

Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Profesor Prat

EMBARAZO ECTÓPICO GEMELAR

José A. PIQUINELA

M. G., 36 años, ingresa a la sala Cirugía B el 6 de junio de 1938; nos la envía el Dr. Ceibal Artigas que la ha visto diez días antes con el cuadro siguiente: dolor epigástrico que se hace luego difuso en todo el abdomen; tensión abdominal generalizada predominando en ambas fosas ilíacas; tacto rectal sin particularidades; temperatura $36^{\circ} \frac{4}{5}$; pulso 85. Como antecedente importante: amenorrea de tres meses. El colega pone a la enferma en reposo, con hielo al vientre; mejora francamente y al quinto día la da de alta. Tres días después, nuevo cuadro doloroso: el dolor se inicia en fosa ilíaca izquierda y se irradia hacia el epigastrio; vómitos alimenticios; temperatura $36^{\circ} \frac{1}{2}$; pulso 120; a la palpación del abdomen dolor intenso en fosa ilíaca izquierda y en epigastrio. En ese momento se decide el envío de la enferma a Montevideo.

EXAMEN AL INGRESO DE LA ENFERMA

Antecedentes personales. — Ha tenido 4 embarazos normales con intervalos de 1 año y diez y ocho meses entre ellos; sus cuatro hijos viven. El quinto embarazo ha sido interrumpido por un aborto provocado, a partir del cual ha quedado un flujo amarillento, espeso, muy abundante. Durante cuatro años y medio la enferma tiene períodos normales; amenorrea desde hace 3 meses.

Examen: estado general conservado; enferma pálida y apirética; pulso 80; mucosas decoloradas.

Abdomen: panículo adiposo abundante; pigmentación de la línea blanca; se moviliza con los movimientos respiratorios que despiertan dolor en la fosa ilíaca izquierda.

No hay hiperestesia cutánea; paredes tensas y dolorosas en el hemivientre inferior; tensión que predomina en fosa ilíaca izquierda; no hay contractura; la palpación es dolorosa lo que impide obtener mayores datos de ella; fosas lumbares libres.

Examen genital: flujo amarillento; cuello de multipara, entreabierto, con orificio interno cerrado; sano al espéculo. El útero parece aumentado de

volumen y desviado a la derecha; los fondos de saco sin particularidades; se despliegan bien y no son dolorosos; también es indolora la movilización uterina. La enferma no ha tenido pérdidas sanguíneas ni las tiene en el momento del examen.

Treinta y seis horas después la tensión abdominal ha desaparecido y un nuevo examen aporta datos de sumo interés: la fosa ilíaca izquierda duele a la tos y en las inspiraciones profundas; el vientre se palpa mejor: se aprecia el borde superior del útero como correspondiendo a un embarazo de tres meses y medio; siguiendo ese borde hacia la izquierda se prolonga arriba y al flanco, doloroso; da la impresión de ser el cuerno uterino distendido. A la percusión la macidez uterina se continúa en fosa ilíaca izquierda y arriba hacia el flanco; abajo sus límites son muy imprecisos. Examen genital: cuello blando, orificio externo permeable, orificio interno cerrado; útero gravido de tres meses y medio, poco móvil, desplazado hacia la derecha; su movilización no duele; fondos de saco anterior y lateral derecho libres e indoloros. Douglas libre e indoloro; el fondo de saco lateral izquierdo no es sensible y se despliega bien pero la palpación bimanual da la sensación de que existe un tumor más cerca de la mano que palpa el abdomen que de la que deprime el fondo de saco izquierdo.

No hay trastornos de la micción y mueve el vientre regularmente.

Los exámenes de laboratorio dan el siguiente resultado:

Examen de orina: indicios de albúmina y regular cantidad de urobilina.

Urea en suero sanguíneo 0 gr. 39 $\frac{1}{100}$.

Reacción de Wassermann negativa.

Examen de sangre: VI, 10 - 38.

Glóbulos rojos: 2.780.000.

Glóbulos blancos: 16.000.

Hemoglobina: 55 %.

Valor globular 1.

Tiempo de sangría: 1'.

Tiempo de coagulación: 9'.

Clasificación:

Neutrófilos, 83.

Eosinófilos, 3

Linfocitos, 10.

Monocitos, 4.

Es decir hay una anemia y una reacción leucocitaria.

Pensamos en este momento en una gravidez uterina y en un proceso del anexo izquierdo: quiste del ovario, embarazo ectópico coexistiendo con una gravidez uterina o mismo en un proceso distensivo del cuerno uterino, que deforma al útero.

Cuatro días después la enferma hace un nuevo cuadro doloroso con vómitos acuosos; el dolor a localización en la fosa ilíaca izquierda es netamente

del tipo de dolor por distensión; son cólicos volentos que irradian hacia arriba, predominantemente hacia el epigastrio, y que llevan a la enferma casi instintivamente a una inmovilidad absoluta con la que busca calmarse. Contrariamente a los dos episodios anteriores, éste se acompaña de fiebre 38° 5 y la enferma sigue con empujes vesperales de medio a un grado durante cuatro días; hasta entonces toda la evolución se había hecho sin temperatura. Un examen radiológico de abdomen no muestra nada de anormal.

La enferma tolera muy bien las transfusiones y un nuevo examen de sangre días después da el siguiente resultado:

Glóbulos rojos: 3.370.000.

Glóbulos blancos: 10.000.

Hemoglobina: 46 %.

Valor globular: 1.04.

Clasificación:

Neutrófilos, 85.

Eosinófilos, 3.

Linfocitos, 5.

Monocitos, 7.

[Nuevo cuadro doloroso seis días después acompañado de temperatura, sin vómitos; con caracteres semejantes a los anteriores. A pedido nuestro el Dr. H. Alvarez tiene la gentileza de examinarla; confirma los datos obtenidos por nuestro último examen genital y opina: gravidez de tres meses y medio; posible proceso a nivel del cuerno uterino izquierdo; necrobiosis de un mioma o accidente de torsión en un quiste del ovario.

La enferma no ha perdido sangre durante toda la evolución de su enfermedad. Un tacto hecho la víspera de la intervención, en un momento en que la pared se deprime casi sin dolor agrega un nuevo elemento de juicio: la sensación de tumor, siempre más cerca de la pared abdominal que del fondo de saco, es ahora evidente y una sensación de onda líquida es posible percibir entre la mano abdominal y la que palpa el fondo de saco lateral izquierdo.

Operación. — VI-25. Dr. Piquinela. Prof. Prat. Pract. Dighiero.

Anestesia general éter CO². Phannenstiel; incindida la pared aparece en el lado izquierdo una bolsa de aspecto quístico laxamente adherida al peritoneo parietal anterior; es muy fácil penetrar dentro de ella a través de numerosos coágulos; sale una cantidad apreciable de sangre negruzca y se encuentra en su interior dos fetos muertos: uno de tres meses y otro más pequeño que comienza a macerarse; se extraen; la trompa enormemente distendida a nivel de su porción ampular y rota en la zona vecina al pabellón forma con éste una parte de la pared del pseudo quiste; a ella van a fijarse los dos cordones umbilicales; el resto de la pared de la bolsa la forman asas delgadas aglutinadas a las que van a adherirse numerosas franjas carnosas de tipo placentario. Sería lo que algunos autores llaman embarazo tuboabdominal secundario.

Es fácil extraer los restos placentarios laxamente adheridos a las asas delgadas; se reseca un trozo de epiplón adherido a la pared del seudo quiste: se hace una salpingectomía con conservación del ovario; aspiración de la sangre que se ha derramado en el peritoneo a raíz de las maniobras operatorias; el útero tiene un fibroma corporal y varios pequeños fibromas subserosos a nivel del istmo. Anexo derecho adherido.

Se deja una sonda Pezzer acodada en el Douglas y se cierra el Phannestiel.

Post - operatorio sin incidentes. Alta curada, el VII, 23, 38.

En resumen: presentamos un caso de embarazo gemelar tubario unilateral operado 19 días después de su ingreso y 29 días después de iniciado el cuadro doloroso; se trata de una múltipara que después de un período de esterilidad de 4 años y medio presenta una amenorrea de tres meses; el cuadro se caracteriza por crisis dolorosas sin metrorragias y el examen muestra un útero aparentemente grávido y un tumor difícil de limitar, en fosa ilíaca y flanco izquierdos; se piensa en gravidez uterina y proceso coexistente anexial: quiste del ovario con accidentes de torsión, embarazo tubario simultáneo.

La operación evidencia un embarazo gemelar tuboabdominal secundario; se hace salpingectomía con conservación del ovario y extirpación de la placenta adherida al intestino. La enferma cura sin incidentes.

Esta historia clínica puede ser encarada desde tres puntos de vista:

- 1º) El que se refiere al hecho de la nidación ectópica de un embarazo gemelar.
- 2º) El segundo de orden clínico que se refiere al problema siempre interesante del diagnóstico del embarazo ectópico.
- 3º) El tercero, de terapéutica quirúrgica corriente.

La nidación de un embarazo gemelar en la trompa es señalada en las últimas publicaciones como una curiosidad embriológica.

La trompa puede ser asiento ocasionalmente de embarazos múltiples simultáneos; éstos pueden generalmente clasificarse en tres tipos topográficos que serían según orden decreciente de frecuencia:

a) *Embarazo tubouterino* (en una o ambas trompas y en el útero), eventualidad la más frecuente de las tres; hay varios casos en nuestro medio; el último publicado pertenece al Dr. Ber-
cianos y ha sido relatado en esta Sociedad por el Prof. Stajano.

b) *Embarazo gemelar tubario unilateral*: los fetos en una sola trompa; tal la enferma que presentamos; sigue en orden de frecuencia al anterior y se le considera como un hecho raro. Este caso que traemos a la consideración de la Sociedad de Cirugía es el primero de esta índole que se publica en nuestro medio.

c) *Embarazo gemelar tubario bilateral*: eventualidad más rara, verdaderamente excepcional diríamos y sólo aceptable con una rigurosa comprobación histológica; en nuestro medio hay un caso indiscutible del Prof. Pou Orfila.

1º) Arey ha hecho en 1923 una meticulosa investigación bibliográfica acerca de los casos publicados de embarazo gemelar tubario unilateral; encuentra 40 casos auténticos — de los cuales dos pertenecen al autor — ocho casos probables y cuatro casos posibles pero dudosos.

En uno de los casos indiscutibles que aporta a la estadística señala la existencia de un saco vitelino común y establece que es esa la primera prueba directa conocida del origen en un solo huevo de los embarazos gemelares humanos. En el otro caso acepta como origen una desigual división a raíz de la cual un feto recibe esencialmente la totalidad del saco vitelino. Cree en consecuencia, que el saco vitelino es un vestigio fisiológicamente no esencial para el crecimiento o la diferenciación.

En 1938, Falk y Blinick añaden 23 casos evidentes de embarazo gemelar tubario unilateral a la estadística de Arey, más dos casos personales observados en el hospital de Harlem. Señalan además dos casos publicados, como dudosos.

Uno de los casos observados por los autores tiene metrorragias que datan de cinco meses atrás y sólo un dolor bajo abdominal tipo calambre la víspera del ingreso, acompañado de una metrorragia severa. La masa que palpan al lado del útero que toman como grávido, la interpretan como un fibroma o un quiste del ovario; la operación decidida después de una observación de

19 días muestra una masa quística adherida en gran parte al intestino vecino, con dos fetos en su interior.

El otro caso que publican ingresa después de una amenorrea de cuatro meses y metrorragias muy pequeñas unas semanas antes del ingreso, con vómitos y mareos frecuentes. Dolor abdominal severo 11 días antes de ingresar, con nuevas pérdidas; al examen: útero grande, deformado, sin nada anexial; piensan en un aborto incompleto con posible fibroma uterino. Días después palpan una masa globulosa por tacto vaginal y aceptan el diagnóstico de quiste del ovario más que el de embarazo ectópico. Operan un mes después del ingreso; es muy difícil entrar al vientre porque la masa adhiere fuertemente al peritoneo parietal anterior, al epiplón y al intestino; contiene en su interior dos fetos. En los dos casos había anemia moderada y el examen radiológico no evidenciaba partes fetales. La reacción de Asheim - Zondek, hecha en el segundo caso, fué negativa.

Kaplan publica dos casos más en 1939, observados en el término de pocas semanas en el Mount Sinai Hospital. En los dos casos hay amenorrea, metrorragia y dolores y en los dos anemia con leucocitosis de 16 y 18.000 glóbulos blancos. En un caso se piensa en fibroma y en el otro se hace diagnóstico de embarazo ectópico.

En las estadísticas americanas no se menciona un caso de O'Farrel publicado en el año 1929 en el Boletín de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires. Se trata de una enferma que inicia y continúa en forma normal su embarazo hasta el segundo mes; a partir de entonces dolores permanentes en fosa ilíaca derecha que se acentúan a partir del quinto mes, época en que siente los movimientos activos del feto; al sexto mes se agrega un gran desarrollo del vientre que no está en relación con la época de su gestación. En esta enferma en la que se había intentado un aborto había: ausencia de metrorragia, útero chico, tumor en flanco derecho, redondeado, liso, duro, que pelotea fácilmente. Los fetos vivieron hasta el octavo mes; la paciente ingresa en estado de caquexia, con fiebre desde que se intentó el aborto. La operación muestra una bolsa quística fuertemente adherida al peritoneo parietal anterior, de color oscuro verdoso, conteniendo dos fetos macerados y un líquido oscuro fuertemente fétido. La cavidad debió ser marsupializada y la

autopsia mostró que se trataba de un embarazo tubo - abdominal en el que las paredes de la cavidad quística adherían a colon tranverso, hígado y asas delgadas.

Con nuestro caso, primero que se publica en el país, el número de embarazos gemelares tubarios unilaterales publicados, alcanza a 69. Siguen siendo como lo quieren Falk y Blinick curiosidades clínicas y embriológicas.

Si el aumento de tamaño del óvulo fertilizado tuviera algo que ver con la posibilidad de un embarazo ectópico, la presencia de un embarazo gemelar tubario debería ser mayor de lo que es en realidad. Se piensa que el factor etiológico en un embarazo ectópico, gemelar o no, es el mismo: todo lo que se opone a la progresión del óvulo a través de la trompa favorece la producción de una nidación tubaria.

2º) El estudio del cuadro clínico presentado por nuestra enferma permite algunas consideraciones que pensamos no están exentas de interés:

a) *Historia genital*: la enferma había tenido cuatro embarazos normales con intervalos de doce a diez y ocho meses; luego un quinto embarazo interrumpido por un aborto a partir del que queda un flujo amarillento abundante y un período de cuatro años y medio de esterilidad.

Este hecho está de acuerdo con la frecuencia mayor del embarazo ectópico en las mujeres que han tenido hijos — 75 % según algunas estadísticas, — 44.4 % de ellas serían multíparas; la existencia de un aborto es también un hecho frecuente señalado en más del 50 % de los casos.

Un período de esterilidad entre el último embarazo o aborto o después del matrimonio en las nulíparas y el embarazo ectópico es también un hecho sobre el que se insiste. Ese período de esterilidad sería término medio alrededor de seis años y se explicaría por la inflamación de la trompa, factor “princeps” en la gestación tubaria. Un proceso inflamatorio de la trompa puede impedir el embarazo, bloqueando mecánicamente la fertilización o causando la desintegración del óvulo recientemente fecundado. Mejorado el proceso inflamatorio, la trompa queda en condiciones favorables para anidar el huevo, oponiéndose en cambio a

que pueda llegar al útero. Si no ocurre el embarazo ectópico es posible que esté en condiciones de permitir al óvulo fecundado que llegue hasta el útero. Vale decir que la posibilidad de un embarazo tubario estaría entre dos extremos: o las trompas son normales o están afectadas de manera que evitan la concepción o destruyen precozmente su producto.

Por lo que respecta a los antecedentes genitales inmediatos la enferma tiene una amenorrea de tres meses sin pérdidas de ninguna clase; esto no es evidentemente lo frecuente y en la mayoría de los casos se insiste a justo título sobre las irregularidades menstruales coexistiendo con otros síntomas de gravedad.

b) *Dolor*: Es el elemento que predomina en el cuadro sintomatológico de esta enferma; por crisis, a iniciación brusca, alcanzando rápidamente su acmé, con irradiación epigástrica y con vómitos acuosos; su intensidad lleva a la enferma a inmovilizarse casi instintivamente en el lecho en procura de alivio; la crisis termina bruscamente. Ese dolor se repite varias veces con intervalo de días. Cuando la primera crisis el dolor sólo ha sido epigástrico.

Ese tipo de dolor y la irradiación epigástrica constante en cada crisis responde a unos de los grados de sufrimiento de la inervación vegetativa despertados por la distensión de la trompa grávida. Su historia lleva a pensar en una crisis visceral por distensión.

c) *La fiebre*: después de su tercer episodio doloroso esta enferma inicia un cuadro febril a empujes vesperales que sigue hasta el momento de operarse, con algunas remisiones de dos o tres días; la apirexia o la hipotermia no son signos constantes.

d) *El útero*: su aumento de tamaño era mayor que el que correspondería a una gravedad de acuerdo con la amenorrea de la enferma; había signo de Hegar, cuya ausencia en estos casos han destacado algunos cirujanos, Mondor entre ellos.

No había sensibilidad del Douglas ni tenesmo rectal en los numerosos exámenes que se le practicaron, señalados casi constantemente en las crisis mecánicas abdominopelvianas, apareciendo en el mismo momento que el dolor.

e) *El tumor*: parauterino, alto, no se alcanzaba por el tacto vaginal; sólo la mano abdominal lo sentía vagamente bajo la pared tensa, siendo su borde superior lo que se palpaba continuando hacia arriba y al flanco el borde superior uterino; recién el tacto de la víspera de la operación evidenció una sensación de ola a su nivel que robusteció el diagnóstico de quiste del ovario.

f) *Anemia e hiperleucocitosis*: hecho señalado en muchas observaciones; un examen a los 14 días de iniciado el cuadro mostró una anemia de 2.780.000 con 55 % de hemoglobina y una leucocitosis de 16.000.

En el caso que presentamos el diagnóstico de embarazo ectópico no fué hecho con firmeza; se le consideró como posible pero antes se pensó en una gravidez uterina complicada con un tumor anexial tipo quiste del ovario con accidentes de torsión o mismo en un fibroma, que la enferma tenía como la operación lo mostró; un ginecólogo que a pedido nuestro la examinó señaló la posibilidad de un proceso del cuerno uterino, necrobiosos de un mioma o de un accidente de torsión en un quiste del ovario coexistiendo con una gravidez uterina. En último término se pensó en la posible asociación de un embarazo extra uterino y un embarazo uterino.

En los cuatro casos norteamericanos cuyas historias hemos podido leer, sólo en un caso de Kaplan se hizo diagnóstico de embarazo extrauterino; en los otros tres se pensó en embarazo uterino coexistiendo con un fibroma o con un quiste del ovario complicado.

La exploración radiológica, que en nuestro caso también se hizo, no ha mostrado partes fetales en las historias publicadas.

El diagnóstico clínico de embarazo gemelar extrauterino no ha sido hecho en ningún caso; se habla de la tendencia mayor a la hemorragia, ausente en nuestro caso, y del tamaño considerable de la masa encontrada; pero son datos absolutamente precarios.

3*) El tratamiento que se hizo en nuestro caso fué salpingectomía con conservación del ovario y extirpación de la placenta laxamente adherida a las asas intestinales vecinas.

La conservación del ovario nos parece de rigor siempre que

no forme parte, esencialmente alterado, de las paredes de la bolsa quística; en nuestro caso pudo conservarse sin inconvenientes.

La cirugía conservadora de la trompa grávida preconizada por algunos cirujanos es rechazada por la mayoría como inútil y generadora de trastornos y recidivas de nuevos embarazos ectópicos.

La conducta frente a la placenta parece depender de las dificultades que en cada caso se encuentre; en el nuestro, laxamente fijada a las asas intestinales, su extirpación no ha ofrecido dificultad alguna. Es lo que se ha hecho también en los dos casos de Falck y Blinick a pesar que en uno de ellos las adherencias eran muy firmes. Colistro ha tenido en un embarazo abdominal con placenta laxamente adherida al intestino una hemorragia inquietante al hacer el desprendimiento.

Cuando las adherencias son firmes y en especial se fijan sobre vasos ilíacos o asas intestinales, algunos cirujanos siguen el criterio señalado por Pinard y Segond de marsupializar el saco esperando la ulterior eliminación placentaria que se haría según algunos autores en el curso de las 8 semanas siguientes (Iraeta). Es el criterio seguido en el caso O'Farrell y el que han señalado a propósito de la discusión de ese caso, Iraeta y Bustos Morón.

Beck basándose en datos experimentales aconseja una buena hemostasis y el abandono de la placenta.

Vignard cierra el saco sobre la placenta y cuando no hay saco, la abandona.

Algunos cirujanos aconsejan extirparla siempre; como criterio sistemático parece peligroso pues puede exponer a hemorragias considerables, difíciles o imposibles de cohibir, especialmente cuando la placenta se inserta sobre asas intestinales o vasos ilíacos.

En resumen: presentamos una enferma con un embarazo gemelar tubario unilateral operada sin diagnóstico exacto en la que se hizo salpingectomía con conservación del ovario y extirpación de la placenta adherida a las asas intestinales.

Es el primer caso de este tipo publicado en nuestro medio.

BIBLIOGRAFÍA

- AREY. — Two embryologically important specimens of tubal twins (including critical summaries of all known cases). *Surg. Gynec. and Obst.* 36, 407, 1923.
- AREY. — Tubal twins and tubal pregnancy. *Surg. Gynec. and Obst.*, 36, 803, 1923.
- AREY. — The cause of tubal pregnancy and tubal twinning. *Am. J. Obst. and Gynec.*, 5, 163, 1923.
- BERCIANOS. — Embarazo ectópico y uterino simultáneos. *Bol. Soc. Cirugia de Montevideo*, 6, 202, 1935.
- COLISTRO. — Embarazo ectópico abdominal. *Arch. Urug. Med. Cir. Esp.*, 14, 141, 1939.
- FALCK and BLINICK. — Twin ectopic pregnancy. *Am. J. Obst. and Gynec.*, 35, 1058, 1938.
- FAURE et SIREDEY. — Traité de Gynecologie Médico. *Chirurgicale*. 1928.
- KAPLAN. — Report of two cases of twinning in ectopic pregnancy. *Am. J. Obst. and Gynec.*, 38, 337, 1939.
- MONDOR. — Diagnostics urgents. *Abdomen*, 1933.
- O'FARRELL. — Embarazo gemelar extrauterino tuboabdominal. *Bol. de Obstetricia de Buenos Aires*, 8, 261, 1929.
-