

Embarazo Ovárico Silencioso

Por el Dr. Juan Montoya Alvares

Ex-Jefe del Servicio de Obstetricia y Jefe del Servicio de Ginecología del Hospital General "San Felipe". Con comentarios por los doctores Juan A. Mejía M. y Virgilio Banegas M.

Los pocos casos de embarazo ovárico registrados en la literatura médica, han sido hallazgos operatorios hechos al intervenir con diagnósticos erróneos, o revelaciones radiográficas al investigar las causas de un complejo agudo o determinar una relación tumoral.

Pero tal vez esta misma facilidad con que se les desconoce sea una colaboración del azar en beneficio de la vida materna, pues relogando la operación hasta una época próxima o excedida del término del embarazo, en la que generalmente se produce el deceso fetal, ella puede realizarse sobre una placenta muerta, ya degeneradas las vellosidades que, de otro modo, serían focos de hemorragias gravísimas.

La enferma que motiva esta comunicación presentaba, cuando llegó al servicio, un tumor localizado en la parte media y mitad derecha del vientre, con una evolución de 15 meses, que coincidió al principio con una suspensión de reglas de 9 meses.

El crecimiento de dicho tumor fue progresivo, de una manera similar al crecimiento del embarazo tóxico, en tal forma que dicha enferma creyó estar embarazada. No se presentaron trastornos simpáticos de gestación.

Pasados 9 meses, sus reglas reaparecieron y se normalizaron, en cambio, el tumor no tuvo más que una pequeña regresión. Además, casi desde el principio de sus dolencias, dicha enferma fue presa de períodos irregulares de dolores localizados en el bajo vientre para los cuales estuvo sometida a tratamiento médico sin lograr mejoría. Ante el fracaso de esta terapéutica inductiva y aconsejada por su último médico, decide ingresar a este Servicio.

Datos personales y familiares.—Secundigestante de 38 años, casada, nacida en Meámbar, departamento de Comayagua. Madre viva, padre muerto. Otros datos, sin importancia.

Datos de la niñez y pubertad.—Época de la marcha y de la dentición; a los doce meses. Primera menstruación: a los quince años. Enfermedades: Sarampión, parotiditis, viruela y tosferina.

Datos de la edad adulta.—Función menstrual. Periodicidad, normal. Cantidad, regular. Duración, tres días. Dolor, sí. Además, nerviosidad, astenia y abulia,. Última regla, del 19 al 22 de Diciembre de 1948.

Patológicos generales.—Gripe, sarna y paludismo.

Daten obstétricos.—Edad del primer embarazo, 31 años; parto, espontáneo prematuro de siete meses; producto, una niña que murió a las doce horas.

Estado actual de la enferma.—Aspecto general, bueno; piel, morena; panículo adiposo, escaso; edemas, no; sistemas muscular y óseo, bien formados.

Aparato circulatorio: Corazón tonos normales en todos los focos. Pulso igual, frecuencia normal, amplio, rítmico. Oscilometría, Mx. 110, Mn. 60.

Aparato respiratorio, normal; bucodental, normal; digestivo, normal; urinario y nervioso, normales; marcha, normal.

Examen Ginecológico.—Vulva y vagina, normales; cuello del útero, retraído y desviado hacia la izquierda; fondos de saco: posterior y lateral derecho, ocupados por una masa de consistencia semidura; el anterior, ocupado por el cuerpo del útero, el que se encuentra además en marcada anteversión y cuyos movimientos no son transmitidos a la tumoración; así como tampoco los movimientos de ésta no movilizan el cuerpo de la matriz; lateral izquierdo, libre. El mismo tacto abdomino-vaginal nos pone de manifiesto la gran movilidad del tumor, pudiéndose con ligeras presiones cambiarlo de posiciones en el bajo vientre e hipogastrio.

Por el tacto abdominal-vagino-rectal, comprobamos (n una manera precisa que dicho tumor ocupa por su extremo inferior, la mayor parte de la excavación pélvica, infiltrándose además, en gran extensión, hacia el ligamento ancho del lado derecho.

El examen separado del abdomen nos da los datos siguientes: Inspección, en la parte media y lateral derecha del hipogastrio, se nota una elevación de la pared: la palpación, comprueba el tumor, que presenta los siguientes caracteres: tamaño, el de una cabeza de feto término; consistencia, semidura; movilidad, bastante: doloroso, no; la auscultación es negativa.

Análisis de **laboratorio.**—Reacción de Kahn, negativo; hemograma, glóbulos rojos, 4.100.000; glóbulos blancos, 8.400; linfocitos, 34%; eosinófilos, 2%; grandes mononucleares 4%; pelinucleares neutrófilos, 60%; hemoglobina, 60%; tiempo de coagulación, 9 minutos y medio; tiempo de sangramiento, 2 minutos; orina, examen físico-químico, normal; microscópico, células epiteliales escamosas, sí; cristales de oxalato de calcio, sí; bacterias, sí; cilindros, no; hematíes, no; pus, no; otros parásitos, ninguno; heces, negativo.

Diagnóstico.—A su ingreso al Servicio, y sobre la base, de los antecedentes y de este primer examen, se creyó que se trataba de un tumor del ovario derecho, pensando que el teratoma adulto o quiste dermoidé, por su dureza, evolución y frecuencia, encajaba bien en este caso. Bajo esta impresión, fue referida dicha enferma al Prof. Juan A. Mejía M., quien nos había solicitado un caso para una sesión operatoria, y, quien, después de haberla examinado, estuvo con nosotros en lo referente a, que dicho tumor era del ovario, pero no en cuanto a su naturaleza, pues él creía que más bien podía tratarse de un fibroma del ovario, opinión que no compartimos, en vista de la poca frecuencia con que se presentan los tumores conjuntivos de dicho órgano.

Diagnóstico Diferencial.—Como dejo dicho, mi primera impresión en este caso, fue la de un teratoma adulto del ovario; no creí en la naturaleza conjuntiva del tumor, en primer lugar, porque presentaba partes duras alternando con blandas, y en segundo lugar, porque estos tumores son poco frecuentes, pues no constituyen más que el 2,5 % de los tumores del ovario. Tampoco creí en que podía tratarse de un Blastomá epitelial de naturaleza maligna (edad, evolución, unilateralidad, falta de ascitis, etc.)

En cuanto, al embarazo ovárico, variedad rara de gestación ectópica, hallazgos operatorios o radiológicos, de los que según Courtiss, solamente se han publicado datos de 89 casos auténticos, no tuve la menor impresión, a pesar de que me llamó sobremanera la atención los nueve meses de suspensión de reglas que acusaba la enferma.

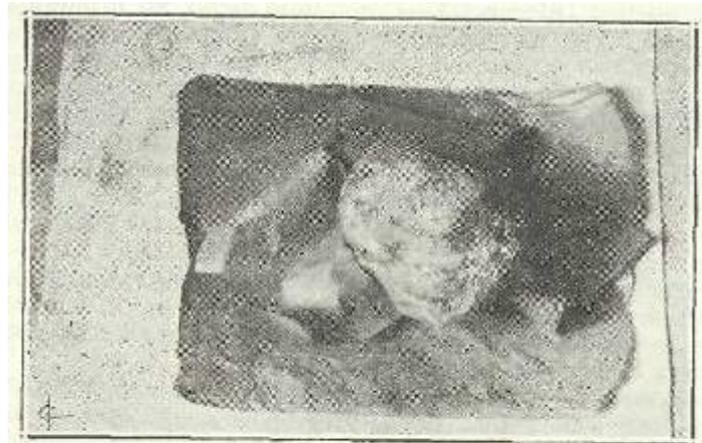
Operatorio.—Se decide la intervención.—Operador: Prof. Juan A. Mejía M.; ayudantes: Dres. Virgilio Banegas Montes y Juan Montoya Alvarez. Se practica una laparotomía infraumbilical (Fig. N° 1), y aparece en plena cavidad abdominal un tumor casi libre



(Fig. 1)

Momento en que se está practicando la laparotomía infraumbilical; Operador: Dr. Juan. A. Mejía M.; Asistentes: Drs. Virgilio Bañeras Montes, Juan Montoya Alvarez y el Bachiller **Federico Fiallos**

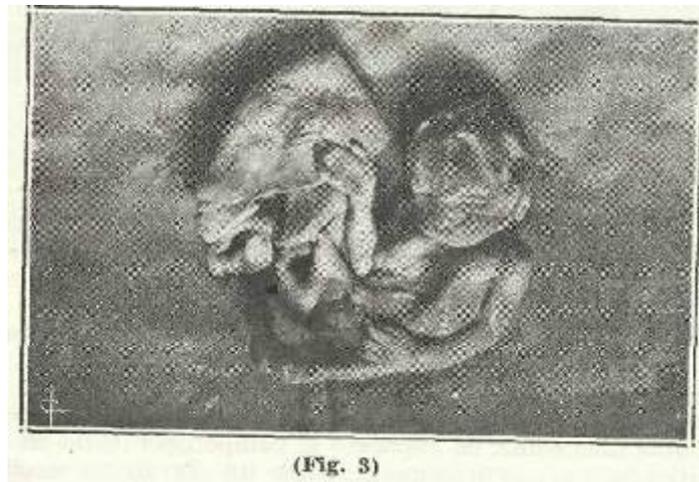
con adherencias laxas al intestino, epiplón y excavación pélvica; una vez liberadas éstas, es expuesto al campo operatorio en donde es identificado macroscópicamente como un Teratoma adulto del Ovario derecho; bajo esta impresión es ligado su pedículo y apartado del campo operatorio, tal como puede verse en la Fig. N°2.



(Fig. 2)

El presunto Teratoma adulto tal como fué extraído después de ligado y seccionado su pedículo

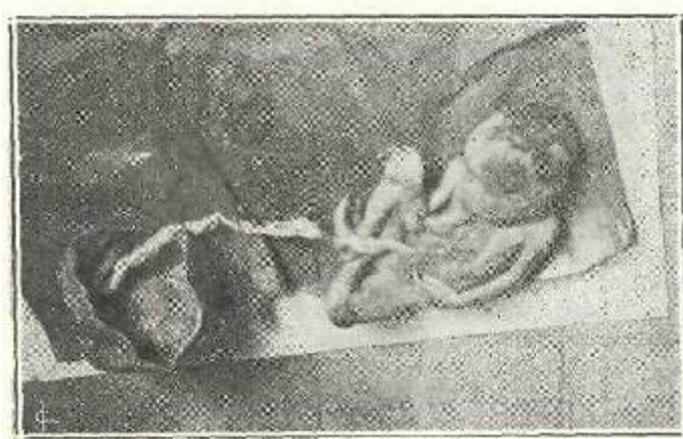
Terminado el acto quirúrgico, el Prof. Mejia, ya bajo la impresion de que tenia en sus manos un teratoma adulto del ovario, procedio a su abertura, y aquí, fue cuando tuvimos la sorpresa de ver que nos encontráramos frente a un embarazo etopico a termino y en su variedad mas rara: EMBARAZO DEL OVARIO, figuras n3 y 4.



(Fig. 3)

El feto, una vez extraído de su emboltura ovárica, en donde se encontraba como enrollado sobre sí mismo

Pos-Operatorio.—Norma!. La enferma fue dada de alta al desamo día, completamente restablecida, Fig. N° 5.



(Fig. 4)

Otro aspecto en donde puede apreciarse perfectamente la inserción del cordón umbilical a la cavidad del ovario



(Fig. 5)

La enferma completamente restablecida, 10 días después de la intervención

Comentarios.—Como ya dije al principio, los raros casos de embarazo ovárico o de embarazo abdominal, son hallazgos operatorios o revelaciones radiográficas al investigar relaciones tumorales; y es precisamente debido a su poca frecuencia, así como también, a la vaga sintomatología que presentan, a lo que se debe el hecho de que pasen desapercibidos. Muy raros son los casos en que dicho diagnóstico se ha sospechado por la clínica, y sobre esta base se han hecho exámenes radiográficos que los han confirmado; y muy frecuentes aquéllos en que la clínica los ha igualmente sospechado, pero que los exámenes radiográficos no han confirmado.

Como ejemplo de lo primero, narraré un caso del Prof. Alberto Peralta Ramos: Se trataba de una primeriza de 32 años, que en el séptimo mes de su embarazo, tuvo una metrorragia abundante e indolora, como primer accidente de una gravidez que, hasta entonces, había evolucionado sin trastornos. Internada en un hospital, todavía continuó durante dieciséis días con la pérdida genital; durante este tiempo estuvo sometida a tratamiento médico, sin ningún éxito. Al cabo de este tiempo dejó de percibir los movimientos fetales, notando además que su vientre disminuía de volumen, así como también que sus senos se hinchaban.

En estas condiciones fue vista por el Prof. Peralta Ramos, quien después de un primer examen y dados los antecedentes, creyó que se trataba de un embarazo uterino con feto muerto y retenido, y como no habían pérdidas genitales, ni temperatura, ni latidos fetales, se la dejó en reposo esperando la evolución espontánea de su embarazo malogrado.

A los dos meses de estada, ya cumplido el décimo de su gravidez, y persistiendo siempre en el error, se inicia una inducción por el método de Mateas, que procura ligeras pérdidas sanguíneas oscuras y algunos dolores durante el día. Una semana después, se repite la inducción con análogos resultados. En tales circunstancias se la vuelve a examinar más prolijamente y se verifica un cuello uterino escondido en el fondo de saco posterior, donde se percibe también una tumoración grande, de consistencia desigual; se palpan segmentos fetales inmediatamente por debajo de la pared abdominal, con una zona de crepitación hacia la izquierda y arriba del ombligo. Con estos datos se sospecha la presencia de un embarazo eh tópico, y se ordenan los exámenes radiográficos que lo confirman.

Se decide la intervención—Operador : Prof. Peralta Ramos; ayudantes, Dr. Sosa y Sánchez. Se practica una laparotomía y aparece en plena cavidad abdominal un feto casi libre, con adherencias laxas, en situación transversa, que por su tamaño corresponde a siete meses. Inmediatamente por debajo del feto y por encima del útero, se observa una tumoración oscura con adherencias a éste, al intestino, y al epiplón, que permite levantarla y extirparla previa ligadura y sección de aquéllas. Desde esta masa carnosa sale el cordón, que recorre una buena distancia antes de su inserción abdominal.

Como se ve, se trataba en el caso del Prof. Peralta Ramos, de un embarazo abdominal primitivo muy bien sobrellevado; en el que en ningún momento de su evolución se manifestaron los síntomas que hacen sospechar su existencia.

En nuestro caso, la evolución de esta gestación ectópica fue también silenciosa, y en ningún momento de su evolución; se produjo la irritación peritoneal que hace los dolores intolerables, desgarrante, sincopades y que suelen poner al Medico en la vía de estos diagnósticos! difíciles.

A GUISA DE COMENTARIO

Por el Dr. JUAN A. MEJIA M.

Haciendo relación a la observación de mi estimado colega, el Dr. Juan Montoya Alvarez, la cual en verdad es algo extraordinario, tengo la pena de discrepar con mi estimado colega, cuando él llama a su observación embarazo ovárico silencioso, yo diría,, embarazo ovárico con final silencioso y, es que el grito de alerta debió de darnoslo, la suspensión de regla por nueve meses, en una mujer bien reglada y bien constituida y es factible que si se registra más la enferma, se habrían encontrado algotros síntomas que hubieran confirmado el embarazo; esto sería bastante para que pudiéramos insistir en aclarar un diagnóstico y nos prueba una vez más que si seguimos una observación detenida y ordenada, la clínica no engaña; que si hacemos diagnóstico errado de una enfermedad es porque algo nos faltó tomar en cuenta y que debemos en todos estos casos auxiliarnos de los otros exámenes, que se indican y aquí hubiera sido el de Rayos X, lo cual nos hubiera dado la verdad del caso que comentamos hoy. Humano es: errar. Yo senté diagnóstico únicamente por un examen local, pues; el caso me fue presentado como un quiste del ovario y confieso que no paré mientes en su historia, habiendo hecho por sólo el examen local el diagnóstico de fibroma, porque al palpar la cavidad vaginal sentí en el fondo posterior y justamente detrás del cuello de la matriz, un objeto duro y redondo que no podía ser un quiste y que, después de la operación pudimos comprobar que aquel objeto duro no era más que la cabeza del feto, el tumor estaba fuertemente apelotonado y desde luego no podían descubrirse miembros fetales y tal fue así que aún sacándolo del fondo de saco de Douglas y teniéndolo en la mano, lío creímos, ni siquiera pensamos, que tuviéramos ante nuestros ojos en aquella bola redonda un feto enrollado sobre sí mismo. Todo salió bien y correcto y la operación fijé justamente lo indicado, lo que tenía que hacerse aún con el diagnóstico verdadero. El diagnóstico, pues con que se operó esta enferma, fue falso y esta es una severa lección para que, jamás pasemos un caso a la ligera sin que no haya sufrido un examen concienzudo que pueda satisfacer al médico más minucioso y que, todo caso por sencillo que parezca, siempre tendrá algo que enseñarnos.

Dr. Banegas: Los comentarios que hago al respecto del extraño caso relatado, no tienen ningún valor diagnóstico porque desafortunadamente para mí, no examiné la paciente previamente a su operación, pero invitado por el cirujano, el Dr. Mejía M., lo asistí en la intervención, la cual revistió una importancia grande por el hallazgo operatorio

Personalmente creo que los diagnósticos hechos por mis colegas, Dres. Mejía M. y Montoya A., son bastante lógicos y razonables y en este caso en particular solamente el examen radiológico hubiera sido capaz de darnos el diagnóstico acertado, examen que no se hizo por no haberse pensado en embarazo ectópico a término.

El embarazo ovárico, como nos informa el Dr. Montoya A., es bastante raro, máxime si llega a término. Fue Maurice quien lo describió en el año de 1682 y no fue sino hasta 1902 que Thompson con pruebas irrefutables, demostró la preñez primitiva del ovario.

En cuanto al diagnóstico post-operatorio de embarazo primitivo del ovario, no nos cabe la menor duda por las razones que a continuación exponemos;

1°_La trompa del lado derecho estaba intacta macroscópicamente y adherida a la pared del saco ovular.

2°—El saco fetal ocupaba la posición del ovario, y

3°—Estaba en conexión con el útero por el ligamento útero-ovarico.