

CLÍNICA DE GINECOLOGÍA DE LA FACULTAD DE MEDICINA
DE BARCELONA - Catedrático: Dr. M. BONAFONTE

QUISTE FETAL CALCIFICADO RETENIDO EN EL ABDOMEN DIECIOCHO AÑOS

por el doctor

A. LORCA RUIZ

Prof. Ayd. de la clínica de Ginecología

El caso a que se refiere la presente nota clínica, es el siguiente:

Carmen S., natural de Barcelona, de 56 años de edad, viuda.

Ingresa en la clínica de Ginecología de la Facultad de Medicina, el día 27 de abril de 1929.

Acude a la clínica esta enferma porque dice sufre molestias dolorosas desde hace un año, que localiza en la región supero-externa del muslo derecho, produciéndole cierta imposibilidad a la deambulación, y que desde hace tres meses, el dolor ha aumentado, así como la impotencia funcional del miembro inferior; los movimientos tanto activos como pasivos de este miembro se hallan muy limitados y se realizan de una manera muy incompleta; la presión sobre el trocánter del fémur es dolorosa y se aprecia marcada ensilladura lumbar; además, esta mujer, dice haber perdido mucho en peso en estos últimos tiempos, y actualmente presenta disnea de esfuerzo, tos, expectoración purulenta y color algo violáceo de la mucosa de los labios; defecación normal y polaquituria; a su entrada en la clínica está apirética y en estado de reposo su pulso late a 80 por minuto con buenos caracteres.

La historia genital de esta enferma, es la siguiente: Menstruó a 14 años, tipo 7/28 abundante en cantidad y regular en su aparición, indolora; no ha tenido ningún hijo; menopáusica desde hace ocho años. Hace dieciocho años, estuvo amenorreica por espacio de nueve meses, coincidiendo esta amenorrea con fenómenos subjetivos propios del estado de gestación y aumento paulatino del abdomen, hasta el extremo de que la paciente se afirmó en la idea de tal estado, y tuvo sus cosas dispuestas para el momento de dar a luz, hasta que un buen día tuvo conjuntamente con algunas molestias dolorosas en su abdomen una pérdida sanguínea por sus genitales que duró por espacio de un mes, pasado el cual, cesa esta pérdida, el vientre fué reduciéndose de tamaño, las mamas se secaron, las menstruaciones adquieren de nuevo su periodicidad y caracteres normales y aparte de la contrariedad por el malogro de su deseo, entra en una era de bienestar corporal; la enferma no nos habla, a pesar de dirigir el interrogatorio en ese sentido, de ningún accidente agudo (dolor abdominal, hemorragia genital, etc.) durante los meses de amenorrea.

Espontáneamente refiere, que hace tiempo se tocó ella misma un bulto en el interior de su abdomen, pero que nunca le ha hecho sufrir.

Exploración abdominal. — La palpación del abdomen, percibe una tumoración abollonada, dura, movili-

zable, que ocupa casi todo el bajo vientre, alcanzando mayor altura (nivel del ombligo), así como también mayor relieve, en el lado izquierdo; la percusión da sonido mate sobre las zonas ocupadas por la tumoración, manteniéndose claras las restantes; la pared abdominal es depresible y solo despierta dolor al comprimir sobre regiones superpuestas o muy próximas a la tumoración.

Por la exploración combinada, recogemos los siguientes datos: vagina de menopáusica, útero pequeño; por el fondo de saco vaginal derecho y posterior, se nota una tumoración del tamaño de una naranja, fijada, no renitente, de dureza elástica, dolorosa a la presión del dedo y que ocupa la región anexial derecha; en la región anexial izquierda, y a una mayor altura, se nota el saliente formado por el polo inferior de la tumoración abdominal, la cual se domina entre las dos manos, pudiéndose movilizar con facilidad, aunque despertando dolor esta maniobra; no hay derrame en el peritoneo.

Se sentó un diagnóstico probable de neoplasia ovárica bilateral. Después de atender las indicaciones requeridas por su estado general, fué intervenida por vía abdominal, practicándole una laparatomía media infraumbilical, la que permitió extirpar una formación tumoral calcificada en toda su superficie, de forma ovalada y del tamaño de un melón pequeño (fig. I. A.), que ocupaba la fosa ilíaca izquierda y el hipogastrio, obturando en cierto modo la entrada de la excavación pelviana; su superficie inferior no mantiene adherencias con órgano alguno, presentando en la unión de los tres cuartos izquierdos con el cuarto derecho de esta superficie inferior, dos salientes a manera de muñones y cerca de éstos, pero correspondiendo no a su cara inferior, sino al perímetro y en su extremidad derecha se ve otro muñoncito; estos muñones vienen a tener un tamaño análogo al de una almendra cada uno; la cara superior está libre de muñón alguno, y sólo presenta algunas rugosidades parecidas a las que se ven también en la cara inferior; sobre las rugosidades de la cara superior, se encuentra adherido el borde libre del

epiploon mayor o gastro cólico, en casi toda la extensión de aquélla, quedando la tumoración como colgada de él. (Véase la figura 2.)

En el espacio o embudo peritoneal retro-uterino, encontramos otra formación calcárea de forma ovalada en conjunto, que presenta en una de sus extremidades, a la que prolonga, un a manera de apéndice encurvado también calcificado, de un tamaño igual al de una naranja, cuya dureza no está marcada como en la tumoración mayor, presentando en algunos puntos consistencia elástica de pergamino (fig. I. B.); esta tumoración está adherida de una manera muy laxa, a los órganos vecinos (cara posterior del útero, cara posterior del li-

mos la misma idea; una radiografía nos hubiera sacado de dudas, pero no se hizo, y en honor a la verdad, diré que sufrimos alguna desorientación en ese sentido después de explorar a la enferma por el hallazgo de las dos tumoraciones.

Las fotografías adjuntas son bastante demostrativas; la radiografía de la tumoración mayor es interesantísima, apreciando en la misma el esqueleto de un feto a término (fig. 3).

La tumoración menor corresponde a la cabeza, desprendida o separada de la mayor, que corresponde al cuerpo, habiendo entre ambas una distancia aproximada de diez centímetros.

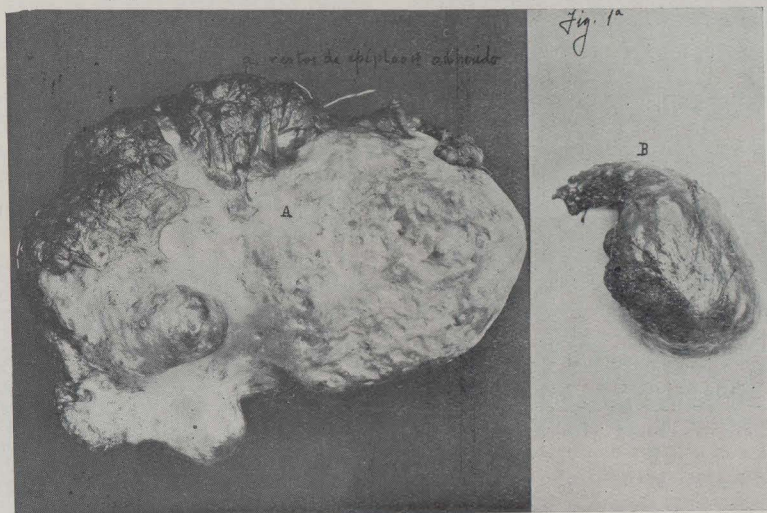


Fig. 1

gamento ancho derecho, ese íliaca y restos anexiales derechos).

El útero y los anejos izquierdos son normales en relación con la edad de la paciente, pero no así los derechos, en donde entre algunas bridas, nos es imposible precisar el ovario derecho, así como también la porción ampular de la trompa de este lado, la cual está substituída por un cordoncito fibroso, que se continúa con la porción ístmica de la misma, que está unida al útero, la cual puede reconocerse sin esfuerzo alguno, tanto, repito, por su inserción en el cuerno uterino, como también por tener los caracteres de tal (forma, grosor, etcétera); por el contrario, no encontramos ni rastro del ovario.

No se observa derrame libre en el peritoneo, ni otras lesiones de distinta índole, terminando la intervención por la sutura de la pared abdominal en tres planos (método del Prof. BONAFONTE).

Con las tumoraciones a la vista, no nos cupo duda de lo que íbamos a encontrar, y la idea de un litopedión adquirió certeza, ya que *in mente*, había nacido al interrogar a la enferma, y tanto yo como mi compañero, doctor PUIG, médico de guardia de la clínica, alberga-

Las dimensiones que presentan estas masas calcificadas son las siguientes:

Tumoración mayor

Diámetro longitudinal	16	centm.
Diámetro transversal	9 1/2	"
Circunferencia máxima	29	"
Perímetro	42	"
Distancia entre los muñones	5	"

Tumoración menor

Diámetro longitudinal	8	centm.
Diámetro transversal	5	"
Circunferencia máxima	15	"
Perímetro	21	"

Practicamos una sección longitudinal sobre el eje mayor de la gran masa calcárea, pudiendo observar que la cavidad abdominal está ocupada toda ella por una masa blanduzca de consistencia análoga al mástic de los vidrieros y de una coloración rojo-vinosa, en la que no era posible diferenciar órgano alguno; no así

en la cavidad torácica, en que se podía ver el corazón y pulmones, así como la convexidad del diafragma, en un estado de perfecta conservación. Vemos, pues, que se trata del hallazgo operatorio de un litopedión o quis-

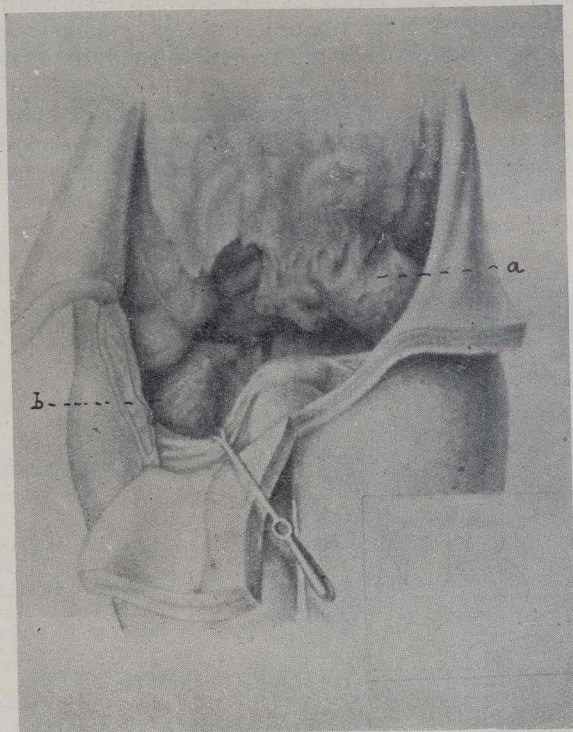


Fig. 2

te fetal calcificado, que ha permanecido dieciocho años en el abdomen, no constituyendo fuente de padecimientos para su portadora, la cual acudió a consulta por molestias de índole diversa, y en la que el interrogatorio, si bien nos hizo sospechar algo de la realidad acerca del proceso abdominal, la exploración nos desorientó, ya que al no ser así hubiéramos practicado una radiografía anterior a la operación, la cual nos hubiera dado seguridad diagnóstica, avalada por la prueba documental fotográfica.

La evolución probable de los hechos, lógicamente pensando en este caso hemos de admitir que se iniciaría por un embarazo ectópico tubo-ovárico o tubo-abdominal, que secundariamente se hizo abdominal, cayendo ya todo el huevo en el vientre o cavidad pelviana con reimplantación sucesiva en los órganos vecinos, lo cual es poco frecuente o mejor dicho, muy excepcional, o por el contrario, rotura del saco ovular, salida del feto envuelto en sangre y líquido amniótico manteniéndose unido a la placenta por el cordón umbilical, amplitud de desarrollo con extensión e implantación a los órganos vecinos de la torta placentaria y consiguiente desarrollo del feto hasta la fecha de término, coincidiendo con el aumento de volumen del vientre, etc., que cuenta la enferma, caso más frecuente.

De este modo llegamos a la época de madurez fetal, y se inicia el trabajo de parto en falso, el útero se con-

trae, expulsa su caduca y hay metrorragia, juntamente con dolores parecidos a los de verdadero parto, sigue o acompaña a estos fenómenos clínicos la muerte fetal y las trombosis vasculares en el tejido íntimo estructural de la placenta, seguido de la atrofia de la misma; el feto una vez muerto no es asiento de proceso infeccioso, como es la regla, sino que por el contrario, empieza por secarse, por apergaminarse, debido a la reabsorción primero de los elementos líquidos de su composición y después de las partes blandas carnosas, seguido del depósito de sales calcáreas, procesos ambos que se realizan por las adherencias que ya tenía o que adquiere después de la muerte con el epiploon, y a las que quizás también debe el que un proceso infeccioso no le haya alcanzado.

La razón del por qué de la separación del tronco y cabeza, y el motivo de ese aislamiento mutuo y completo con que nos encontramos en la intervención, nos parece algo difícil, creyendo pueda explicarse, ya porque estando el feto libre en la cavidad abdominal, no rodeado de sus cubiertas ovulares, el proceso tanto de reabsorción como la consiguiente calcificación, no se verificaron por igual y debido también a que el epiploon



Fig. 3

estuviera adherido a la porción fetal que corresponde al dorso, la cabeza no quedaría englobada en ese proceso de calcificación, sino que más bien habría tendencia a eliminarla de la masa formada por el ovoide córmico;

otra explicación se nos alcanza que pudiera explicar el hecho, y que viene apoyada por la respectiva situación de las masas tumorales calcificadas: hemos dicho que la tumoración calcificada menor ocupaba el Douglas, y estaba adherida a los restos anexiales derechos y envuelta en bridas que se rompieron fácilmente; en cambio el epiploon mayor está adherido en toda la superficie superior de la tumoración calcárea mayor, superficie superior que se corresponde con el dorso fetal y que esta tumoración mayor estaba ocupando el lado izquierdo del abdomen, y como suspendido por el ya citado epiploon; pues bien pudiera haber sucedido que en principio la cabeza en situación inferior, quedase fijada en la pelvis adherida a los órganos pelvianos, y el cuerpo por su desarrollo consiguiente estaría en el abdomen, de donde su fácil a la par que fuerte unión con el epiploon; ahora bien por retracción de este epiploon y consiguiente arrastre del cuerpo, separación de la cabeza fijada en la pelvis, todo ello acompañado de un diverso grado de calcificación, ya que de no ser así, no hubiera sido posible la existencia de un punto débil situado en el cuello, por donde vino luego la excisión y quedó hecha la división y consiguiente aumento en la distancia que separaba ambas porciones fetales, hasta tal y como se encontraron en el acto operatorio.

Otro dato que llama la atención, es el perfecto estado de conservación de las vísceras torácicas, no así las abdominales que se habían convertido en esa masa blanqueza, informe y de color rojo vinoso de la que ya hemos hablado.

Entiendo no debe darse importancia al hecho que ya he manifestado relativo a que en el interrogatorio no se desprendía nada que hiciera sospechar el accidente que dió lugar al paso del feto al abdomen (dejando aparte, naturalmente, el embarazo ectópico abdominal primitivo), primero, porque muy bien pudiera suceder que la enferma no lo recordara después de dieciocho años, y también el que estos fenómenos fueran muy atenuados, como ya es sabido que así sucede en algunos casos, sobre todo cuando el desarrollo del huevo es primitivamente tubo-abdominal o tubo-ovárico.

También quiero llamar la atención sobre el estado de desaparición del ovario y porción ampular de la trompa del lado derecho, cuya existencia no nos fué posible comprobar en el acto operatorio, no así los izquierdos, cuyo estado de integridad era perfecto, lo cual nos lleva a admitir fueran aquéllos el sitio pristino del des-

arrollo ovular, y correspondieran a la implantación y completo desarrollo de la placenta, así como también cabe dentro de lo posible, y nosotros lo aceptamos por el momento, el que en el trabajo de reabsorción consiguiente quedaran involucrados esos órganos (ovario y trompa derechos) alterados en su composición estructural por el ataque de los cotiledones placentarios.

Recordaré la perfecta tolerancia por parte de la enferma, para con sus masas calcificadas, aunque esto es carácter de generalidad, dentro de la excepción que supone la formación del litopedión.

Esta enferma, de cuyo estado general deficiente ya hemos hablado, con predominio de trastornos localizados en órganos torácicos y cuyo dolor y claudicación del miembro abdominal derecho la hace venir a la consulta, fallece al cuarto día de la intervención, con ausencia de fenómenos abdominales, como comprobó la autopsia, así como también nos confirmó la existencia de lesiones pulmonares y hepáticas causantes de la muerte de la paciente; ahora bien, este estado general deficiente con lesiones de índole degenerativas, principalmente hepáticas, que pudieron quizás agravarse por el hecho de la anestesia general mixta (cloroformo-éter) a que fué sometida la paciente, ¿son independientes del proceso que hemos expuesto, o están ligadas a él?

A este respecto, citaré la opinión de JACQUEMIER, cuando dice hablando del curso y complicaciones en los casos de evolución a término de estos casos de feto de desarrollo abdominal *que aunque no sobrevenga ninguna complicación, algunas mujeres sucumben largo tiempo después de la muerte del feto, a consecuencia de una especie de caquexia por intoxicación.*

Esta es también la opinión de otros ginecólogos, basada en los hechos que la clínica proporciona.

RESUMÉ

Présentation d'un cas de lithopédion ou quiste fetal calcifié trouvé pendant une opération et qui était resté dixhuit ans dans l'abdomen sans constituer une cause de souffrances pour sa porteuse.

SUMMARY

A case of operative finding of a lithopedion or calcified fetal cyst, which remained 18 years in the abdomen without being a source of complaints to its bearer.