



Hace 55 años

*Una observación de probable embarazo ovárico**

César AGUILUZ CAMACHO

PRELIMINAR

La observación que presentamos tiene para nosotros características peculiares que la hacen en nuestro concepto digna de la atención de ustedes y de sus valiosos comentarios.

Se refiere a un caso de gravidez ectópica cuya localización y aspecto anatómico son poco frecuentes y, precisamente por ello, constituye un caso especial tanto desde el punto de vista del diagnóstico, como de la actitud operatoria.

OBSERVACIÓN

M. P. G. de G., mexicana, de 20 años de edad, originaria de Monterrey, N.L., casada, dedicada a las labores domésticas, se presenta por primera vez a la consulta el 25 de febrero de 1952. Nada de importancia en los antecedentes familiares, tabaquismo y cafeinomanía moderados hace dos años, paludismo, apendicectomizada en abril de 1950. Dos embarazos con parto y puerperio normales; sin embargo, existió aplicación de fórceps en el segundo, ambos hijos viven y están sanos, se presenta a consulta con embarazo intrauterino normal de cinco meses de evolución, el cual al llegar a término fue atendido por nosotros en el Sanatorio Español el 10 de octubre de 1953. Nuevo embarazo y su parto normal el 3 de marzo de 1955.

En los primeros días de enero de 1956 me refirió que el 30 de noviembre de 1955 tuvo metrorragia abundante, acompañada del dolor sacro-coxígeo, de escasas horas de duración, náuseas y vértigo, además dolor supra-púbico tipo cólico; al final de lo cual expulsó por vía vaginal un coágulo grande cediendo la sintomatología. Es de señá-

larse que antes de la metrorragia tuvo retraso menstrual de 17 días.

El 24 de abril de 1956 me refirió que su última regla normal había sido del 5 al 8 de enero y que consultaba porque a principios del mes había tenido unas gotas de sangre, náuseas, astenia, cefalea, notando aumento del volumen del vientre; nos mostró reacción cualitativa de Friedman con resultado positivo.

El 15 de junio se presenta nuevamente a consulta, diciendo que hace ocho días que no percibe movimientos y que los que había sentido eran menos intensos que en ocasiones anteriores. Por la palpación abdominal se encontró tumoración central que llegaba hasta el nivel de la cicatriz umbilical, no se percibieron movimientos, ni se escucharon latidos fetales; se indicó realizar radiografía simple de vientre la cual recibí el 19 de junio con el resultado siguiente: "Se aprecia un feto de una edad aproximada de cinco meses; los huesos de la bóveda se encuentran muy separados, los miembros en posición anárquica y la columna vertebral muy flexionada; todos estos datos hacen presumir muerte fetal". Es dictamen del Dr. Carlos Lechuga V. Con lo anterior se confirmó la idea diagnóstica de abiosis fetal.

El 21 de agosto de 1956 se presenta nuevamente a consulta refiriendo lo siguiente: el día anterior se presentó dolor agudo y persistente, terebrante en hipogastrio y región suprapúbica, de iniciación brusca, acompañado de náuseas y vómitos; ya antes había sentido este dolor aunque menos intenso, el cual había desaparecido espontáneamente al poco tiempo. Por la exploración se encontró defensa muscular abdominal, pulso acelerado (120 por min), temperatura de 37.9° C, se consideró que existía vientre agudo y se planteó la necesidad de intervención quirúrgica de urgencia la cual se practicó al día siguiente con el resultado que se transcribe: se hizo incisión de Phannestiel clásica, al abrir la cavidad abdominal se encontró

* Reproducido de Ginecol Obstet Mex 1958;13:96-102.

una tumoración central de color azul oscuro, libre, que fácilmente se enucleó del vientre, encontrándose pediculada hacia el anexo izquierdo, útero de tamaño normal, en anteverso flexión aumentada y comprimido debajo del pubis por la tumoración que estaba girada de derecha a izquierda sobre su pedículo (una vuelta), tal como si fuera un cistoma de ovario con inicial torsión pedicular, se pinzó y se cortó dicho pedículo con lo cual se pudo extirpar la tumoración, habiendo recobrando el útero su posición normal, anexo derecho sin alteraciones; se conservó la trompa izquierda que tenía aspecto sano. Una vez terminada la operación se pensó en probable embarazo ovárico y un ayudante abrió la tumoración habiendo salido por la abertura parte de la cabeza fetal.

La paciente evolucionó normalmente habiendo sido dada de alta a los cinco días de la intervención y tres días más tarde, ya en su domicilio presentó fiebre, habiendo demostrado el examen sanguíneo estado paratífico, el padecimiento cedió con antibióticos. Actualmente su estado es saludable y existe normomenorrea.

La pieza fue mandada retratar al día siguiente y el estudio histopatológico dio el resultado que a continuación se transcribe: "Se encontró una tumoración constituida por una envoltura capsular fibrosa de superficie lisa. Dentro se encontró un feto correspondiente aproximadamente a unos cinco meses, con signos de histolisis muy avanzada en algunas partes y de momificación por desecación en otras; no se encontraron estructuras foliculares ováricas en la cápsula, ni tubáricas. El estroma fibroso es de tipo ovárico. Diagnóstico: Embarazo con feto muerto de cinco meses, histolizado y momificado, probablemente ovárico". Dr. José Vargas de la Cruz.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Se le llama embarazo ectópico al que está o se verifica fuera del sitio normal; es decir, a la nidación y desarrollo del huevo fuera del útero.

En la actualidad ha habido una corriente de discrepancia en la definición de si debe llamarse ectópico o extrauterino, no me detendré en ello, pero dentro de este tipo de embarazos se encuentran los ováricos.

De Sanctis Maurice, de Perigord, Francia, fue el primero que hizo la descripción de la preñez ovárica en el año de 1682, y Willigh en 1850 ya había insistido en que se debía hacer el estudio microscópico de todas las piezas

de embarazo extrauterino. Lawson Tait, en el mismo año, critica a Walter de Dorpat y le pide que verifique estudios más cuidadosos de las piezas que le mandan para estudio; J. R. Marinus, en 1866, examina tres piezas de preñez ectópica del museo de Würzburg y considera que son ováricas. Otto Spiegelberg, en 1878, da las bases para poder considerar un embarazo como ovárico y las cuales son las siguientes:

1. Que la trompa correspondiente al lado de la implantación del embarazo debe permanecer intacta, micro y macroscópicamente.
2. El saco fetal debe ocupar el sitio del ovario.
3. Debe de estar unido al útero por medio del ligamento útero ovárico.
4. El tejido ovárico debe estar y ser identificado dentro del saco.

Collet y Gurgin hasta 1880 hacen la revisión de los casos presentados basándose en la de Mayer de 1845. Heinecken aborda el tema en 1881 y A. Martin en 1892 relata un caso de cáncer cervical y embarazo ovárico. Catherine van Tussenbroeck, en 1899 presenta un caso en el congreso de Amsterdam; un año más tarde, Kouwer hace lo mismo en la Sociedad de Ginecología de Holanda. Williams afirma que en Inglaterra durante el siglo XIX sólo se habían descrito tres casos; en 1902 Thompson de los E. U. presenta un caso conclusivo de preñez ovárica y en el mismo año Méndez de León y Hollinan analizan y dividen en dos periodos los casos, uno antiguo y uno moderno, considerando que en el antiguo estaban mal interpretados todos los casos. Williams reúne los casos relatados hasta enero de 1906 y los clasifica en verdaderos, altamente probables, probables y dudosos. En 1908 se publica el más completo estudio histológico de! embarazo ovárico por Bryce, Teacher y Kerr; en 1910 Prince relata un caso que llegó a pesar 3 400 g.; Bówing en 1920 reúne cien casos de los publicados y dos años más tarde Bierring quita un quiste de ovario que resultó ser embarazo; en 1923 Carlos A. Castaño presenta un caso de dos y medio meses y al año siguiente Nicholson y Sanz presentan un bien documentado trabajo al respecto; en el año de 1926, King, en Inglaterra, presenta un caso, Nesse uno a término, Bengolea opera un caso de hemorragia pélvica que después de extraer la pieza y hacerle más de 200 cortes afirma que es un embarazo ovárico. En 1927, Heijl, de Escandinavia, resume otra vez los casos encontrados y Frazzer y Strathman describen otro caso, Banister en el año de 1928 revisa la literatura y presenta un caso y A. Brown

presenta una observación. Al siguiente año se presenta un caso de embarazo ovárico e intrauterino por Schubert; Stux en 1931 estudia la clasificación, etiología y anatomía patológica y de 1925 a 1931 se describen cuatro casos ingleses, tres alemanes y dos americanos, en 1931 Canestri y Eiras describen un caso que llegó al séptimo mes, Kleine al año siguiente presenta tres casos y da la sintomatología y etiología, al año siguiente él mismo describe otro caso que llegó al sexto mes y vivió después de su extracción; en 1934, Strumpf presenta un caso a término y con producto vivo, en 1935, Palacios Costa presenta un caso de dos meses y en 1937 Pudney presenta un caso de doble embarazo: ovárico y salpingiano. En 1939, Miller estudia la patología de la nidación ovárica y ese mismo año Peltier presenta un caso retenido durante veinte años; en 1939 Enríquez y Masson presentan otro caso; en 1940 Edgar Rosa Ribeiro presenta uno más y Minor y Bowles presentan un caso de doble embarazo: ovárico y uterino. En 1942 Pride y Rucker describen un caso de gestación ovárica y eclampsia; en 1943 Neif Antonio Alem del Brasil describe otro caso y al año siguiente Mac Clure describe un caso de mola hidatiforme ovárica. En el mismo año, Kuzma y Lillie relatan tres observaciones más. Keller hace el estudio de las hemorragias intraabdominales debidas a ruptura de embarazos ováricos; en 1947 Esther Dale presenta un caso de una mujer de 16 años que fue histerectomizada por otros médicos y que tenía un embarazo ovárico únicamente. Ese mismo año Canestri y Eiras presentan un caso de siete meses; en 1948 Weaver, Damson y Johnson un caso que pesó 1,300 g. En 1949 Ho-Thi-Sang defiende en París la existencia de embarazos ováricos. En 1955 Eliana Valenzuela y Eneida Aguilera describen un caso, en el mismo año Bossert y Haydon presentan otro caso y en 1956 David M. Farrell y Jerome Abrams reportan un caso más. En 1957 se comunican dos casos por John Garry y Lang Don Parsons.

En la bibliografía nacional existe un caso publicado en el año de 1936 de los Dres. Miguel Aranda L. y Luis Raúl Flores de Chihuahua. Pérez de Salazar en su trabajo de 56 informa haber encontrado un caso.

INCIDENCIA

Wollner afirma que no debe ser raro el embarazo ovárico y que tal vez muchos de los llamados “quistes de chocolate” lo han sido pero no se ha hecho el estudio histopatológico. De Lee afirma que es la forma más rara. Williams hasta

1906 encontró únicamente 13 casos. Norris de 1899 a 1909 revisando los casos publicados dice que encontró 40, de los cuales únicamente 21 eran verdaderos. Meyer estudió los casos presentados encontrando que en 1908 hubo nada más 5; en 1909, sólo 1; en 1911, 7; en 1912, 13; en 1913, 9; en 1914, 7; en 1915, 3; en 1916, 1; y en 1917 nada más 5. Bówing en 1923 encontró 100 casos en la literatura mundial; Badia en 1947 dice haber encontrado únicamente 90 auténticos. Para Isbell y Bacon en 1947 se presenta un caso en cada 25,000 embarazos. En 1949 Klirl Wilson encontró tres ováricos en 224 ectópicos que estudió. Davis afirma que de todos los casos relatados menos de la mitad reúnen los requisitos de Spiegelberg; Williams recalca que la toma de la biopsia del saco fetal debe ser practicada en varios lugares y alejados unos de otros y ser en todos positiva con lo cual disminuirán los casos reportados. Zuckermann considera el embarazo ovárico como muy raro y en una serie de 109 observaciones de embarazos ectópicos publicada en 1949 no encontró caso alguno de localización ovárica gravídica. Algunos autores dan las cifras de 0.5 a 1% de incidencia de embarazo ovárico dentro de los extrauterinos, sin embargo, es tan compleja y son tan diferentes los datos que no puede darse un promedio exacto.

Por mi parte, revisando, los libros de operaciones realizadas en el Sanatorio Dos del I.M.S.S., del día 10 de junio de 1952 al 31 de diciembre de 1956, encontré que fueron 3,150 operaciones ginecológicas de las cuales correspondieron 49 a gestaciones ectópicas sin un caso de embarazo ovárico.

HECHOS ANATOMOCLÍNICOS

Stux y Gertsel proponen la siguiente clasificación para el embarazo ovárico: 1. Intrafolicular; 2. Superficial; 3. Suprafolicular y 4. Intersticial. Keller en los intrafoliculares hace aún una subdivisión en: nidación lateral, basal, y fuera del lugar de la ruptura del folículo. Para Strassbourg la lateral se encuentra en el cuerpo amarillo.

En cuanto a la etiología, Veit afirma no haber nada de definitivo; se supone que el óvulo queda en el folículo donde es alcanzado y fecundado. Bass cree que el trastorno es únicamente de naturaleza mecánica. Para Sutton el embarazo primero se efectúa en la trompa y después cae al ovario, Auspach cree que debe existir periovaritis inicial. Curtís lo achaca a la endometriosis.

La sintomatología es similar a la de cualquier embarazo ectópico aunque Smily y Kushner dicen haber encontrado que el dolor no es tan intenso, casi nunca se puede saber si la implantación es ovárica, de lo que se deduce que el diagnóstico es casi imposible, siendo el pronóstico el mismo que para el de cualquier embarazo extrauterino y su tratamiento quirúrgico.

CONSIDERACIONES

Apreciamos que en la observación que presentamos debemos marcar la existencia de los siguientes hechos:

1. Tratarse de múltipara con cuatro embarazos terminados normalmente.
 2. Ser persona de veinticuatro años de edad, de vida genital gravídica muy activa (cuatro embarazos en cuatro años).
 3. Observarse la sintomatología gravídica y lo referente a muerte fetal apreciada clínica y radiológicamente.
 4. Presentarse cuadro de abdomen agudo.
 5. Al operar encontrar tumoración con aspecto de cistoma ovárico con torsión inicial.
 6. Apreciar trompa del mismo lado, anexos del lado opuesto y matriz de caracteres normales.
 7. La tumoración ocupaba el sitio ovárico y estaba unida al útero por el ligamento útero-ovárico.
 8. El aspecto externo era de quiste del ovario y al abrirlo se confirmó que contenía feto.
 9. El examen histopatológico mostró lesiones fetales tanto de histólisis como de momificación.
 10. La pared del saco ovárico que contenía el feto es analizada por el histólogo que la halló constituida por estroma fibroso de tipo ovárico.
 11. Para nosotros macroscópicamente tenía el aspecto que se describe a los quistes ováricos.
 12. Por el conjunto de datos y a pesar de faltar la plena identificación de tejidos peculiares ováricos, apreciamos que se trató de gravidez muy probablemente ovárica.
3. Se anotan las opiniones de algunos autores en cuanto a incidencia, no pudiendo señalarse promedio exacto.
 4. Se presenta un breve resumen de hechos anatómoclínicos.

REFERENCIAS

RESUMEN

1. Se presenta un caso clínico con probable embarazo ovárico.
2. Se hace somera revisión bibliográfica al respecto.

1. Revista Mexicana de Cirugía. Ginecología y Cáncer. Octubre de 1949. año XII No. 10. página 351. Algunas observaciones de embarazos ectópicos. Dr. Conrado Zuckermann.
2. Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer. Julio de 1951, año XIX. No. 7, Pág. 199. Embarazo Ectópico. Dr. Conrado Zuckermann.
3. Embarazo ectópico, publicación de Víctor Cónill. Pág. 35.
4. Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer. Mayo de 1936. Pág. 320. Un caso de embarazo ovárico. Dr. Miguel Aranda L. y Luis Raúl Flores, de Chihuahua.
5. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Vol. 69, Junio de 1955, No. 6, Pág. 1366. Unrupted Primary ovarian pregnancy. Dres. Bossert y Haydon.
6. Gynecology and Obstetrics. Mayo de 1956, Volumen 7. No. 5 Págs. 562 a la 564. Primary ovarian pregnancy. Report of a case. David M. Farell y Jerome Abrams.
7. Boletín de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología. Vol. XX, Sept.-Oct. de 1955 Nos. 6 y 7. Página 192 a 194. Embarazo ovárico, un caso clínico. Dras. Eliana Valenzuela y Eneida Aguilera.
8. Obstetrics and Gynecology. Enero de 1957, volumen 9, No. 1 Pág. 29. Embarazo ovárico. Reporte de dos casos. Dr. John Garry y Lang Don Parsons.
9. Revista del Hospital de Nuestra Señora Aparecida. Vol. IV. Nov.-Dic. de 1951. No. 6, Págs. 601 a 662. Gravidez ovariana. Dr. Domingos Delascio y Dr. Lindoro Credidio.
10. Ginecología y Obstetricia de México. Vol. XI, año XI, No. VI. Nov.-Dic. 1956. Consideraciones sobre algunos aspectos del Embarazo ectópico. Dr. José Luis Pérez de Salazar. Pág. 468.
11. W. Stoeckel. Tratado de Ginecología.
12. Emil Novak. Texto de Ginecología.
13. Crossen y Crossen. Enfermedades de la mujer.
14. Christofer. Text Book of Surgery.
15. Sala S. L. y Rapaport. Semana Médica de Buenos Aires, 1953, No. 103.
16. J. Botella Llusia. Enfermedades del aparato genital femenino.
17. Maser e Israel. Trastornos menstruales y de la esterilidad.
18. Calatroni Ruiz. Terapéutica ginecológica.
19. Wharton. Ginecología y Urología femenina.
20. J. V. Meigs S. H. Sturgis. Progresos de la ginecología.
21. Carl Henry Davis. Gynecology and Obstetrics.
22. Crossen and Crossen. Ginecología operatoria.
23. Curtis. Ginecología.
24. Werner y Sederl. Operaciones ginecológicas.
25. Javier Garza. Tesis profesional. 1955.
26. V. Conill Montobbic. Terapéutica ginecológica.
27. Torpin R. Bull. Univ. Hosp. No. 5, 1944.
28. Frankel. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1937;393.
29. Jauch W. A. Gynec, 1951;132-16.