

Sr. COORDINADOR. — Tiene la palabra el Dr. Arturo Achard.

## PROBLEMAS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS QUE PLANTEA EL EMBARAZO DOBLE SIMULTANEO INTRA Y EXTRA UTERINO

Dr. Arturo Achard

En oportunidad de discutirse en este Congreso el diagnóstico y tratamiento del embarazo ectópico, he creído de interés el comentar un aspecto particular del mismo que por su relativa rareza (0,8 %, de acuerdo a la estadística realizada en 1948 por R. W. Dewoe y J. H. Pratt sobre el total de embarazos ectópicos) y sus especiales características clínicas, dan a la simultaneidad de embarazo intra y extra uterino, motivo de consideraciones especiales que trataremos de sintetizar en esta contribución al tema en discusión.

### I. Frecuencia.

Diremos en primer término respecto de ella que en la literatura mundial no abundan estos casos y que de acuerdo a la consulta que hemos efectuado, hasta el mes de noviembre de 1953, llegan exactamente a 420 casos incluyendo en este número el publicado por nosotros en agosto de 1941, en *Día Médico Uruguayo* año IX N° 98, que era el segundo publicado de la literatura nacional, siendo el primero el presentado por el Dr. M. Bercianos a la Sociedad de Cirugía el 23 de Octubre de 1935, relatado por el Prof. C. Stajano y a cuyo comentario agregó 3 observaciones inéditas de los Dres. Pou y Orfila, E. Blanco Acevedo y A. Canzani.

No vamos a ocuparnos en detalle de los casos relatados por los autores extranjeros, destacando sin embargo el excelente comentario que sobre el tema realiza el Dr. N. A. Freire en la *Prensa Médica Argentina* (N° 27 año 1940) y el Dr. E. Novak en *Surgery Gynecology and Obstetrics* t. 43 año 1926.

Diremos que desde la primera observación publicada en 1708 por Duverney, la casuística mundial se ha ido enriqueciendo con nuevos aportes que han contribuido a precisar la sintomatología

y los elementos diagnósticos aménudo imprecisos a que da lugar esta curiosa asociación.

## II. Características clínicas.

Es indudable que esta combinación de la implantación intra-uterina con la ectópica intra-tubaria, ovárica o intra-abdominal ha dado lugar a una sintomatología proteiforme que a menudo aleja al clínico del diagnóstico más concreto de la gravidez ectópica, lo que ha hecho que este no se haya formulado previamente y que mismo haya pasado desapercibido durante el acto operatorio quedando así enmascarado el embarazo intra-uterino por el frecuente aumento del útero que es de observación habitual en el curso evolutivo del embarazo ectópico por las causas que son perfectamente conocidas y de las cuales no me voy a extender en este trabajo. Si como lo señala bien Novak "el embarazo ectópico es una enfermedad de sorpresas diagnósticas" la concomitancia que motiva este estudio hace aún menos típica la sintomatología enmascarando el cuadro clínico.

De ahí se explica que en la serie comentada por Neugebauer quien estudiando la casuística mundial en 170 casos, señala que sólo se hizo el diagnóstico pre-operatorio o anterior al parto del feto intrauterino en 7 casos, dando un porcentaje de 4%; y en la segunda serie de 74 casos el diagnóstico exacto fué hecho en 8 casos (10%), Novak señala sólo un 9,3% de diagnósticos correctos.

¿Cuál es la razón de estas dudas diagnósticas?

- a) **Historia clínica que hace pensar en el embarazo ectópico.**
- b) **Enfermas en las cuales la sintomatología inclina a pensar en el embarazo uterino.**

### A) **Historia clínica que hace pensar en el embarazo ectópico.**

En esta eventualidad el cuadro del embarazo ectópico domina la escena, y ya sea en forma de amenorrea, de dolores espontáneos con sus típicos irradiaciones, y la percepción de una masa quística anexial particularmente dolorosa al tacto, cuyo crecimiento se advierte en nuevos exámenes, o ya sea el accidente cataclísmico que surge inesperadamente, o el más insidioso de hematosalpinx con hematocele concomitante, orientan al clínico con una sintoma-

tología que le es peculiar, hacia el diagnóstico que conducirá a la operación.

Este fué precisamente el caso de la enferma C. F. de B., de 29 años, que ingresó al Hospital Pereyra Rossell el 14 de marzo de 1940, en la cual la constación de la tumefacción anexial, junto a la agravación del cuadro general y de la anemia determinó la laparotomía, en la cual pudimos constatar junto al embarazo tubario roto, la existencia de un embarazo uterino de 2 ½ meses en evolución, que prosiguió normalmente llegando a término, teniendo la enferma un parto normal con feto vivo de 4.800 klg. de peso.

Destacamos, que en el trabajo de Devoe y Pratt, el porcentaje de fetos que llegan a la viabilidad es sólo del 65,9 %, y en la reciente comunicación de J. León y G. Gibelli en los 17 casos recopilados de la bibliografía Argentina el porcentaje de fetos viables fué del 35,32 %.

En este caso hicimos el diagnóstico intraoperatorio de embarazo ectópico y tópico simultáneos.

Esta enferma habia tenido 15 días antes una metrorragia de sangre roja —en poca cantidad—. No obstante, cuando recorrimos la literatura en nuestra búsqueda de casos similares, encontramos que la pérdida de sangre previa al accidente hemorrágico es rara, y esto se explica, pues la metrorragia del embarazo ectópico surge como una de las manifestaciones de la interrupción del mismo junto al parcial o total desprendimiento de la decidua. Se trata en estos casos de sangre oscura con caracteres particulares.

En el caso de persistencia de un embarazo simultáneo intrauterino en evolución, éste previene el desprendimiento de la decidua y la hemorragia no se produce. Queda pues este dato clínico negativo que señalan como importante la mayoría de los que se han ocupado del tema, constituyendo un elemento a tener particularmente en cuenta frente a la sospecha de embarazo simultáneo.

**b) Enfermas en las cuales la sintomatología inclina a pensar en el embarazo uterino.**

Esta segunda eventualidad es la de mayor gravedad para las enfermas. Estas ven proseguir su embarazo uterino que puede llegar al término y el extrauterino continúa también su progre-

crecimiento, o se detiene en determinado momento pudiendo ir a la maceración, momificación o lithopedión en cuyo estado puede permanecer por largos periodos, como el caso descrito por Hayword de Lithopedión operado 26 años después del embarazo simultáneo.

Puede además este embarazo extrauterino crear complicaciones durante el parto de tal magnitud (tumor previo, hemorragia) que obliguen a resolver el caso por cesárea, y luego extracción de la bolsa que contiene el feto ectópico.

A través de lo expresado surge clara la importancia de este particular de gestación ectópica, que por las graves complicaciones que determina ha dado lugar a una elevada mortalidad (19 %) de acuerdo a los autores, la cual ha sido hoy considerablemente disminuída gracias al diagnóstico preciso y a los progresos de la técnica quirúrgica (1.4 % de acuerdo a la estadística de W. De Voe y H. Pratt).

### III. Diagnóstico.

En cuanto al diagnóstico positivo aparece siempre como de difícil planteo, lo que está vinculado a la intrincación de los elementos clínicos que acompañan ambas implantaciones (la normal y la ectópica). Consideramos de valor las expresiones suscriptas por el Prof. Stajano cuando en la Sociedad de Cirugía se ocupó del trabajo del Dr. Bercianos al expresar que "a nuestro juicio es solamente el cuadro funcional, la crisis visceral episódica, aunque no se palpe tumor, lo que define con sus caracteres propios la verdadera naturaleza del cuadro, en forma más significativa que el carácter morfológico recogido en el examen físico".

"La semiología del dolor, su ritmo, sus pausas, su localización inicial, su irradiación, su proyección, y en los casos máximos el dolor difuso, todo estudiado con el conjunto de las reacciones motrices de la pared, constituye a nuestro entender la más fiel y verdadera fuente de información dentro del conjunto de los datos recogidos en el interrogatorio".

La punción del fondo de saco de Douglas que realizamos sistemáticamente como complemento diagnóstico con las directrices de técnica e interpretación que aconseja el Prof. M. Rodríguez López, contribuirá en definitiva a decidir una intervención que resultara sin duda la solución más adecuada en estos casos. El es-

tudio radiológico realizado mediante técnicas especiales resulta un auxiliar para el diagnóstico, de considerable valor.

Si a esto se agrega la falta habitual de metrorragia que ya comentamos, tenemos un valioso conjunto de elementos clínicos que bien manejados pueden conducirnos útilmente al diagnóstico deseado.

Para no extendernos excesivamente no comentamos aquí en detalle el problema del diagnóstico diferencial ante la presencia de un útero grávido, concomitante con un tumor aneural inflamatorio o neoplásico, torcido o no, lo que trae aparejado habitualmente síntomas que permiten su individualización. Tampoco entraremos en el interesante capítulo de la patogenia de este tipo de gestación tópica y ectópica simultánea (teoría de la superfetación, o del embarazo gemelar, uno dentro del útero y el segundo fuera de él), para no excedernos de la extensión en que debe estar encuadrada esta contribución.

#### IV. Tratamiento

Es evidente que éste debe estar dictado por el diagnóstico precoz y exacto, que cuando es planteado en forma positiva se resuelve mediante la laparotomía que procede en los primeros meses a suprimir el embarazo ectópico tratando en lo posible de obtener la proyección normal del intrauterino, como sucedió en el caso que relatamos.

Idéntica conducta debe adoptar frente al accidente hemorrágico intraperitoneal, o cuando el diagnóstico se efectúa antes del 6º mes del embarazo.

Pasado este tiempo, si no existen complicaciones del feto ectópico, aunque esté muerto puede esperarse hasta el término del embarazo, el cual puede resolverse por un parto normal del feto intrauterino, lo que es difícil, debiendo resolverse posteriormente por laparotomía el problema del ectópico; o bien, obliga a la cesárea, seguida del abordaje de la bolsa ectópica, lo que constituye una operación grave, con serios riesgos de hemorragia (desprendimiento de la placenta ectópica y de shock).

**En síntesis**, y como expresión de la conducta terapéutica a adoptar destacamos la considerable importancia de un diagnóstico precoz de la complicación creada por el embarazo extrauterino, lo que va a decidir una conducta activa que es la única que

en tiempo oportuno evitará las ulteriores complicaciones, que la evolución de ambos embarazos trae aparejado para la madre.

Creemos pues que todo nuestro esfuerzo debe orientarse a concretar este diagnóstico, que resulta con frecuencia difícil por las circunstancias clínicas determinadas por esta asociación mórbida, pero no imposible cuando teniendo presente esta posibilidad se tratan de precisar al máximo los elementos clínicos de valor que hemos destacado en la presente comunicación.

#### BIBLIOGRAFIA

- Achard, A.**—Embarazo doble simultáneo. Accidente grávido tubario. Parto a término. "El Día Médico Uruguayo". Año IX N° 98, agosto 1941. Pág. 631-632.
- Allen Alexander, C.**—Simultaneous intrauterine en extrauterine pregnancy. Am. J. Obst. and Gin. 65-452, 1953.
- Bercianos, M.**—Arch. Urug. de Med. Cirug. y Esp., 9-308, 1936.
- Beacham W. D.; Collins, C. G.; Griffon, J. P. y N. F. T.**—Ectopic Pregnancy. J. Missouri M., 48-62, 1951; Year Book 29, 1952.
- Derankova, E. B.**—Two cases of simultaneous intra and extrauterine pregnancy. Delivery at term after operation for the ectopic pregnancy. Akush ginek. 2 51-52, 1951. Et ex cersta med. 1953.
- De Voe, R. W. y Pratt, J. H.**—Simultaneous intrauterine and uterine pregnancy. Am. y Obst. and Gynec. 56 - IIIº, 1948 (con bibliografía completa hasta esa fecha).
- Di Paola, G. y Vázquez Ferro, E.**—Embarazo simultáneo combinado. La Prensa Med. Argent. I. 1953, 143 (con bibliografía hasta 1951).
- Freire, M. A.**—La Prensa Médica Argentina. 27-574, 1949.
- Novack, E.**—Combined intra and extrauterine pregnancy. Surg. Gynec. and Obst. 43, 26, 1939.
- Sala, S. L. y Rapaport, M.**—Embarazo ovárico roto y embarazo uterino normal simultáneos. Bol. Soc. Obst. y Gin. B. Aires, 197, 1953.
- Sutherland, C. G.**—Tubal mole associated with intrauterine pregnancy. Am. J. Obst. and Gin. 65-1146, 1953.
- León, y Cibelli, J.**—Embarazo uterino y extrauterino simultáneos. Bol. de la Soc. de Obst. y Gin. de Buenos Aires, N° 460, Año 1953, J. J. 263-268.
- Tsuan Tsuonlee.**—Simultaneous intrauterine and ovarian pregnancy. J. Formosan Med. Ass: 50/3-4, pp. 51-55, 1951. (Cit. en excerpta medica, 1952).