

Gestación Ectópica?, Embarazo Intersticial

por

Dr. Francisco Chavarría Acuña

Dr. Constantino Urcuyo Gallegos

Presentación de un caso de Embarazo Intersticial (5 meses de edad) corresponde al quinto caso publicado en la literatura científica mundial Gineco-Obstétrica.

Diciembre 31 de 1961, San José Costa Rica, Hospital San Juan de Dios departamento Gineco-Obstétrico.

Definición

Es aquella en la cual el huevo fecundado se implanta y desarrolla fuera de la cavidad uterina (extrauterino), en este caso localizado en la región yuxtaterina compuesta por la pared.

Localización, Frecuencia de Embarazo Ectópico	}	Tubárico	{	Ampulares 82%	
				ístmicos	
			}	1/3 externo {	Ímbricos
					infundibulares
					Ováricos — Paraováricos 3%
					Abdominales 0.1%
					Intersticiales (raros)

Embarazo intersticial.

En el embarazo intersticial la mayor parte del saco ovular está compuesto por pared uterina por lo que el tumor gravídico es

** Profesor de la Cátedra de Medicina Preventiva en la Escuela de Medicina de Costa Rica.

* Residente 2nd Gineco-Obst. Hospital San Juan de Dios.

** Jefe de la Clínica de Obstetricia del Hospital San Juan de Dios.

yuxtaterino y sesil, siendo su rotura una verdadera rotura uterina con toda su gravedad, muy particularmente cuando el saco se estalla en su porción antero-inferior, que es donde corre el ramo anastomótico uteroovárico y la arteria tubaria interna, ramos de cierto calibre; sobre todo durante el embarazo.

Teóricamente, en esta localización puede el huevo, primitivamente anidado en la trompa, transplantarse al útero, continuando un embarazo eutópico, y también expulsarse a través del útero, como un aborto ordinario.

Todo esto será probable, cuanto más cerca del ostium uterino se verifique la implantación. La tumoración formada por el embarazo intersticial produce verticalidad del útero, dato anatómico, que es conocido con el nombre de Signo de "Simón-Ruge", es el más importante para el diagnóstico de esta variedad. El ligamento redondo emerge de la porción anteroinferior de la tumoración gravídica, de modo que la mayor distensión, y por lo tanto, el asiento de la rotura, suele recaer en la pared posterior, zona favorable por menos vascularización. En nuestro caso la rotura fue anterosuperior.

Hipótesis Etiológicas.

Se cree que normalmente la fecundación tiene lugar en el tercio externo de la trompa. Todos los embarazos, por consiguiente, son tubarios durante un corto tiempo.

Considerando las diferentes hipótesis, Perli, sugiere que el huevo se implanta dentro de una glándula del endometrio. Buttenberg cita la interpretación de Veint de penetración del huevo en una vena y su emigración al miometrio. Baniecki, Achmatowickz y Buttenberg sugieren una nidación dentro de la serosa del miometrio. De estas hipótesis la última es la que más nos parece en nuestro caso, presumiendo que el embarazo intramural puede ser separado desde la cavidad uterina y el tubo y ser acogido por la musculatura uterina.

Caso Historia Clínica N° 56252 Anatomopatológico N° 90349 — 90350

Paciente del sexo femenino, R. M. M., de 30 años de edad, originaria de Heredia, vecina de Cinco Esquinas, San José. Soltera, quinta gesta, cuarta para. Última regla en Julio de 1961. Al mes de estar embarazada, empieza a sentir ligero dolor en fosa ilíaca derecha con irradiación a miembro inferior derecho. Hace

15 días el dolor se ha hecho más manifiesto, a tal grado que le le imposibilitada caminar; además del dolor presentó: cefalea, mareos, vómitos, astenia y anorexia no selectiva. Cinco días antes de su ingreso, tuvo que guardar cama ya que el dolor le impedía moverse. El día 31 de diciembre de 1961 ingresa a este Hospital en malas condiciones generales, en estado de Shock. El interrogatorio tanto directo como indirecto imposibilitan llegar a un diagnóstico con certeza, por lo que es internada en medicina con el diagnóstico de anemia severa, embarazo de 5 meses, anexitis. En vista del estado de shock T. A. 0/0, pulso filiforme débil, facies pálida, sudoración fría y disnea; el residente de medicina indica exámenes de laboratorio (hematocrito, hemoglobina, Grupo y Rh urgentes, suero glucosado 1000 cc 5% con 2 ampollitas de levofed, soludacortina 1 ampollita, sangre 1000 cc. control de pulso, T. A., además pide consulta con el residente de Cirugía, quien sospecha un quiste retorcido del ovario y sugiere pedir consulta con el residente de Ginecología-Obstetricia ese día a mi cargo; considerando el cuadro con más detención llegamos a la conclusión de dos posibilidades: quiste retorcido del ovario, embarazo Ectópico Roto.

Se pide la sala de operaciones de emergencia, y con cero de presión, la paciente es intervenida. Encontrando a la apertura de la cavidad abdominal, gran cantidad de sangre oscura (2500 cc.). Matriz crecida con una deformación en el cuerpo hacia el cuerno derecho, donde se implanta la placenta que ha adelgazado la pared del miométrico al grosor de una tela de cebolla y donde se encuentra una rotura como de 4 centímetros, con implantación del epiplón mayor como un parche. Se procede a la extracción del contenido de la bolsa, obteniéndose producto muerto del sexo femenino, como de cinco meses de edad. Seguidamente se practica histerectomía total sin extracción de la placenta.

Con cero de presión la paciente es llevada a recuperación, después de haberle administrado 2000 cc. de sangre, continúa con suero glucosado con levofed; doce horas después la paciente se encuentra fuera de peligro.

Reporte Anatomopatológico 90349 — 90350

Utero que se recibe mal fijado y que mide 16 centímetros de longitud por 8 centímetros de diámetro transversal por 7 centímetros antero-posterior. La pared uterina es blanda. El endometrio mide 1.2 centímetros de altura y presenta áreas amarillas necróticas al corte. Adosado al lado derecho del útero hay una bolsa abierta de unos 20 centímetros en cuya pared hay cotiledones pla-

centarios, gruesos vasos e inserción del cordón umbilical. La trompa y el ovario derecho están adosados a la masa; pero no presentan lesiones. Por separado se recibe feto de 28 centímetros de longitud del sexo femenino.

Histológico

En el cuello hay dilatación de glándulas y discreto infiltrado, inflamatorio crónico. Hay transformación decidual del endometrio y edema del miometrio, moderada hipertrofia de las fibras musculares. En los cortes del ángulo, se observan reacción decidual del tejido conjuntivo del miometrio, con presencia de vellocidades coriales hialinizadas y amnios. Aun en las porciones más alejadas parece haber fibras musculares hialinizadas en la pared. En esta área las vellocidades coriales están bien conservadas. Diagnóstico Anatomopatológico, Embarazo Intersticial de aproximadamente 5 meses.

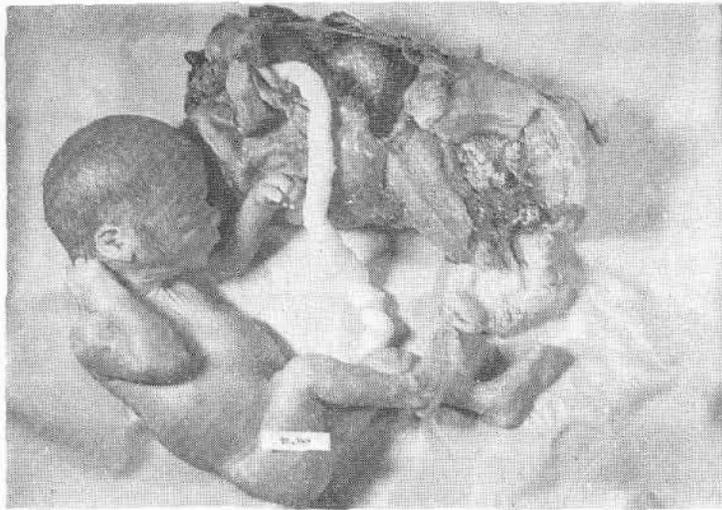
Revisando literatura encontramos tres casos similares y un cuarto caso recientemente. Se le acredita a Perli la descripción de un embarazo intramural en 1924, y Baniecki presenta un segundo caso en 1950 y Buttenberg otro en 1955, este es idéntico al nuestro con excepción del embarazo ectópico anterior. Un cuarto caso por Abou Pollack 1954. En los casos de Perli y Baniecki la laparotomía fue hecha sin ruptura y el embarazo fue enucleado. Dos casos diferentes de estos tres fueron reportados, uno por Baniecki y otro por Achmatowickz, ambos se encontraban con mioma uterino.

Revisando literatura vieja, Von Rosenthal describe un embarazo intersticial y Alexandroff, Freund y Schiekele publican casos en los cuales encontraron conexión con la cavidad uterina.

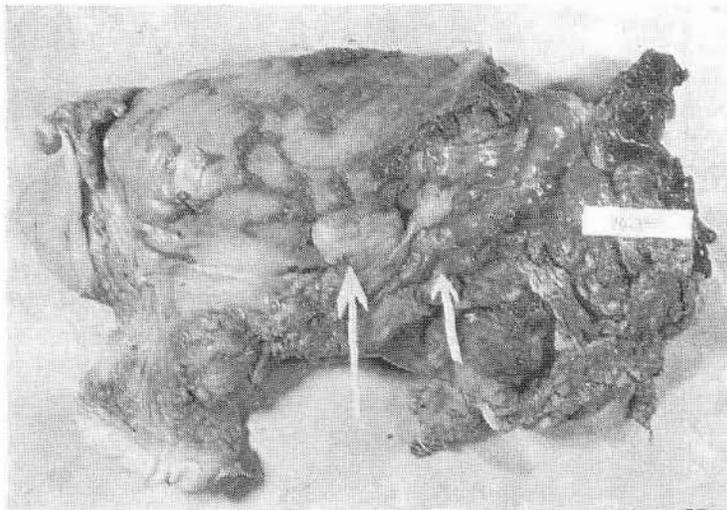
Al presentar este caso ha sido con el afán de dar a conocer, el primer caso de embarazo intersticial en Costa Rica; siendo el quinto de la literatura mundial; por lo menos de los casos publicados.

Es posible que en nuestro país hayan pasado desapercibidos algunos casos de embarazo intersticial, y con igual circunstancia posiblemente en otros países, dado a la poca minuciosidad y observación de estas entidades patológicas.

Nuestro medio nos ofrece un amplio campo en la patología Gineco-Obstétrica; lo único que necesitamos es posesionarnos de esa riqueza con el fin primordial de sembrar la inquietud y al mismo tiempo el progreso de nuestra especialidad.



Feto de 5 meses



Utero y trompa donde se alojaba el producto

REFERENCIAS :

1. ACHMATOWICZ L: Lancet 2: 63, 1952.
2. ALEXANDROFF, F. MONATSCHUR, GEBURTSH. u Gynak. 12: 447, 1930.
3. BANIECKI, H.: Zentralbl. Gynak 72: 162, 1953.
4. BUTTENBERG D. ZENTRALBL. Gynak 77: 1018, 1955.
5. FREUND, S. A.: Beitr. z. Geburtsh u Gynak 4: 1, 1901.
6. PERLI, H.: Zentralbl. Gynak. 48: 2841, 1924.
7. VON ROSENTHAL, J.: Zentralbl. Gynak. 20: 1297, 1896.
8. SCHICKELE, G.: Beitr. Geburtsh u. Gynak 8: 267, 1904.
9. BECK 2nd Edicion.
10. CONILL SERRA: 4ª edición. 1960, pág. 460.
11. THE CYCLOPEDIA OF SURGERY —Medicine— Especialties 1960; F. A. Davis.