpo amarillo del folículo; 2º) Torsión del pedículo de un cistoadenoma del ovario; 3º) Ruptura de piosalpinx; 4º) Torsión de trompa sana; 5º) Apendicitis aguda, perforada o no; 6º) Pancreatitis hemorrágica; 7º) Perforación de la vesícula biliar.

1º) *Hemorragia del cuerpo amarillo del folículo.*—Las hemorragias foliculares sobrevienen en la época de la ovulación, esto es, entre el 14 ó 16 días del ciclo, y se debe ya sea a la ruptura de pequeños capilares en el estigma, ya sea a la exageración patológica de la pequeña hemorragia por desgarros de los capilares, de la teca interna que normalmente se produce después de la expulsión del óvulo.

Las hemorragias del cuerpo amarillo pueden exteriorizarse clínicamente: al poco tiempo de constituida la glándula si el foramen folicular no se ocluye con fibrina, al cabo de unos días (6, 8 ó más), si la sangre al principio se acumula en el interior del cuerpo amarillo y luego cuando adquiere cierta tensión hace estallar al cuerpo lúteo y se derrama en el peritoneo.

Clínicamente las hemorragias del folículo y del cuerpo amarillo, en la primera variedad descrita, se caracteriza porque aparecen en una época constante del ciclo y porque en general son de evolución insidiosa.

Las hemorragias del cuerpo amarillo (según la variedad), sobrevienen días antes de la menstruación y son cataclísmicas.

El cuadro clínico se exterioriza por síntomas de irritación y son peritoneales, y a veces, de acuerdo con su intensidad, son síntomas de hemorragia interna. Como el cuadro no tiene nada de característico, sólo se hace el diagnóstico cuando se piensa en la posibilidad de esta afección, porque en la mayoría de los casos, la sintomatología simula o un Embarazo Ectópico complicado, o una apendicitis aguda si el dolor asienta en la fosa ilíaca derecha.

2º *Torsión del pedículo de un cistoadenoma del ovario.*—La sintomatología de la torsión del pedículo de un cistoadenoma del ovario es semejante a la torsión de los anexos sanos, agregándose la presencia de un tumor en el ovario.

3º *Ruptura de piosalpinx.*—La ruptura del piosalpinx es de diagnóstico fácil cuando se sabe que la enferma es portadora de un piosalpinx; de lo contrario si es del lado derecho simula una perforación apendicular, aunque mediante los antecedentes es posible en muchos casos la diferenciación. Síntomas de dolor intenso en la fosa ilíaca correspondiente, seguido de rápido colapso periférico, vómitos y contractura abdominal generalizada. El fondo del saco de Douglas es muy doloroso y la punción revela existencia de pus.

4º *Torsión de trompa sana.*—Se verifica sobre todo en mujeres jóvenes de edades comprendidas entre los 11 y los 22 años, a veces a la torsión de la trompa puede agregarse la torsión del ovario, forma una masa voluminosa, ordinariamente basculada en el fondo del saco de Douglas; el infarto, la isquemia, la gangrena, son los estados inevitables de esta complicación. Los síntomas principales son dolor, vómitos, pulso rápido, contractura; hacen habitualmente pensar en apendicitis y la probabilidad de un embarazo Ectópico; el derrame de sangre es generalmente de poca importancia; sin embargo, según algunos autores, ha habido gran hematocele, siendo la punción del Douglas positiva y extrayéndose hasta 300 c. c. de sangre. A los 15 casos que relata Mondor, podemos agregar a la literatura un caso más observado por el Doctor Ricardo Alvarez, observación presentada al final de este trabajo.

5º *Apendicitis aguda, perforada o no.*—La apendicitis aguda se confunde no pocas veces con el Embarazo Ectópico y cuando aquélla es concomitante con un verdadero embarazo no es posible hacer el diagnóstico diferencial.

Apendicitis aguda:

- 1.—No hay signos ni síntomas de embarazo.
- 2.—Dolor, náusea, vómitos, temperatura.
- 3.—Dolor al efectuar la palpación.
- 4.—Suele haber leucocitosis.
- 5.—Paciente congestionada y excitada. Muy al principio es posible que haya vértigo leve.
- 6.—Útero y sus anexos normales.
- 7.—Puede ser que se palpe un tumor en la porción superior de la pelvis.
- 8.—No hay síntomas uterinos.
- 9.—Prueba de Fahraeus (sedimentación de la sangre), fuertemente positiva (+++).
- 10.—Punción exploradora: puede ser que revele pus o suero con bacterias.

6° *Pancreatitis hemorrágica.*—El diagnóstico con pancreatitis hemorrágica descansa en antecedentes de litiasis biliar o de trastornos gástricos; dolor más intenso en el epigastrio que se propaga hacia atrás; vómitos repetidos; estado de shock muy marcado, disnea y palidez; pulso hipotenso, frecuente y filiforme; ausencia o escasa contractura parietal con abovedamiento epigástrico.

Preñez Ectópica:

- 1.—Hay signos y síntomas de embarazo.
- 2.—Dolor más intenso, menos vómito; no hay temperatura, o si la hay es menos intensa.
- 3.—Dolor y rigidez en mucho menor grado y más abajo.
- 4.—Leucocitosis equívoca: aumento en el número de polimorfonucleares y mononucleares; los basófilos con signos de anemia secundaria. Hemoglobina baja.
- 5.—Palidez y desmayo o apatía (baja tensión arterial).
- 6.—Hallazgos característicos.
- 7.—Tumor situado en la porción inferior de la pelvis.
- 8.—Expulsión de membrana caduca.
- 9.—Prueba de Fahraeus, levemente positiva (+).
- 10.—Positivas en el 98 por ciento de las veces, si persiste el embarazo; en otro caso la proporción de resultados positivos es mucho menor.

7° *Perforación de la vesícula biliar.*—La perforación de la vesícula biliar se caracteriza por: antecedentes de litiasis biliar; dolor inicial en el hipocondrio derecho propagado hacia el hombro, región interescapular y luego a la fosa ilíaca derecha; vómitos; en algunos casos la punción del Douglas revelará el coleperitoneo.

EVOLUCION

La evolución de la Preñez Ectópica varía según sea el sitio donde esté implantada.

La de la gestación intersticial implica casi siempre la rotura del saco y el paso del huevo al útero para expulsarse al exterior, o la rotura de la trompa y la caída en el abdomen. Excepcionalmente se “desliza” el huevo íntegro a la cavidad de la matriz, para continuar en ella su desarrollo o expulsarse como tal (aborto tubouterino).

La evolución del embarazo ístmico se hace hacia la superficie externa de la trompa, que destruída por las vellosidades acaba por desgarrarse (rotura tubaria); pero en el ampullar la porción libre del huevo sale en la luz tubaria, pudiendo verificarse la perforación de sus envolturas hacia adentro y desprenderse entonces el saco, para dar origen al aborto tubario.

En el aborto tubario, el huevo —por influencia de las contracciones de la trompa— vuelve a recorrer el camino que había hecho hasta que se anidó, siendo así expulsado hacia el abdomen por el ostium abdominal (aborto tubo-abdominal); cayendo también al abdomen la sangre que derraman los vasos de la herida placentaria, donde se acumula en los puntos declives (hematocele). Sin embargo, y aunque rara vez, la migración puede hacerse hacia la cavidad del útero (aborto tubo-uterino); como también quedar el huevo en su sitio, rodeado de la sangre que produjo el desprendimiento. (Hematosalpinx, mola hemática).

La rotura tubaria —que ocurre entre la octava y la doceava semana— puede seguir al estado de rotura latente, produciéndose de este modo pequeñas grietas en la superficie de la trompa que corresponde al perímetro ovular y escapando por allí las vellosidades y la sangre hasta que —esta última— termina por ocluir los desgarros, o acumularse también en los puntos declives del abdomen (hematocele). Pero más comúnmente la rotura se hace en forma brusca —por el aumento de presión en el espacio inter-

velloso— después de un traumatismo, de un examen o de la misma erosión sincicial. Entonces la sangre se derrama en la cavidad libre del abdomen, entre las asas del intestino (inundación peritoneal o hemorragia cataclísmica de Barnes), y ocurren los fenómenos de anemia aguda que conducen a la muerte por hemorragia interna; aunque en algún caso la sangre puede no seguir derramándose y encapsularse como en el hematocele para reabsorberse con suma lentitud o infectarse e ir a la supuración.

Cuando no se produce el aborto ni la rotura tubaria, el huevo puede continuar su desarrollo; con lo que disminuye, cada vez más, la posibilidad de los accidentes antedichos. El crecimiento ulterior del huevo importa uno de estos dos mecanismos: o destruye la pared tubaria inferior (embarazo ampular), y pasa al ligamento ancho, separando cada vez más sus hojas (embarazo intra-ligamentario); o desgarrar la pared tubaria libre y penetra en el abdomen, donde la placenta y sus envolturas se adhieren a los órganos vecinos (embarazo abdominal secundario). En cualquiera de las dos formas el embarazo puede llegar al término y mantenerse el feto vivo; aunque muy a menudo con un desarrollo insuficiente o con malformaciones.

Pero si el feto se muere cuando ya ha comenzado el desarrollo de su esqueleto (a partir del tercer mes), no es posible que el "saco" se disuelva por maceración y por lo tanto que se reabsorba. Ocurren entonces procesos de involución que lo llevan al enquistamiento, merced a las reacciones conjuntivas de los tejidos de la madre, y que pueden conducir al feto: a la momificación (deseccación), cuando el contenido del saco se mantiene aséptico; a la petrificación (calcificación), gracias a lo mismo, y a la precipitación de los fosfatos y de los carbonatos de cal que, si interesan todos sus tejidos, lo transforman en litopedión, pero si interesan el "saco" en litoquelifos, o si incluyen a ambos en litoquelifopedión; a la esqueletización, si se reabsorben los tejidos blandos y persisten solamente los óseos. Naturalmente, todo esto sólo puede ocurrir en el curso de una retención que dure algunos años.

Por último, el proceso puede ir a la supuración, entrando en putrefacción si el saco se infecta con microbios traídos desde el útero, desde la trompa enferma o desde el intestino. En la última eventualidad, la preñez tubaria se transforma en un absceso que puede abrirse en algún órgano hueco o directamente al exterior por la pared del abdomen.

La evolución del embarazo tubo-abdominal y tubo-ovárico es semejante a la de la preñez abdominal secundaria.

El curso del embarazo ovárico significa casi siempre la rotura y el pasaje al peritoneo; lo que trae aparejado la hemorragia, más o menos importante. Sin embargo, se citan preñeces de este tipo que han continuado hasta el término, y que han quedado retenidas mucho tiempo en el abdomen.

La evolución del embarazo abdominal es semejante a la de los otros Embarazos Ectópicos; lo que significa entonces que está expuesto a sus mismos accidentes, a la posibilidad de cumplir el término con feto vital y a la de permanecer retenido más o menos tiempo.

PRONOSTICO

El pronóstico materno, tan sombrío como era en otras épocas, ha mejorado paulatinamente en los últimos años, esto gracias al diagnóstico más precoz, a la terapéutica quirúrgica más oportuna y a la eficacia de los métodos terapéuticos para corregir la hemorragia y el shock.

En términos generales hasta la mitad del embarazo las complicaciones son más frecuentes aunque menos graves, después de esta mitad las complicaciones son más raras, pero más graves. Antes de Lawson Tait, que fue el primero que hizo una operación a tiempo en un embarazo extrauterino, los casos de muerte materna llegaban hasta el 70 por ciento o más; actualmente por las condiciones expresadas arriba (diagnóstico precoz y cirugía), el porcentaje de mortalidad se ha reducido al 5 por ciento.

Las estadísticas de seis clínicas de enseñanza de los Estados Unidos en una serie de 42 casos, traen un porcentaje de 2.24 de mortalidad.

El pronóstico del Embarazo Ectópico en las primeras semanas, es difícil de establecer sobre una base fija, porque muchos casos pasan sin diagnóstico, por la poca intensidad de los fenómenos que se producen y porque la restitución *ad-integrum* se verifica de un modo completo.

A pesar de esta resolución favorable que en algunos casos tiene la Gestación Ectópica, creemos ajustada a un buen criterio clínico la frase de Wart: "Toda Gestación Ectópica debe ser considerada como un tumor maligno y extirpada como tal."

El pronóstico del Embarazo Ectópico, es siempre fatal para el producto de la concepción; abandonando a sí misma la enfermedad, conduce indefectiblemente a la muerte del feto; la vida de éste debe ser considerada como factor muy secundario en la decisión quirúrgica, durante los seis primeros meses de la gestación; en el último trimestre, si el diagnóstico se establece estando la mujer en buenas condiciones de tolerancia de la Gestación Ectópica, la consideración que nos debe merecer la vida del feto es ya de mayor importancia, y siendo posible salvar la vida de la madre y del feto, debemos esforzarnos en salvar las dos.

Respecto al porvenir obstétrico, la fertilidad de la mujer continúa intacta, pero la recidiva es muy frecuente, pudiendo hacerse en la otra trompa y más raramente en el muñón de la ya extirpada, por lo cual se aconseja que durante la intervención quirúrgica sacrificar la otra trompa si presenta algún indicio de deformación o alguna anomalía.

Hay que recordar que quistes fetales que permanecieron años, sin accidente alguno, pueden en un momento dado ser causa de gravísimos peligros, por infectarse, dando lugar a accidentes pútridos, y no son raros los casos en que un litopedión haya sido total o parcialmente expulsado después de transecurridos diez o más años desde la producción del falso parto. Resumiendo, podemos afirmar que el pronóstico materno depende del diagnóstico precoz, medios de que se disponga para combatir el shock y la hemorragia, y la intervención quirúrgica a tiempo; el pronóstico obstétrico, por el peligro de la recidiva, se aconseja esterilizar a la madre; el pronóstico —del feto— antes de 6 meses es siempre fatal; de 7 meses en adelante su vida depende de las condiciones que presente la madre sobre la tolerancia de la Gestación Ectópica. Debemos recordar que el quiste fetal abandonado, aun después de diez años, puede dar origen a complicaciones severas. Respecto a la salud, el pronóstico tampoco siempre es bueno, pues pueden quedar adherencias peritoneales que originan algias pélvicas y lumbares, y a veces incapacidad física.

Pronóstico del niño llegado a término en un Embarazo Ectópico.—Es excepcional que un Embarazo Ectópico llegue a término, y aun en estos casos, no es frecuente que se puedan retirar del

abdomen niños viables y sanos; todos los autores relatan malformaciones congénitas como asimetría del cráneo y todas aquéllas que se presentan en los niños que provienen de una primípara que tuvo oligoanmios y paredes uterinas muy resistentes.

Es por estas razones la importancia de los dos casos que motivaron el presente trabajo, en los cuales el desarrollo de los niños fue completamente normal y no presentaron ni presentan ninguna malformación de las citadas.

TRATAMIENTO

Dejando de lado la terapéutica antigua que “mataba” al feto para no llegar a la extirpación quirúrgica, y la moderna —pero poco experimentada— que con el mismo fin recurre a los rayos X para no llegar a la extirpación quirúrgica, o llegar a ella con menos riesgos; pero a pesar de todo se puede concluir que el tratamiento del Embarazo Extrauterino es eminentemente quirúrgico, sea cual fuere la época en que se diagnostique. La conducta varía tan sólo en la técnica que se debe seguir con la gestación llegada a su mitad, o cuando habiendo pasado de ella el feto vive o está muerto.

a) En la preñez extrauterina de poco tiempo, a la abertura del abdomen debe continuar la extirpación del “saco” como si se tratara de la salpingectomía (embarazo tubario), o de la ovariectomía (embarazo ovárico); pero si el embarazo es tubo-intersticial, se debe reseca la porción del cuerno uterino interesada y reconstruir en seguida su pared por planos (no siendo esto posible, se hará la histerectomía subtotal o fúndica). Así la mortalidad operatoria no pasa del 2 por ciento.

Con la trompa del lado contrario, y sabiendo la frecuente recidiva del Embarazo Ectópico, se debe proceder como sigue: si está sana, volverla a su sitio; pero si está enferma, reseca-la.

b) En la Preñez Ectópica que cuenta con más de cinco meses de evolución, cuando el feto está vivo la técnica quirúrgica se ajusta a las circunstancias. La laparatomía debe ser siempre mediana, infraumbilical o infra y supraumbilical, de acuerdo al tiempo de embarazo; y una vez visualizado el huevo se tiene que

punzar el saco en un sitio distante de la placenta aunque si no es posible se secciona la masa placentaria y en seguida se introduce la mano y extrae el feto (previa sección del cordón umbilical).

Con la placenta la conducta varía según que se haya extendido a los órganos vecinos (útero, hígado, intestino, etc.), o haya conservado su desarrollo discoide. En el primer caso, algunos autores aconsejan cerrar el "saco" y "abandonarla" en el abdomen; otros, "marzupializarla", suturando la pared del quiste a los bordes de la herida y "rellenando" la cavidad con gasa yodiformada, después de extraer —por el cordón umbilical (que se secciona en seguida)— toda la sangre de los cotiledones. Con esta conducta, que es la más simple y previsor para la placenta difusa— aunque expone a hemorragias secundarias— se deja librado todo a la supuración; cosa que sucede invariablemente y que termina al cabo de dos o tres meses. (40 por ciento de la mortalidad).

En la segunda eventualidad (placenta discoide o poco difusa), y en circunstancias de no existir "saco", se puede extraer la placenta; aunque sabiendo que esto produce gran hemorragia y que no se obtiene sin exponer los órganos interesados a lesiones muy serias. (30 por ciento de mortalidad).

Con el "saco" que envuelve al feto la conducta también será distinta según el grado de su adherencia a los órganos vecinos. Si la tentativa de desprendimiento produce una hemorragia abundante, se resecará la mayor cantidad posible, abandonando el resto; pero si la pérdida es escasa, mejor será extraerlo totalmente previa ligadura de los pedículos vasculares.

c) En la Preñez Ectópica que cuenta con más de cinco meses de evolución, cuando el feto está muerto la intervención quirúrgica puede postergarse hasta seis semanas después de esa muerte, para proceder luego, y siempre que sea posible, a la extirpación total del "saco."

En el embarazo abdominal retenido desde mucho tiempo antes, la terapéutica sigue siendo quirúrgica.

El médico práctico —de acuerdo con las ideas recién expresadas— ante la "sospecha" o la certidumbre de un Embarazo

Ectópico debe trasladar la paciente a un medio quirúrgico, cuidando que este traslado se haga bajo su inmediata vigilancia y en una inmovilidad absoluta.

Tratamiento de las complicaciones.—La terapéutica del hematosalpinx es eminentemente quirúrgica (salpingectomía). Con la trompa del lado contrario se debe proceder según ya se indicó.

El tratamiento del hematocele puede ser médico o quirúrgico. El primero busca la reabsorción espontánea de la sangre derramada y se vale para eso del reposo y de las aplicaciones de calor (baños de asiento, duchas vaginales, diatermia); pero esta terapéutica no pone a cubierto de la compresión de los órganos vecinos, de la recidiva hemorrágica o de la supuración, y necesita además varios meses de quietud, todo lo que no libra, a menudo, de las adherencias que pueden ser origen de trastornos ulteriores. El tratamiento quirúrgico debe ser el preferido: abierto el abdomen se reseca totalmente la bolsa hemática o se extrae la mayor cantidad de coágulos si aquello no es posible, y en seguida se extirpa la trompa enferma o desgarrada y se examina la otra para resolver con ella en consecuencia. El abdomen se cierra sin drenaje. El tratamiento del hematocele supurado sigue siendo quirúrgico; aunque su evacuación debe hacerse por la vía vaginal. La colpotomía posterior significa abrir el fondo del saco de la vagina en el punto donde la "bolsa" haga más saliente y mientras se tracciona del cuello uterino tomado con una pinza de garfios. Al salir el pus se agranda la incisión con los dedos o con otra pinza que se introduce cerrada y se retira abierta; luego se coloca un tubo en T para facilitar el drenaje. No debe permitirse que la colpotomía se cicatrice en los días ulteriores, antes que el pus se haya agotado completamente.

El tratamiento de la hemorragia cataclísmica o inundación peritoneal comprende: detener la pérdida, combatir el estado de shock y reponer la masa sanguínea. Con el objeto de no acentuar ese estado, algunos autores prefieren transferir la operación hasta tanto se disipe; pero esta conducta —teóricamente buena—

no es aceptada por todos, ya que se ignora la "capacidad" individual de resistencia a la sangría y la "justa" eficacia de los medicamentos utilizados.

Se debe actuar simultáneamente en esa triple acción terapéutica. Para la laparatomía (el estado de la paciente no requiere más), se desinfecta la pared del abdomen con tintura de yodo, mientras el operador se calza los guantes de goma esterilizados; en seguida de abierto el vientre en la línea media, se toma el útero con el histerolado —sin fijarse en la sangre que inunda la cavidad— y se tracciona con energía para hacer así accesibles a la vista los anexos. En la trompa desgarrada se colocan dos pinzas "clamp": una en el ligamento infundíbulo-pelviano y la otra en el pedículo útero-anexial; y hecho eso se recurre a los separadores para extraer los coágulos —dejando la sangre líquida— y reseca la trompa previa ligadura de sus vasos nutricios (la conservación parcial de la trompa no proporciona mayor beneficio). El cierre del abdomen, sin drenaje, se hace después de verificar el estado de la trompa opuesta.

El shock y la anemia se combaten mientras se está operando. Los tónicos cardíacos (aceite alcanforado, cafeína, estriquina, etc.), los tónicos de la circulación periférica (adrenalina, etc.), y los recursos contra el enfriamiento (termóforos, vendajes, etc.), prestan señalados beneficios mientras actúan las inyecciones de suero artificial (subcutáneas, endovenosas), o la transfusión de sangre citratada, que puede ser, en caso necesario, de la misma sangre líquida que se va retirando del abdomen.

El médico práctico ajustará su conducta a las circunstancias. Con el hematosalpinx y el hematocele puede seguir el tratamiento expectante cuando no sea posible trasladar la paciente a un medio quirúrgico; en el hematocele supurado se puede verificar la colpotomía sin cambio de ambiente; y ante la hemorragia cataclísmica que pone en peligro la existencia no debe dudarse en la laparatomía, limitándose en la operación a hacer lo imprescindible (ligadura en masa de los pedículos y cierre del abdomen).

Observación Número 1.

C. G. de R., de 21 años de edad, ocupación oficios domésticos, originaria y residente en Sanarate, Departamento de El Progreso. Ingresó al Servicio de Maternidad el día 15 de Marzo de 1950.

Historia.—Refiere la enferma que desde los primeros meses de embarazo principió a sentir algunas molestias: sensación de opresión en la parte inferior del abdomen, trastornos a la micción. A los tres meses de amenorrea principió a notar que el abdomen le aumentaba exageradamente, con sensación de peso, pero todo esto lo atribuyó a un embarazo corriente. Cuando cumplió seis meses de embarazo le aparecieron cólicos abdominales, especialmente después de las comidas, disnea de esfuerzo, astenia intensa, por lo que desde esta fecha empezó a estar en reposo. A finales del séptimo mes principió a sentir movimientos fetales, los cuales primero eran poco manifestos, pero después se hicieron intensos y dolorosos; desde esta época tuvo anorexia y vómitos que los tuvo desde el principio del embarazo, pero que aumentaron considerablemente en esta época. Posteriormente se presentaron palpitaciones cardíacas, especialmente en la mañana.

En el curso del octavo mes comenzó a padecer de edemas en los pies y piernas; desde entonces ha estado constantemente en reposo por dificultársele los movimientos de los miembros inferiores.

No fue examinada durante todo este tiempo por ningún médico ni comadrona, por no haberlos en el pueblo donde reside.

Antecedentes personales.—Menarquia a los 14 años, 3 por 30. Menstruaciones dolorosas y en poca cantidad. Casada; un embarazo anterior que terminó en una pérdida en el curso del sexto mes.

Antecedentes patológicos.—Sarampión, anemia, y policarencia.

Examen físico.—Estado general: malo. Temperatura: 36.2 grados centígrados (oral). Presión sanguínea: 90/50. Mucosas: pálidas, desnutrición manifiesta.

Abdomen.—Piel edematosa, todo el abdomen tiene una forma globulosa, se aprecia circulación colateral, especialmente alrededor de la región umbilical.

Palpación.—Difícil, por distensión del abdomen; se puede apreciar sin embargo, un tumor que ocupa las dos terceras partes del abdomen; se pone en evidencia la presencia de líquido en la cavidad abdominal. La tumoración es de consistencia dura, fija a los planos profundos, la parte inferior da la sensación de un polo cefálico.

En los pies y piernas se comprueba la presencia de várices y edemas.

Se procede a hacer una paracentesis y se extraen tres litros de líquido, en varias sesiones. Después de la extracción del líquido son apreciables a la palpación abdominal el polo cefálico, que está colocado en la parte inferior derecha del abdomen, y las pequeñas partes.

Examen obstétrico.—Cuello: blando, cerrado. El fondo del útero no se puede delimitar por la tensión abdominal. Fondo de saco derecho ocupado por una tumoración esférica muy dolorosa a la palpación. Se ausculta y se establece la presencia de foco fetal positivo.

Laboratorio.—Examen de orina: normal. Sedimentación sanguínea: 99 milímetros por hora. Proteínas en la sangre: 4.32 por ciento. Cefalina colesterol: positiva +. Glóbulos rojos: 1,480,000 por milímetro cúbico. Glóbulos blancos: 5,300 por milímetro cúbico. Hemoglobina: 35 por ciento.

Impresión diagnóstica.—1º) Embarazo normal a término, concomitante con un cistoadenoma del ovario. 2º) Con embarazo normal a término con un tumor vegetante del ovario. 3º) Con cirrosis hepática atrófica con presencia de ascitis. 4º) Embarazo múltiple. 5º) Embarazo extrauterino a término provocando una compresión de la vena porta. (Doctor Ricardo Alvarez O.)

Orientado hacia este último diagnóstico y en vista del estado general de la enferma, que no mejoró a pesar del tratamiento intenso a que se le sometió y el informe radiológico confirmando los datos clínicos de un feto grande pero en buenas condiciones de viabilidad, afirmó nuestro propósito de intervenir de urgencia.

Se procede a practicar una laparotomía infraumbilical el día 20 de Marzo de 1950. Se encuentra una tumoración formada por membranas, las que se rompen y sale poco líquido anmótico. Se extrae una niña viva que estaba en presentación cefálica derecha.

El útero es pequeño, corresponde a un embarazo de dos meses. Se comprueba la falta congénita de la trompa del lado izquierdo.

La placenta estaba adherida a la trompa del lado derecho, al mesocolon izquierdo, lo mismo que al epiplón mayor, y se extrae casi en su totalidad. Se suturan los pedículos del mesocolon, epiplón y trompa derecha.

Se exploran el hígado y la vesícula biliar, los cuales son normales. Se cierra la pared, sin drenajes.

La niña pesó 9 libras y es completamente normal.

Madre e hija salieron de la Sala del Hospital General el día 11 de Mayo de 1950, ambas en buenas condiciones y completamente sanas.

Madre e hija fueron examinadas nuevamente el día 10 de Enero de 1951, pesando la niña 34 libras, con una estatura de 75 centímetros; principia a dar sus primeros pasos, pronuncia ya algunas palabras y ya tiene algún control sobre sus esfínteres.

Al examen físico es normal y no tiene ninguna deformidad. Su desarrollo intelectual también es normal.

Desde que la madre abandonó el Hospital no ha vuelto a padecer de ninguna enfermedad y se ha dedicado a sus ocupaciones habituales.

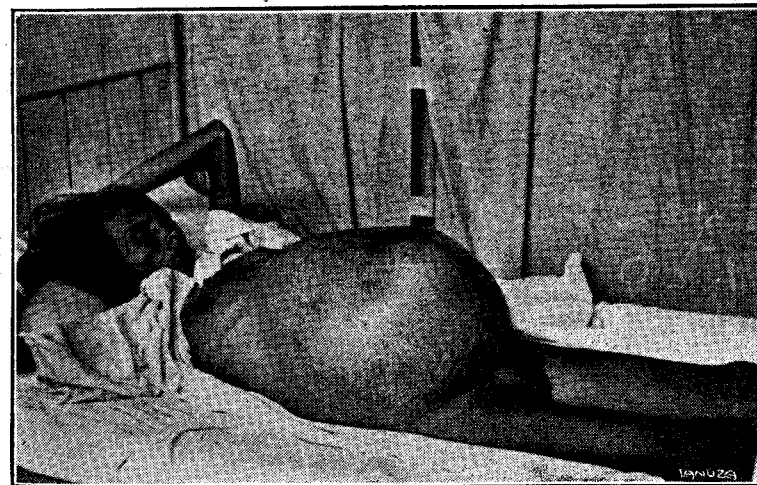


Figura número 3.

La foto demuestra el estado general de la enferma a su ingreso al Segundo Servicio de Maternidad del Hospital General.

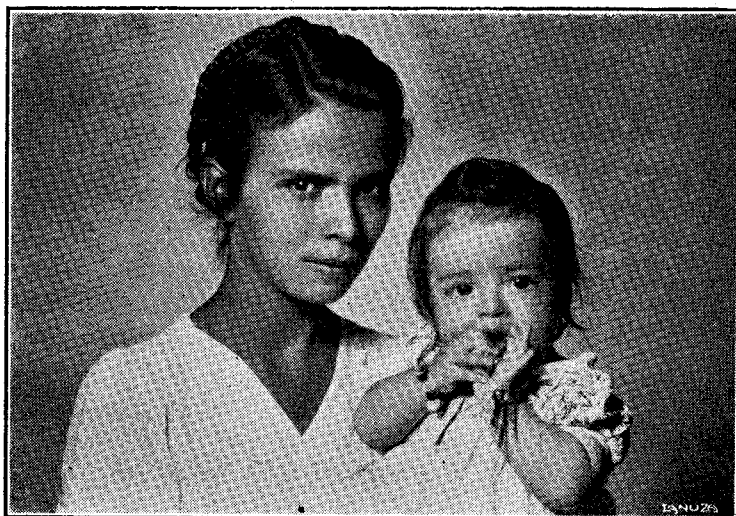


Figura número 4.

Foto de la madre y de la hija, al cumplir la niña un año de vida.

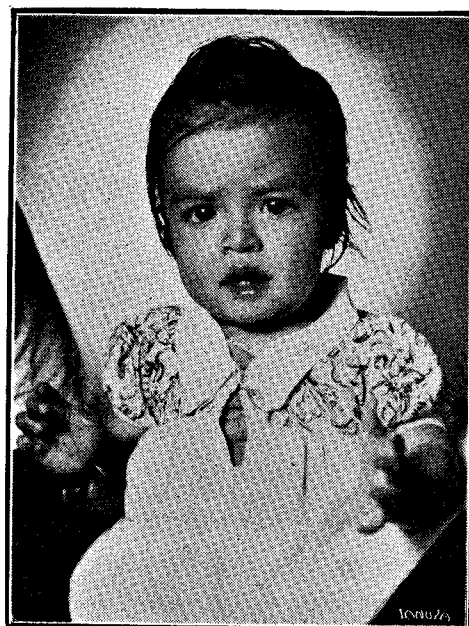


Figura número 5.

Foto con mejores detalles de la niña. (12 meses de vida).

Observación Número 2.

J. V., de 28 años de edad, originaria de Pueblo Nuevo Viñas, Departamento de Santa Rosa, residente en esta capital. Ocupación: oficios domésticos.

Ingresa a la Segunda Sala de Maternidad del Hospital General el día 6 de Octubre de 1937.

Historia.—Relata la enferma que tuvo su última menstruación en los días últimos del mes de Diciembre de 1936. En el mes de Enero de 1937 principió a sentir dolores en la parte inferior del abdomen, los cuales no eran muy intensos y le permitían dedicarse a sus ocupaciones habituales; durante los meses siguientes tuvo náuseas matinales, vómitos, sialorrea, trastornos a la micción, várices y edemas en las extremidades inferiores. A los 5 meses de embarazo empezó a padecer de estreñimiento y tardaba hasta 4 días sin tener una defecación; refiere que durante este tiempo notó una tumoración en el lado izquierdo del abdomen y por encima del pubis, la cual era dolorosa al palpársela; tenía alguna movilidad dentro del abdomen y se hacía menos sensible cuando estaba de pie. Con motivo de algún esfuerzo o ejercicio de marcha sentía dolores fuertes en forma de cólicos que se irradiaban a todo el abdomen, los cuales cesaban con el reposo. Hasta los 7 meses no sintió movimientos fetales; después de este tiempo ya sintió, aunque de poca intensidad. Durante los meses subsiguientes los cólicos aumentaron de frecuencia; tenía sensación de opresión en el abdomen, tenesmo, náuseas y vómitos y, como consecuencia, pérdida de peso y adinamia.

Los edemas se hicieron mayores en los últimos días hasta el grado de imposibilitársele el uso de sus zapatos.

Durante los 9 meses del embarazo no fue examinada por ningún médico ni comadrona.

Antecedentes hereditarios.—Nulos.

Antecedentes personales.—Menarquia a los 12 años, 3 por 30; menstruaciones dolorosas y abundantes.

Antecedentes patológicos.—Paludismo hace dos años, disenteria amebiana hace diez años.

Antecedentes obstétricos.—Tres partos anteriores en los años 1926, 1932 y 1934. Todos partos normales y niños vivos y a tér-

mino. No ha tenido ningún aborto y todos los embarazos son del mismo individuo.

La enferma ingresa al Servicio de Maternidad del Hospital por contracciones uterinas dolorosas en el curso del noveno mes de gestación, por lo que se presume un principio de trabajo de parto normal; se hace tacto vaginal y se comprueba que el cuello está blando pero sin borramiento ni dilatación.

A la inspección se nota una tumoración abdominal lateral izquierda que corresponde más o menos a un embarazo en el curso del noveno mes. A la palpación se tocan las pequeñas partes muy superficiales, y se diagnostica una presentación cefálica posición izquierda con foco fetal de 130 pulsaciones por minuto.

Después de 12 horas de trabajo de prueba y en vista de la ausencia de dilatación, la enferma fue reportada por distosia del cuello.

El examen bimanual practicado a las 22 horas del día 7 de Octubre de 1937, permitió establecer que se trataba de un útero que tenía una altura de dos meses de gestación más o menos, desviado hacia la derecha y permitió comprobar la existencia de contracciones uterinas rítmicas y dolorosas. Los anexos derechos están sanos, pero el fondo de saco izquierdo estaba lleno por una tumoración esférica con las características de una cabeza fetal, tumoración que se continuaba hasta el apéndice xifoides y con una forma más o menos cilíndrica.

Impresión diagnóstica.—Embarazo a término extrauterino.

Tratamiento.—Se procede a practicar una laparotomía infra-umbilical de urgencia, por temor de ver desaparecer el foco fetal a un breve plazo.

Al practicar la laparotomía nos encontramos con un feto vivo que se extrajo con facilidad del abdomen. La extracción de la placenta no pudo hacerse con la misma facilidad por el hecho de encontrarse insertada en la cara posterior abdominal del útero y sus anexos izquierdos. Se intentó un clivaje pero en vista de la pérdida sanguínea que esto ocasionaba se decidió practicar una histerectomía sub-total.

El niño pesó 7½ libras. La operación se efectuó el día 7 de Octubre de 1937 a las 23:30 horas. La enferma tuvo un post-operatorio sin complicaciones y salió a los 12 días de la operación.

Cuando abandonó el Hospital la enferma y el niño estaban completamente sanos.

Madre e hijo fueron examinados nuevamente el 5 de Marzo de 1951 pesando el niño 74 libras, con una estatura de 1.38 metros. No presenta ninguna deformidad, tiene un desarrollo físico e intelectual normal, y cursa el primer año de bachillerato en el Instituto Nacional Central de Varones. Sólo ha padecido de sarampión y parasitismo intestinal, estando actualmente sano.

La madre está sana y no ha padecido de ninguna enfermedad ni trastorno después de haber salido del Hospital.

PÁGINA OCHO • • • NUESTRO DIARIO GUATEMALA, VIERNES 8 DE OCTUBRE DE 1937

UN RARISIMO CASO DE MATERNIDAD

HA CAUSADO GRAN SENSACION EN EL GREMIO MEDICO DE LA CIUDAD

Un caso curioso e interesante de maternidad se ha presentado en el Hospital General de esta ciudad. Es un caso que despierta el interés de los médicos de la ciudad, como ya ocurre en los círculos científicos de exterior, la más viva de las ciencias, sea fuente de estudio y asimismo trascendental.

El caso es el siguiente: fue admitida en la sala de maternidad del Hospital una señora de esta ciudad, con la solicitud de ingreso a todo el establecimiento, admitieron los médicos desde el primer momento que trataron al paciente, que tenían fran-
cuo un caso difícil.

Después de un tiempo, hasta que se presentaron a la sala de operaciones, el doctor don Ricar-

do Alvarez Orantes, médico de servicio en dicha sala, fue llamado prontamente, y luego de darse cuenta de la situación de la enferma, dispuso intervenir quirúrgicamente.

La operación fue feliz; mas, he ahí la revelación que a todos los que la hemos sabido ha dejado perplejos: el signo de gestación extra-uterina. Un caso raro, rarísimo en el mundo entero.

Se han presentado allá de vez en cuando, se explica a nuestros reporteros, pero fatalmente las criaturas no han

sobrevivido. Y aquí está precisamente lo más extraordinario de este caso del Hospital General: el niño nació vivo y está vivo aún después de las veinticuatro horas, término que se estimó de peligro.

Y más todavía, la vitalidad que manifiesta el niño hace fundar las más firmes esperanzas de que sea logrado.

Por supuesto que a la destreza y capacidad del cirujano joven Alvarez Orantes, y a la curiosidad del caso, debe sumarse, en estas circunstancias una consideración a la

importantísima función social que nuestro principal centro de beneficencia desempeña en el ramo de la maternidad. Ahí las mujeres gravidas en desamparo, víctimas del abandono del mal hombre o de la miseria, encuentran el auxilio para salir con buen suceso en la misión sagrada de ser madres.

El presente caso es también por ese aspecto, significativo; puede presentarse como una evidencia de la eficacia de los servicios que así en maternidad como en otros ramos presta a la sociedad el Hospital General.

La madre de este niño, señora Jesús Velázquez, también se encuentra salvada. Le presentamos en la fotografía así como a su hijo extra-uterino que sostiene en brazos, una de las enfermeras de la sala donde se alojó.

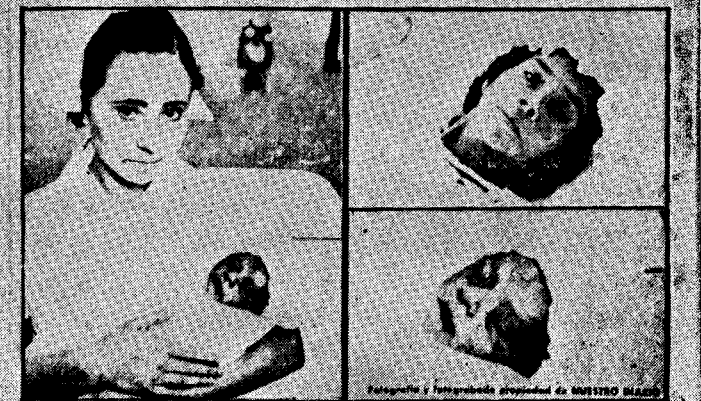


Figura número 6.

Debido a la falta absoluta de revistas médicas en esa época, este caso fue publicado en un diario local, cuyos comentarios son exclusivos del periodista.



Figura número 7.
Foto de la madre y del hijo al cumplir el niño 13 años de edad.



Figura número 8.
Foto con mejores detalles del niño.
(13 años de edad).

Observación Número 3.

M. R. de G., de 18 años, originaria de El Tumbador, San Marcos, y residente en esta capital. Ingresa al Hospital el 10 de Agosto de 1949.

Antecedentes personales.—Menarquia a los 13 años, 3 por 28, normales. Un embarazo y un aborto de dos meses.

Ingresa al Hospital por embarazo en el curso del noveno mes.

Historia de la enfermedad.—Refiere la enferma que desde el principio del presente embarazo no se sentía bien; padecía de dolores en forma de cólicos en el lado izquierdo e inferior del abdomen y algunas otras molestias que no había tenido en su embarazo anterior, lo que la hizo visitar una comadrona, quien le practicó un examen y le afirmó después del examen que su embarazo era normal. Pero en vista de que las molestias seguían asistió a un Dispensario, donde fue controlada, habiéndosele dicho también que el embarazo era normal. Al final del embarazo fue examinada por un médico que encontró falta de foco fetal, cuello blando con tres centímetros de distensión y tuvo la impresión de la inminencia de una ruptura uterina, por lo que la trasladó al Hospital General.

Examinada la enferma en el Servicio, se encontró que tenía muy buen estado general, padecía de una pequeña hemorragia vaginal roja obscura, un abdomen globuloso tenso, doloroso, con útero contraído, no se percibían movimientos ni foco fetal, por el paro repentino del trabajo, al tacto vaginal se encuentra un cuello cerrado y desviado a la izquierda, simulando una posible ruptura uterina, por lo que se decidió hacer una intervención quirúrgica de urgencia, pues lo permitía el buen estado general. No se practicaron exámenes complementarios.

Se procedió a practicar una laparotomía infraumbilical mediana, encontrándose un útero pequeño como el tamaño de un embarazo de dos meses y un tumor que llenaba todo el abdomen y se encontraron adherencias a los órganos vecinos: epiplón y asas intestinales. Se logró liberar todas estas adherencias y hubo nece-

sidad de prolongar la incisión y hacerla supraumbilical para poder extraer todo el tumor.

La tumoración tenía la apariencia de un útero de paredes delgadas a través del cual se percibían las partes fetales.

Una vez exteriorizado el tumor se colocaron dos pinzas a nivel de la trompa izquierda y se seccionó por la imposibilidad de liberar la trompa del tumor.

Se extrajo el tumor completo.

En el interior del tumor se encontró un feto que pesaba 9 libras y su desarrollo correspondía a un niño de 9 meses y era perfectamente normal, el cual ya estaba muerto.

La placenta se encontraba dentro de la bolsa anmiótica. El tumor no tenía conexión con la vagina o con el útero más que sólo por el anexo izquierdo.

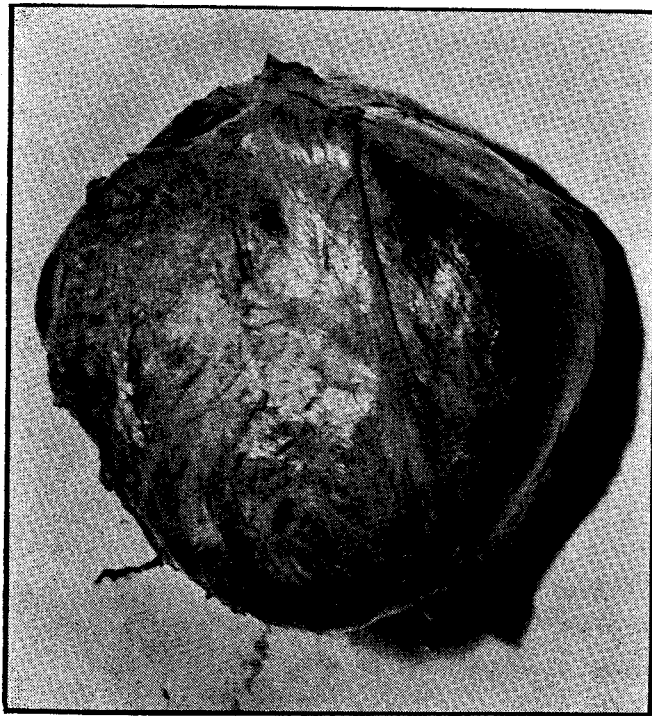


Figura número 9.

Tumor tal como fue extraído del abdomen.

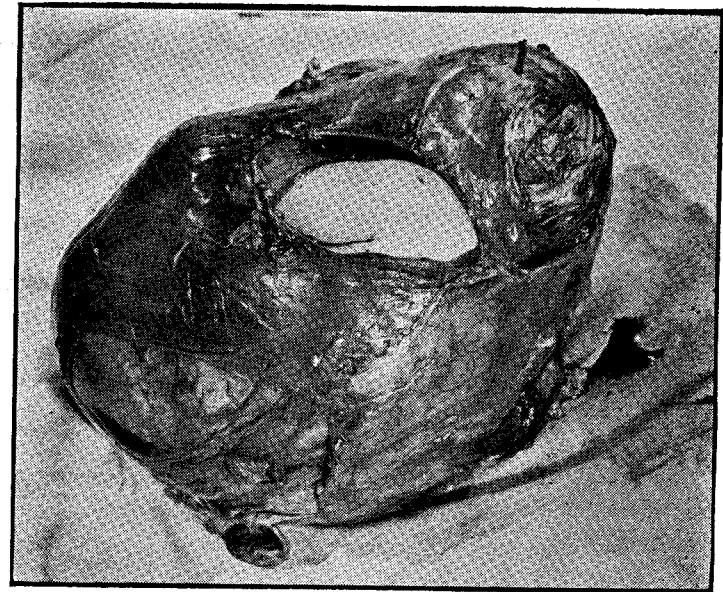


Figura número 10.

Se desgarraron las membranas para mostrar parte del feto y anexos.



Figura número 11.

El feto visible casi en su totalidad. Apariencia normal.

Un caso de Embarazo Ectópico, a término.

Por el Doctor R. ALVAREZ.

N. N., de 35 años de edad, mujer de mediana constitución, sin ningún antecedente patológico digno de tomarse en consideración, se presentó en mi consulta privada refiriendo: que ha tenido cinco embarazos a término, todos los niños viven y son sanos, el último parto fue hace tres años y después del destete, sus menstruaciones se instalaron normalmente, hasta que se suspendieron hace dos meses. Ultimamente ha estado sufriendo de trastornos digestivos, estado nauseoso, vómitos, etc. Estos fenómenos y la falta de menstruación hacen sospechar en la enferma un embarazo reciente, lo que motiva su consulta.

Examen de la enferma.—Con los datos que suministra la enferma, procedemos a investigar los signos del embarazo, que en este período tienen que ser únicamente de presunción. A la inspección encuentro pigmentada la línea media y la aréola de los pezones. Sin dar gran importancia a estos signos, ya que nuestra enferma es múltipara, nos decidimos a hacer el tacto vaginal, que da los siguientes datos: fondo de saco lateral izquierdo, ocupado por un tumor del volumen de una mano empuñada, su consistencia es semiblanda, es inmóvil, e indoloro. El fondo de saco lateral derecho está ocupado por un tumor que presenta todos los caracteres del útero ligeramente aumentado de volumen. El fondo de saco posterior se encontraba libre e indoloro. La temperatura y el pulso eran normales.

Como resultado del examen, llegamos a la conclusión de que la enferma presenta signos de un embarazo (suspensión de reglas, fenómenos simpáticos), pero como dichos signos no son de certeza y además el tumor que palpamos en el fondo de saco lateral izquierdo, nos infundió serios temores, aconsejamos a la enferma una intervención por sospechar un Embarazo Ectópico, intervención que la enferma rehusó.

Evolución.—Efectivamente, dos meses más tarde, el diagnóstico dudoso de Embarazo Ectópico viene a ser plenamente confirmado por los hechos. La enferma se presenta de nuevo a la consulta, refiriendo haber sentido netamente movimientos del feto en su vientre. Procedemos de nuevo a examinar a la enferma y se

encuentran claramente todos los signos de certeza del embarazo: aumento del volumen del vientre, foco fetal y soplo placentario, calostro y movimientos del feto. Practicamos el tacto vaginal combinado y encontramos que todo el aumento de volumen del vientre se debe al aumento del tumor que ocupa el fondo de saco lateral izquierdo, ya que el tumor que ocupa el fondo de saco lateral derecho, conserva todos los caracteres del útero y no ha sufrido ninguna modificación. Completamente seguros ya de nuestro diagnóstico de Embarazo Ectópico, aconsejamos a la enferma la intervención, insistiendo sobre la gravedad de dejar al tiempo dicho embarazo.

Sin embargo, a pesar de nuestras insinuaciones y advertencias, la enferma rehusó la intervención que ella no encontraba razonable en su embarazo, que según ella era normal y se confió a los cuidados de una enfermera que aprobó su decisión de esperar el término normal.

Con más o menos molestias, llegó a dicho término y con gran asombro notó que los movimientos fetales, que eran bien netos y percibidos, desaparecieron lentamente hasta abolirse por completo. Al mismo tiempo principió a sentir escalofríos frecuentes y marcado malestar general, se sintió con fiebre y recordando, alarmada, nuestras advertencias, pidió ser trasladada a la Sala de Maternidad del Hospital General, donde ingresó el día 12 de Noviembre de 1928.

Estado de la enferma a su ingreso.—En presencia del caso, ya conocido, procedimos de nuevo a examinarla y encontramos que el vientre tenía la apariencia de un embarazo llegado a término, la consistencia era tan dura que no fue posible sentir las partes fetales por la palpación. No había foco fetal ni soplo placentario. Entreabierta la vulva pudimos ver que la vagina estaba ocupada por un tumor que empujaba el fondo de saco posterior, de tal manera que fue sumamente difícil practicar el tacto.

Diagnóstico positivo.—Habiendo tenido la oportunidad de observar a la enferma desde los primeros meses de su embarazo,

pudimos darnos cuenta exacta de la evolución de los fenómenos que teníamos ante la vista. Los signos de embarazo, de presunción al principio, se hicieron de certeza absoluta más tarde. El hecho de poder palpar bien el útero en todos los exámenes que practicamos, habiéndole encontrado de tamaño casi normal y la presencia de un tumor a crecimiento rápido que ocupaba el fondo de saco lateral izquierdo, tumor que creció conjuntamente con los signos de certeza del embarazo, nos hicieron sentar de manera categórica el diagnóstico de EMBARAZO ECTOPICO.

Diagnóstico diferencial.—Sin embargo, dicho diagnóstico pudimos llegar a establecerlo después de haber eliminado todas las afecciones que pueden confundirse con el embarazo extra-uterino.

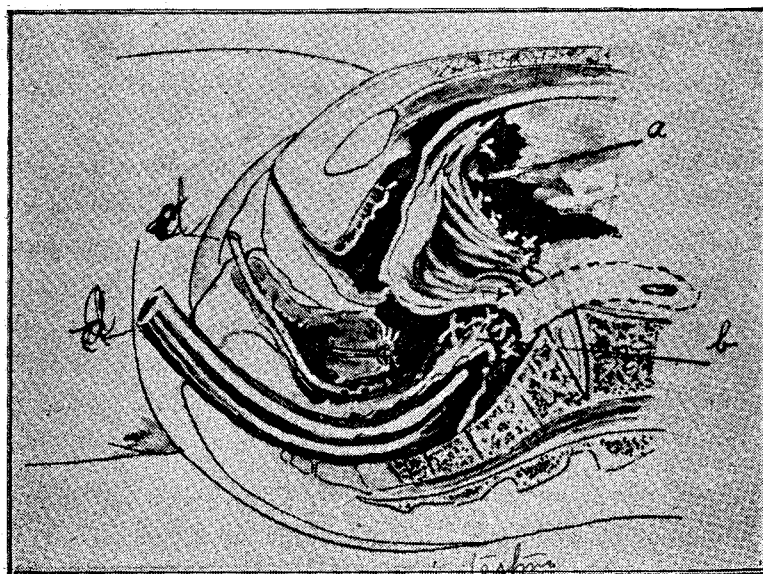


Figura número 12.

Corte esquemático mostrando: a) La sutura del peritoneo vesico-uterino al peritoneo del colon sigmoide; b) La sutura término-terminal del colon y los drenajes rectal c y vaginal d.

Durante el primer examen que practicamos a la enferma, hubimos de eliminar el diagnóstico de un quiste dermoideo, concomitante con un embarazo normal; en un quiste del ligamento ancho

o bien un tumor de cualquier otra naturaleza, teniendo como origen el ovario. En el segundo examen ya se imponía el diagnóstico: EMBARAZO ECTOPICO Y SOLO TENIAMOS QUE DISCUTIR RESPECTO A SU SITIO. Una afección inflamatoria de los anexos izquierdos eliminaba la ausencia de dolor, fiebre y síntomas generales de estado infeccioso.

Diagnóstico topográfico.—El huevo fecundado puede anormalmente desarrollarse en la trompa, en el pabellón de la misma, en uno de los ligamentos anchos, en el ovario, o bien adherirse a cualquiera de los órganos de la gran cavidad abdominal, ya sea primitivamente o bien secundariamente. El más frecuente es el embarazo tubario, pero éste rara vez llega a término porque el huevo en su crecimiento destroza las paredes de la trompa, produciendo con frecuencia un cuadro clínico especial llamado "inundación peritoneal" cuyos principales síntomas son: dolor brusco, súbito, paroxístico con tendencias lipotímicas, pequeña hemorragia uterina y cuando la pérdida de sangre que se hace por la trompa es mucha, todos los signos de anemia aguda. El abdomen se pone tenso y se "defiende" el fondo de saco de Douglas, se hace sensible a la palpación. El embarazo ovárico es sumamente raro y habitualmente sigue el mismo proceso que el tubario. Unicamente pueden llegar a término el embarazo abdominal y el interligamentario, es decir, el que se desarrolla entre las dos hojas del ligamento ancho, ya sea primitivamente o bien consecutivo a un aborto tubario. Ahora bien, dada la localización que observamos desde el principio, del tumor que ocupaba el fondo de saco lateral izquierdo, que parecía alejarse de los anexos del mismo lado, que no parecía tener conexión con ninguna víscera abdominal, nos hicieron pensar en la posibilidad que el huevo, en el caso de la enferma, se hubiera desarrollado entre las hojas del ligamento ancho, es decir, que se trataba de UN EMBARAZO ECTOPICO ABDOMINAL LLEGADO A TERMINO. Diagnóstico que fue plenamente comprobado.

Evolución y tratamiento.—En vista de los fenómenos que se presentaban en nuestra enferma, que anunciaban infección, era

fácil ver el peligro que presentaba la ruptura de la bolsa fetal en la cavidad abdominal en caso de que llegara a producirse y, por tanto, fue decidida la intervención.

Anestesia al éter. Abierta la cavidad abdominal encontramos un voluminoso tumor desarrollado entre las hojas del ligamento ancho del lado izquierdo. Rotas las adherencias que le unían a los órganos vecinos, se comprobó plenamente el diagnóstico de EMBARAZO ECTOPICO ABDOMINAL. A través de la bolsa, que fue incidida, se extrajo el feto y la placenta, ambos medio macerados. Para evitar una mayor contaminación de la cavidad abdominal (aunque ésta estaba bien protegida con compresas), suturamos la cavidad de la bolsa, evitando que se derramara su contenido. Sin embargo, la bolsa presentaba en su parte posterior adherencias tan íntimas con el colon ileopelviano, que no pudiendo dejar una bolsa séptica en el fondo de la pelvis, decidimos resecar la parte del intestino, en una extensión de 15 centímetros, haciendo con los cabos una anastomosis término-terminal. El estado del útero impuso la Histerectomía Subtotal. Terminamos la operación haciendo como medida de protección un diafragma pelviano con el peritoneo vesical y el de la pared posterior de la pelvis y dejando drenaje vaginal por el fondo de saco de Douglas. Una sonda rectal fue introducida hasta diez centímetros arriba de la sutura intestinal. Se cerró la cavidad abdominal, dejando otro drenaje por esa vía.

El período post-operatorio se presentó sin ninguna complicación, iniciándose pronto la convalecencia. Al tercero y quinto días se quitaron los drenajes y las heridas operatorias cicatrizaron sin ninguna complicación. Tres semanas más tarde, la enferma abandonó el Hospital en pleno período de convalecencia y sin presentar ningún accidente.

Guatemala, Octubre de 1929.

(Tomado de la "Gaceta de los Hospitales", órgano del Hospital General de Guatemala. Julio de 1930, número 1, segunda época).

Presentación de un feto momificado.

Por el Doctor Ricardo Alvarez (de Guatemala).
Presentado por M. Devraigne.

La pieza que nosotros presentamos es un feto momificado, extraído por intervención, en una mujer de 26 años. Se trataba de una múltipara, que no presentaba ningún antecedente personal ni hereditario digno de ser mencionado. Ella había tenido antes de la historia que nos ocupa, dos partos a término, de niños vivos y bien constituídos.

Cuando nosotros tuvimos la ocasión de ver esta enferma, ella se presentó a nosotros quejándose de dolores continuos en el bajo vientre. Al interrogatorio se pudo saber que próximamente, un año antes de su último parto, había sufrido de trastornos menstruales, que consistían en atrasos seguidos, de pérdidas sanguinolentas irregulares y poco abundantes, careciendo de los caracteres de las reglas regulares.

La mujer se cree encinta; ha tenido la impresión de sentir algunos movimientos fetales. Algún tiempo después que se presentaron las reglas, ella pensó que la presunción de embarazo era falsa.

Las reglas siguieron con regularidad y algún tiempo después la mujer comenzó a sentir dolores en el bajo vientre, sintiendo también la presencia de una masa tumoral en la parte derecha del bajo vientre. Los dolores no han cesado desde su principio y se exageran con los esfuerzos, la fatiga, y los menores movimientos, no dejando a la enferma llevar su vida habitual, por lo que se presenta a la consulta.

Examen de la enferma.—La enferma está muy adelgazada, pero no presenta ninguna manifestación de embarazo.

La palpación del abdomen revela la existencia de una masa que ocupa el hipogastrio y la fosa ilíaca derecha. Es una masa tumoral que llega hasta tres traveses de dedo del ombligo, y es dura, irregular y abollada.

Al tacto vaginal deja percibir un útero de forma, consistencia y volumen normales.

Los fondos de saco vaginales son normales a la izquierda y atrás; pero en el fondo de saco vaginal derecho, se siente la masa percibida por el examen abdominal. Dicha masa está alejada del fondo de saco.

La palpación combinada con el tacto precisa las conexiones del tumor, comprobándose que está netamente separado del útero por un surco. Si se moviliza el útero en el sentido antero-posterior, esto es posible, pero se nota ligero desplazamiento del tumor.... Cada ensayo de movilización del tumor es doloroso.

El examen al espéculum es negativo. La enferma no presenta ninguna reacción de carácter general.

A pesar del estado normal del útero, se hace el diagnóstico de fibroma subperitoneal; se practica la intervención.

Al abrir el abdomen se encuentra en la fosa ilíaca derecha, entre los órganos genitales y la región cecal, la masa constituida por el feto momificado y su placenta. El feto está muy bien conservado y aparece como enconchado en su propia placenta, que está endurecida.

El feto da la impresión de tener cuatro meses de edad. Los huesos del cráneo están imbricados los unos sobre los otros; está perfectamente libre, no enquistado; está en relación con la extremidad de la trompa derecha que recubre la masa correspondiente de la placenta. La sola conexión que existe es un tractus vascular que reúne la masa fetal al pabellón de la trompa.

Parece que se trata de un embarazo peritoneal secundario a un aborto tubo-abdominal, y detenido en su desenvolvimiento al cuarto mes. Si nos atenemos a los antecedentes, la interrupción del embarazo remonta a dos años, durante los cuales la tolerancia del organismo frente a este cuerpo extraño ha sido perfecta. La enferma habría podido conservar esta masa tumoral mucho más tiempo, si no hubieran aparecido los trastornos dolorosos que la obligaron a consultar.

(Tomado de la "Gaceta de los Hospitales", órgano del Hospital General de Guatemala, número 1, Julio de 1930, segunda época, y es reproducción del "Bulletin de la Société d'Obstetrique et de Gynecologie de Paris", número 5. Mayo de 1928).

Observación Número 6.

M. P., de 29 años, múltipara, residente en esta capital, ingresa al servicio de Maternidad del Hospital General el 15 de Julio de 1935, con dolores de parto, con la apariencia de un embarazo a término, que coincidía con la ausencia de reglas manifestada por la enferma.

Historia.—Refiere la enferma que tiene nueve meses de amenorrea, pero que ha tenido muchas molestias durante todo el embarazo, consistentes en cólicos, calambres, dolor al orinar, estreñimiento, y que últimamente no ha tenido movimientos fetales, pero que los dolores rítmicos del noveno mes la hacen acudir al servicio de Maternidad.

Examen general.—Fue completamente normal.

Examen obstétrico.—Abdomen globuloso, a la palpación se logra limitar el polo cefálico, así como las pequeñas partes, que se notaron muy superficiales, a la auscultación no se logró encontrar foco fetal.

Examen ginecológico.—Cuello uterino cerrado, útero imposible de delimitar, pequeña hemorragia vaginal de color obscuro.

Los dolores continuaron más o menos rítmicamente, pero no hubo ningún progreso en el trabajo, motivo por el cual y ante la sospecha de una anormalidad (Ectópico), por la superficialidad de las pequeñas partes, y sin un diagnóstico preciso, se decidió hacer una laparotomía exploradora, encontrando un feto de tamaño normal a término, flotando en el abdomen y ya en principio de maceración; se extrajo del abdomen así como la placenta, que estaba adherida a los anexos izquierdos, al ligamento ancho, epipión y a las asas intestinales. Se logró extraer la placenta por encontrarse planos de clivaje fáciles de separar; una vez extraído el feto alcanzó el peso de 8½ libras.

El post-operatorio fue completamente normal, abandonando la enferma el servicio curada y nunca se volvió a tener noticias de ella.

Observación Número 7.

J. de S., de 28 años de edad, originaria de esta capital. Ocupación: oficios domésticos.

Ingresó a la Sala Segunda de Maternidad del Hospital General el día 19 de Febrero de 1951.

Historia.—Relata la enferma que el día 15 de Noviembre tuvo su última menstruación de 4 días de duración, pero con poca cantidad, muy pálida y sin olor. A los ocho días le principió un dolor localizado en la fosa ilíaca izquierda, con irradiación a la excavación pélvica, de carácter agudo paroxístico y que cedía con el reposo (decúbito dorsal). Además también ha sentido dolor en la región lumbar independiente del dolor antes referido. Cuando tiene el dolor en la fosa ilíaca izquierda ha notado que inmediatamente después tiene una pequeña secreción sanguinolenta por la vulva. Treinta días después de su regla ha sentido náuseas, vómitos alimenticios, anorexia, todo esto en relación con los dolores abdominales. Hace días tuvo un aumento de los dolores en la fosa ilíaca derecha y un aumento en la hemorragia vaginal y entonces decidió hospitalizarse. Fue tratada en un dispensario por amenaza de aborto con inyecciones de cuerpo amarillo y gluconato de calcio.

Antecedentes personales.—Menarquia a los 14 años, 3 por 28, normal. Casada a los 18 años, un parto normal a los 20 años, un aborto de 45 días hace 4 años.

Antecedentes patológicos.—Sarampión, paludismo, parasitismo intestinal, contusión de la cadera derecha hace cinco años, sin fractura de los huesos de la pelvis.

Examen general.—Completamente normal.

Examen ginecológico.—La enferma se presenta con pequeña hemorragia en la vagina, cuello blando con secreción sanguinolenta, útero cerrado aumentado de volumen y desviado a la derecha de la enferma. Anexos derechos: sanos; anexos izquierdos: ocu-

pados por una masa del volumen de una pera, dolorosa a la palpación bimanual, así como a los movimientos laterales impresos al cuello.

Impresión diagnóstica.—Embarazo Ectópico de la trompa izquierda no complicado.

El estado de la enferma es bastante bueno, por lo que se procede a una laparotomía infraumbilical. Se confirma el diagnóstico y se procede a la extirpación total de la trompa izquierda, sin ooforectomía; la trompa derecha se conserva porque tiene un aspecto normal.

La enferma tuvo un post-operatorio sin ninguna complicación y abandonó curada el Hospital a los ocho días de la operación.

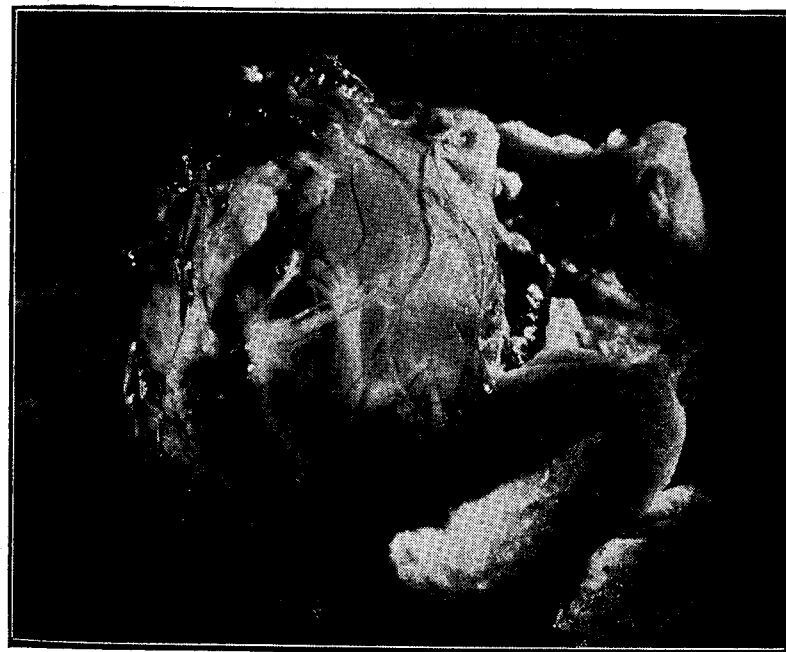


Figura número 13.

Fotografía tomada después de haber separado del pabellón de la trompa y eliminado de uno de sus polos las vellosidades coriales, lo que permitió ver partes fetales.

Observación Número 8.

L. A., de 18 años, originaria y residente en Santa Lucía Cotzumalguapa; ocupación: oficios domésticos.

Fecha de examen: 15 de Enero de 1932.

Antecedentes personales.—Menarquia a los 13 años, 3 por 28, sin dolor, sin coágulos, de color rojo, cantidad normal, última regla 18 de Diciembre, haciendo notar que la última vez que tuvo su menstruación fue muy escasa.

Antecedentes hereditarios.—Padre y madre sanos.

Antecedentes patológicos.—Parasitismo intestinal, paludismo agudo, anemia secundaria, sepsis oral.

Historia de la enfermedad.—Paciente que ingresa a la clínica procedente de Santa Lucía Cotzumalguapa, teniendo tres días de estar enferma con cólicos abdominales localizados en la fosa ilíaca derecha, con plastrón sensible en dicha región, sin fiebre, con un estado general bueno y con el diagnóstico de apendicitis aguda hecho por el médico de la región.

Refiere la enferma que hace tres días comenzó con un fuerte dolor en la parte inferior derecha del abdomen, con irradiación hacia la parte media, sin náusea, sin fiebre, con ligero dolor al orinar, y que se exacerbaba con los movimientos; el cólico fue rebelde a todos los analgésicos que le administraron y a pesar de que el dolor era sumamente intenso, iba en aumento. El estado general permaneció muy bueno y nunca tuvo fiebre ni otro mal-estar. A los dos días de estar enferma fue examinada por un médico que dijo se trataba de una apendicitis aguda y por eso fue trasladada en cuanto se pudo a la capital.

Examen físico.—Aspecto general: bien nutrida, raza ladina, membranas mucosas rosadas. Temperatura, 36.8; pulso, 90; presión sanguínea, 110/80. Cabeza: normal. Cuello: normal. Tórax: corazón, ritmo acelerado a 90 por minuto, ruidos normales. Pulmones: normales. Abdomen: inspección: se nota inmovilidad de los movimientos respiratorios en el lado derecho del abdomen.

Palpación.—Plastrón localizado en la fosa ilíaca derecha, por abajo del punto de Macburney. Los reflejos no están exagerados, toda la zona es sumamente dolorosa no permitiendo hacer la palpación profunda.

Examen ginecológico.—No se puede verificar por estar el himen completo. Tacto rectal: se siente una masa muy dolorosa que ocupa la región del anexo derecho.

Resto del examen.—No se encuentra nada anormal.

Ante la duda del diagnóstico, pero en la presencia de un abdomen agudo se procedió a la intervención quirúrgica, encontrando un apéndice sano y poniendo en evidencia la torsión de la trompa del lado derecho que era lo que constituía el plastrón que se palpaba en el examen clínico. Se hizo extirpación de la trompa y la enferma se recuperó rápidamente.



Figura número 14.

Torsión de trompa izquierda a nivel del istmo (en una mujer virgen). La foto muestra las vueltas de espira sobre su eje, así como el estado congestivo del resto de la trompa, que ofrecía el aspecto de una berenjena.

CONCLUSIONES

- 1^a—El tratamiento del Embarazo Ectópico es eminentemente quirúrgico, sea cual fuere la época en que se diagnostique.
- 2^a—El huevo que cae en la cavidad abdominal puede morir y ser reabsorbido; pero puede fijarse, anidar y continuar su desarrollo (embarazo peritoneal secundario).
- 3^a—Actualmente se tiende a aceptar que el Embarazo Ectópico se constituye sobre islotes endometriósicos.
- 4^a—Un embarazo abdominal puede llegar a término, cosa que, dadas las condiciones poco propicias en las cuales evoluciona, es una eventualidad rara.
- 5^a—El producto de los embarazos abdominales, diagnosticados y tratados en debido tiempo, pueden ser considerados como niños perfectamente normales, como lo son los dos casos relatados y observados en Guatemala.
- 6^a—La evolución de los embarazos abdominales varía un poco en relación a las otras modalidades de Ectópicos, por estar expuestos a menos accidentes y poder llegar a término con fetos viables.
- 7^a—El pronóstico en los últimos meses en el embarazo abdominal, aunque siempre reservado, comparado con los Ectópicos de otras modalidades, debe ser menos severo.
- 8^a—La vida del feto debe siempre ser considerada como factor muy secundario en la decisión quirúrgica durante los seis primeros meses de la gestación; en el último trimestre, si el diagnóstico se establece estando la mujer en buenas condiciones de tole-

rancia de la Gestación Ectópica, la consideración que nos debe merecer la vida del feto es ya de mayor importancia, y siendo posible salvar la vida de la madre y la del feto, debemos esforzarnos por salvar las dos.

9º—Un quiste fetal abandonado, aun después de 10 años, puede dar origen a complicaciones severas, por lo que debe siempre ser extirpado.

CARLOS W. CROWE.

Vº Bº,

DR. ARTURO ZECEÑA.

Imprimase,

DR. CARLOS MAURICIO GUZMÁN,
Decano.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—*Aza, Vital, y Carrera, Mateo.*—Tratado de Ginecología.—Madrid.—1941.
- 2.—*Bounier, A., et Auvri, M.*—*Precis de Gynecologie.*—París.—1925.
- 3.—*Bland and Montgomery.*—*Practical Obstetrics.*—U. S. A.—1945.
- 4.—*Beck, Alfred C.*—*Práctica de Obstetricia.*—U. S. A.—1947.
- 5.—*Berkeley, Comyns; Bouney, Víctor; MacLeod, Douglas.*—*The Abnormal in Obstetrics.*—Great Britain.
- 6.—*Curtis, Arthur Hale.*—*Gynecology.*—U. S. A.—1947.
- 7.—*Crossen, Harry Sturgeon, and Robert James Crossen.*—U. S. A.—1945.
- 8.—*Davis, Carl Henry.*—*Gynecology and Obstetrics.*—U. S. A.—1949.
- 9.—*De Lee, Joseph B., and J. P. Greenhill.*—*Principios y Práctica de Obstetricia.*—U. S. A.—1946.
- 10.—*De Areny, P.*—*Compendio de Obstetricia.*—París.—1925.
- 11.—*Fabre.*—*Precis D'Obstetrique.*—París.—1940.
- 12.—*Faure, J. L., et Armand Siredey.*—*Traité de Gynecologie Médico Chirurgicale.*—París.—1928.
- 13.—*Galich, L. F.*—*Embarazo Ectópico.*—Guatemala.—1937.
- 14.—*Hervey, Clock Williamson, and George Schaefer.*—*Obstetrics.*—U. S. A.—1941.
- 15.—*Kolmer, John A., and Boernes, Fred.*—*Métodos de Laboratorio Clínico.*—U. S. A.

- 16.—*Kelly-Noble*.—Gynecological and Obstetrical Patology.—U. S. A.—1940.
- 17.—*Keller, R. A. Ginglinger*.—La Chirurgie en Obstetrique.—París.—1946.
- 18.—*León, Juan*.—Semiología Obstétrica.—Argentina.—1945.
- 19.—*Litzenberg, Jennings C*.—Sinopsis de Obstetricia.—U. S. A.—1941.
- 20.—*Moragues Bernat, Jaime*.—Clínica Obstétrica.—Argentina.—1945.
- 21.—*Mondor, H*.—Diagnostics Urgents.—París.—1930.
- 22.—*Novak*.—Gynecological and Obstetrical Patology.—U. S. A.—1943.
- 23.—*Peralta Ramos, Alberto*.—Obstetricia, Ginecología, Puericultura.—Argentina.—1946.
- 24.—*Paucot, Henri, at Bedrine, Henri*.—Obstetricie Practique.—Lille, Francia.—1945.
- 25.—*Pozzi, S*.—Ginecologie.—París.—1937.
- 26.—*Pérez, Manuel Luis*.—Tratado de Obstetricia.—Argentina.—1945.
- 27.—*Ribemont, A. Desaigne G. Lepage*.—Traite D'Obstetrique.—París.—1914.
- 28.—*Recasens, S*.—Tratado de Ginecología.—Madrid.—1925.
- 29.—*Ruiz, Vicente, y Calatroni, C. J*.—Terapéutica Ginecológica.—Argentina.—1944.
- 30.—*Rubin, I. C*.—Uterotubal Insufflation.—U. S. A.—1947.
- 31.—*Stander, Henricus J. Williams*.—Obstetrics.—U. S. A.—1950.
- 32.—*Stokel*.—Ginecología.
- 33.—*Siegler, Samuel L*.—Fertility in Women.—U. S. A.—1950.
- 34.—*Spivack, Julio L*.—Técnica quirúrgica en las operaciones abdominales.—U. S. A.
- 35.—*Te Linde W., Richard*.—Ginecología Operatoria.—U. S. A.—1948.
- 36.—*Titus*.—Atlas Obstetrics Technic.—U. S. A.—1943.
- 37.—*Wharton*.—Lawrence R. Gynecology.