

Curiosidades Quirúrgicas

Un caso de embarazo extrauterino en una hysterectomizada

Por el Dr. I. Gómez-Márquez Girones

La clínica, con sus múltiples complicaciones, con sus innumerales problemas diagnósticos, nos reserva a diario una serie de sorpresas, tanto en el orden quirúrgico como en el médico. Es en ésta línea de hechos, que traemos a colación un caso sumamente raro en la literatura profesional, que, como más adelante se verá, no tiene otra pretensión que eso: su rareza.

El día 17 de julio de 1952 se nos presentó una señora de 23 años de edad, a consulta; aquejaba fuerte dolor abdominal, situado preferentemente en el hipogastrio desde hacía algunos meses, con irradiación hacia la región lumbar. El resto de su historia no ofrecía ningún interés, salvo lo que se refiere a una intervención, quirúrgica anterior, una apendicectomía, que había sido hecha por mí, hacía un año, y que según los datos del archivo, había sido debida a una apendicitis aguda. El estado de sus reglas había sido normal habiendo, presentado la última hacía unos quince días. El examen físico fue completamente normal salvo lo que se refiere a la esfera genital. Se encontró una matriz grande, de tamaño de una naranja aproximadamente, dura, irregular en completa retro-versión; ésta a su vez se manifestó irreversible; toda maniobra encaminada a restituir el cuerpo uterino a su posición normal, arrancaba gritos de dolor a la enferma. En estas condiciones aconsejamos la intervención quirúrgica, con el fin de hacer por lo menos una ligamentopexia, tras la sección de adherencia que seguramente existía entre la cara posterior de la matriz y el fondo de saco de Douglas; se hizo, sin embargo, la reserva de la posibilidad de alguna operación más radical, ya que el tamaño y la dureza de la matriz, resultaban bastante sospechosos. Al día siguiente fue operada la señora, comprobándose la impresión que había dado en el examen clínico: útero grande, con múltiples fibromas, en retro-versión extrema y con numerosas adherencias, que inmovilizaban el órgano por sus conexiones resistentes entre la cara posterior y el fondo de saco rectouterino. Ante este cuadro, resolvimos consultar con el esposo de la enferma, ya que como antes se dijo, ésta tenía 23 años y era madre de un solo hijo. Obtenida la autorización correspondiente, llevamos a cabo una hysterectomía total, dejando los ligamentos redondos suturados a la cúpula vaginal. El curso postoperatorio fue completamente feliz y la enferma fue dada de alta al octavo día.

Un día de Septiembre, el 10 para más exactitud, fuimos llamados urgentemente a La Policlínica, para asistir a una enferma que acababa de llegar. Al presentarnos a la cabecera, nos encontramos ante una mujer joven, con una palidez profunda, que yacía

casi inmóvil en la cama, que dejaba escapar de vez en cuando prolongados quejidos. Su respiración era rápida y superficial y ante nuestras preguntas acerca de la historia de su enfermedad, no pudimos obtener más dato de que estaba así desde la noche recién pasada. En vista de ello, procedimos a hacer el examen correspondiente. He aquí los datos principales que él mismo nos dio: Pulso filiforme, presión arterial inapreciable, abdomen extremadamente doloroso a la palpación en forma uniforme, pero siendo al parecer más sensible en su mitad inferior, defensa de la pared extrema; el tacto vaginal resultó muy incorrecto por el dolor y encontramos que la cúpula vaginal estaba visiblemente rechazada hacia abajo, dando la impresión de que una masa líquida ocupaba la cavidad peritoneal. Terminada la exploración, me volví hacia un practicante y una Hermana allí presentes y dije muy convencido. «Es indudablemente un caso de hemorragia interna, casi seguramente debida a la ruptura, de un embarazo extrauterino; habrá que operar inmediatamente». En boca de la Hermana vi una sonrisa, a la par que me decía: «¿Ya no se acuerda de la enferma? A esta señora le hizo Ud. hace poco una histerectomía». Fácilmente se comprenderá mi extrañeza. Se consultó en el Registro de Operaciones y se comprobó lo anterior, es decir, se trataba de la misma enferma histerectomizada, cuya breve historia relaté anteriormente.

El diagnóstico de hemorragia interna subsistía evidentemente, pero quedaba por el suelo la causa más común entre nosotros, en una mujer de su edad. El Dr. Salomón Munguía en aquellos momentos allí presente, me relató un caso de ruptura de un folículo de Graaf, con cuadro igualmente dramático al presente, que había tenido ocasión de observar en los EE. UU. hacía ya algunos años. Yo, sin rechazar la posibilidad, me resistía algo a admitirla y pensaba más bien en un posible traumatismo que hubiera roto adherencias post-operatorias que sólo tenían 1 mes y 23 días de existencia. Sea como fuera, había que operar con el diagnóstico de hemorragia interna, *que* era lo único evidente. A falta de sangre, llevamos a la enferma a la Sala de Operaciones con venoclisis de suero salino en un lado y plasma sanguíneo en otro. Apenas abierto el peritoneo, empezó a fluir sangre en gran cantidad, mezclada con glandes coágulos. Aquella salía de la cavidad, que se había constituido entre la pared vaginal posterior y los ligamentos anchos, merced al adosamiento que se había hecho anteriormente de los ligamentos redondos a la cúpula de la vagina. Era imposible precisar de qué punto exactamente venía la hemorragia; compresa tras compresa salía empapada en sangre, mientras el aspirador recogía (según calculamos al final de la intervención), 600 cc. de sangre. De repente y mezclado entre el gran número de coágulos, nos quedamos en la palma de la mano con un tejido que, con gran asombro nuestro, era tejido placentario. Continuando nuestra exploración, descubrimos hacia el ligamento redondo derecho, pegado a la porción correspondiente del muñón vaginal, una superficie brillante, transparente que bruscamente se hernió, quedando entre nuestras manos una bolsa amniótica perfecta, del tamaño aproximado de una

nuez con un embrión bien formado en su interior. No había duda, que cualquiera que fuera la explicación que se le quisiese dar, era un caso de ruptura tubárica por embarazo extrauterino. La disección de la trompa, seguida de su extirpación, dado el gran número de adherencias existentes, se nos antojó por demás laboriosa e impropia de aquel momento, en el cual el interés primordial, era hacer la hemostasia y aminorar en lo posible el traumatismo operatorio; siguiendo este orden de ideas ligamos la trompa, comprobando que ya no habían puntos hemorrágicos y procedimos a cerrar el abdomen. El curso post-operatorio, fue relativamente sencillo y con los cuidados inherentes a esta clase de enfermos, que nos parece obvio señalar, se logró un buen restablecimiento de la enferma en el curso de 10 días.

Réstanos explicar la presencia del embarazo extrauterino en aquella mujer hysterectomizada hacía ya 1 mes y 23 días. Uno de mis ayudantes, aún no terminada la intervención, emitió la hipótesis de que la concepción se hubiera efectuado **después** de la hysterectomía, explicando que al haber unido los ligamentos redondos con la cúpula vaginal, las trompas habían quedado en contacto con ésta, y, que un coito, efectuado tal vez cuando aún la herida vaginal no hubiese estado perfectamente cicatrizada, hubiera podido permitir el paso de espermatozoos y, en consecuencia, la concepción. Un estudio más detenido del embrión y de las relaciones cronológicas entre la hysterectomía y la operación última, nos demostró sin embargo, que aquella hipótesis era completamente insostenible. En efecto, el embrión medía aproximadamente unos 4,5 cms. de largo y presentaba órganos genitales externos que ya se habían empezado a diferenciar lo suficiente como para poder afirmar que se trataba de embrión del sexo masculino. Ahora bien, la diferenciación de los órganos genitales externos se empieza a observar a principios del tercer mes lunar; por otra parte, un embrión de 4,5 cms. debe tener aproximadamente 70 días. Como quiera que entre la hysterectomía y el accidente hemorrágico habían transcurrido 63 días, no cabe la menor duda de que el embarazo extubárico existía ya en el momento de hacer la hysterectomía y ni siquiera se puede admitir la hipótesis de que se haya interrumpido en el acto operatorio, el recorrido natural de un huevo hacia la cavidad uterina. Lo admirable es, que la manipulación de las trompas en el curso de la intervención, y sobre todo el pinzamiento de las mismas, no haya ocasionado la muerte del óvulo fecundado.

Como verán nuestros lectores, hemos expuesto única y exclusivamente un hecho quirúrgico extraño, pero, que por no haber tenido referencia de otro igual, hemos creído que bien valía la pena que quedase consignado.