

TORSION DE ANEXOS SANOS (*)

Dr. José A. Piquinela

E. G. 28 años. Inicia a las 7 de la mañana un cuadro agudo de vientre caracterizado por un dolor intenso en parte baja de fosa iliaca derecha que irradia hacia la región lumbar del mismo lado y hacia el periné. El dolor de singular intensidad se calma completamente para reaparecer minutos después con topografía e irradiación semejantes, alcanzar pronto su acmé arrancando gritos a la enferma y calmarse totalmente momentos después. La enferma ha exonerado normalmente el intestino una hora antes del comienzo del cuadro y ha tenido una micción de orinas de aspecto normal. La vemos a las 4 horas de iniciados los sufrimientos, llamados por el médico que, pensando encontrarse frente a un cólico nefrítico, ha administrado 3 inyecciones de sedargil, sin obtener ninguna calma. Aprovechamos que se encuentra sin dolores para proceder a su examen: estado general bueno, pulso 120, temperatura axilar 37°, rectal 37° $\frac{1}{2}$; facies que traduce cansancio; ha tenido náuseas sin vómitos; lengua húmeda; manifiesta que toda su enfermedad se caracteriza por los dolores, que viniendo por crisis, con periodos de calma absoluta, alcanzan una intensidad que aterra a la paciente. Dos micciones desde el comienzo del cuadro, durante los momentos de sedación de los sufrimientos, ligeramente dolorosas al final; orinas de aspecto normal. El **abdomen**, sin particularidades a la inspección, es blando y depresible a la palpación salvo en la fosa iliaca derecha, donde la presión profunda despierta evidentemente dolor, bien que no muy intenso. No hay defensa ni dolor a la decompresión. Examen genital: se trata de una virgen sin ningún antecedente patológico, con genitales de aspecto normal; última menstruación terminó hace 10 días absolutamente normal lo mismo que las anteriores en cuanto a momento de aparición, duración y caracteres. Tacto vaginal unidigital, muy dificultoso, no aporta mayores datos. Tacto rectal: se aprecia una ampolla vacía, un útero mediano y hacia el lado derecho un empastamiento moderadamente doloroso. La región lumbar derecha es poco dolorosa a la palpación y a la percusión, pero evidentemente más sensible que la del lado izquierdo. Momentos después inicia

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el 4 de junio de 1952.

una crisis dolorosa con caracteres semejantes a los que se nos han descrito: el dolor se inicia en la parte baja de la fosa ilíaca derecha irradiándose sobre todo a la región lumbar del mismo lado y alcanzando rápidamente una extraordinaria intensidad para calmarse momentos después. Durante la crisis la enferma se agita buscando vanamente una posición que la alivie. Volvemos a verla a las 17 horas, es decir 10 horas después del comienzo. Desde hace 3 horas está calmada; el examen de orina recogida por sondeo vesical, es normal; la leucocitosis es de 13.500. El estado general es bueno; la temperatura axilar es de $37^{\circ} \frac{4}{5}$ y la rectal de 38° . La palpación de la fosa ilíaca derecha evidencia un dolor mucho más acentuado que en el primer examen, sin defensa, algo por debajo de la zona de Mc Burney y el tacto rectal un empastamiento doloroso a la derecha, más evidente y más sensible que en el primer examen. Decidimos intervenir con el objeto de ir en primer término al apéndice, aun cuando el cuadro no entra evidentemente en lo habitual de la apendicitis aguda y explorar la pelvis dado el empastamiento que se aprecia netamente por tacto rectal. No pensamos en ningún momento en torsión de anexo sano, cuadro que no habíamos visto nunca, aunque la probabilidad de un quiste torcido de ovario fué planteada dado el tipo de dolor y los datos del tacto.

Intervención: Julio 3 de 1948. Dr. Piquinela, Dr. Grasso, Dr. Vigil. Anestesia general gases (Pte. Vega). Incisión de Mac Burney con sección horizontal de la piel. Sangre en cantidad apreciable en el peritoneo. Apéndice sano. En el fondo de la pelvis se aprecia una masa negruzca; se agranda la incisión a expensas de la vaina del recto, lo que nos da una excelente exposición de la pelvis. El anexo derecho aparece torcido sobre el eje de la trompa; la torsión asienta a 2 cms. del cuerno uterino, consta de tres vueltas y suponiendo que se observara desde la pared lateral derecha de la pelvis la zona de torsión, ésta se ha hecho en el sentido de las agujas de un reloj. La parte media y externa muy distendida ha basculado por encima del borde superior del ligamento ancho cayendo detrás de él, en el compartimento posterior de la pequeña pelvis. El anexo torcido y libre, sin adherencias a las partes vecinas, tiene color negruzco, no individualizándose netamente el ovario de la parte externa de la trompa; todo parece un enorme coágulo. Utero en anteversoflexión sin particularidades; anexo izquierdo normal a la palpación. Anexectomía derecha; peritonización; apendicectomía, encapuchamiento; cierre de la pared por planos; lino en la piel.

Post-operatorio sin incidentes. Alta con herida cicatrizada a los 8 días. Menstruación normal a los 20 días de operada. A 4 años de la intervención sigue perfectamente bien.

Examen anatomo-patológico: Se observa un verdadero infarto hemorrágico; no hay huellas de vellosidades coriales ni de formaciones placenterias; tampoco nada que haga pensar en inflamación antigua o reciente, en infección banal (salpingitis) o específica (tuberculosis). Es

un estado apoplético de los órganos torcidos que ha hecho desaparecer prácticamente su estructura normal.

El caso que traemos a la consideración de la Sociedad de Cirugía debe ser catalogado como una *torsión de anexos sanos*, realizada dentro del abdomen y fuera de toda gestación. El término *vólvulo* de anexos que prefiere Mondor (5) le es justificadamente aplicable por analogía con la patología intestinal donde este accidente es más frecuente. La torsión de anexos que acaece en múltiples circunstancias puede verse con anexos sanos o enfermos, fuera de la gestación o en el curso del embarazo, dentro del abdomen o fuera de él, en un saco herniario (intra-abdominal o intra-herniaria). Añadamos las torsiones asociadas a las imperforaciones genitales y los casos de torsión anexial y apendicitis aguda que plantean del punto de vista de la patología y de la clínica consideraciones de enorme interés que salen de los límites de esta comunicación y que ponen al cirujano en la obligación de buscar en el vientre, después de haber encontrado un apéndice inflamado, la causa de dolores particularmente intensos, o de un derrame hemático o serohemático, o de una masa pelviana percibida por tacto rectal o vaginal en un anexo volvulado. En nuestro medio se han publicado muy pocos casos (2 - 8) : uno de Bottaro y Tobler y tres de Turenne.

Es a Auvray (1) a quien se debe un magnífico trabajo sobre este tema, que conserva todo su valor a pesar del tiempo transcurrido, siendo en verdad poco lo que a él ha podido agregarse. Evidentemente las torsiones anexiales por los errores de diagnóstico a que exponen y la rareza de su calificación clínica precisa unido a su frecuencia, mayor que la que surgía de las primeras publicaciones, hacen de este asunto una cuestión importante de cirugía que debe ocupar lugar apreciable dentro del síndrome general de la torsión visceral. Nos limitaremos al estudio de la torsión de anexos sanos en la cavidad abdominal dejando de lado la torsión intra-herniaria que era para Auvray la más frecuente lo mismo que la volvulación de anexos enfermos.

Considerada como eventualidad muy rara, la duda de Auvray ha sido resuelta en el sentido de que esa rareza es más aparente

que real y muchos casos catalogados como torsión de anexos enfermos no serían tales habiéndose, por ausencia de exámenes histológicos o por investigaciones incompletas, tomado como lesiones preexistentes a la volvulación, las modificaciones estructurales consecutivas a ella. Considerándose mismo que sólo los anexos enfermos podían torcerse, fué después de los primeros casos señalados por Bland Sutton (1891) y por Delbet, y que constituyeron una sorpresa operatoria, que otros se agregaron llegando a afirmarse que era más frecuente la torsión del anexo sano ya que la condición esencial para que ello pueda suceder es la ausencia de adherencias fijadoras, lo que es raro en una trompa enferma. Vendría después del anexo sano en orden de frecuencia, el hidrosalpinx, generalmente libre y mucho más raramente el piosalpinx, en el que excepcionalmente faltan las adherencias. Puede torcerse también la trompa grávida. Se observa preferentemente en personas muy jóvenes, muchas en edad prepuberal; se ha señalado un 5 % de los casos en lactantes y niñas muy pequeñas [Regad (6)]. La mayor frecuencia parece estar entre los 11 y 19 años, insistiéndose en casi todos los trabajos en el hecho de que se trata en general de vírgenes, sin ningún trastorno genital.

Anatómicamente puede tomar trompa y ovario como en el caso que presentamos, trompa sola [caso de mis Irvy (5)] u ovario sólo [caso de Fiolle (4) por ej.] o además del anexo, el ligamento ancho y el ligamento redondo [caso de Adams y Cassidy citado por Auvray (1)]. Lo habitual es encontrar la trompa volvulada sobre su eje, en un número de vueltas variable, $\frac{1}{2}$ a 3 o 4, y en sentido de las agujas de un reloj o en sentido contrario. La torsión asienta en las vecindades de la inserción uterina de la trompa. El análisis de los casos publicados hace pensar que la torsión del anexo sano o enfermo es más frecuente a derecha aun cuando Mondor cree que ello es más aparente que real, ya que en los cuadros dolorosos derechos se piensa en apendicitis y se interviene más a menudo que a izquierda, donde el cuadro es a menudo rotulado de anexitis. Los casos de torsión bilateral son excepcionales.

Hemos dicho que el número de las vueltas es variable como también lo apretado de las mismas y, en consecuencia, la reper-

cusión vascular y tisular. Regad (6) distingue tres grados: torsión laxa o floja: sin fenómenos de estrangulación ni alteración tisular; torsión media: con fenómenos hemorrágicos limitados; torsión apretada: con repercusión circulatoria seria, infarto hemorrágico y necrosis. La estrangulación sólo venosa puede determinar un hematosalpinx y la sangre fluir en algún caso a través del ostium abdominal. Como cuestión de hecho, el hemoperitoneo es frecuente, de abundancia e intensidad variables —líquido serosanguinolento a sangre pura—; verdadera inundación peritoneal a veces [Fiolle (4)], viéndose sangrar en otras el anexo volvulado en el momento de la intervención; en casos operados tardíamente un hematocele puede constituirse que como en la enferma de Caraven (3) es identificable netamente por el examen vaginal. Si la torsión es tal que hay bloqueo de la circulación arterial se tendrá como consecuencia el infarto isquémico, la gangrena y mismo, como Compte y Michon lo han señalado, la amputación espontánea del anexo.

Los órganos volvulados forman habitualmente una masa más o menos voluminosa, rojo oscuro o negruzca, generalmente situada en el Douglas, libre o fija por adherencias fibrinosas que luego se organizan.

La importancia del *examen anatómo-patológico* es fundamental siendo en base a él que puede clasificarse correctamente cada caso; su ausencia explica la defectuosa catalogación de muchas situaciones en tanto que su estricta observación ha permitido enderezar diagnósticos clínicos o presunciones basadas en el aspecto puramente macroscópico de la masa volvulada: anexos sanos torcidos tomados por trompas grávidas; trompas aparentemente sanas volvuladas en las que la histología evidenció lesiones tuberculosas. Las observaciones sin cuidadoso examen anatómo-patológico carecen de valor para su correcta clasificación, pudiendo llevar a tomar como lesiones pre-existentes a la torsión las que, en realidad, son su consecuencia. Sólo puede hablarse de vólvulo de anexos sanos cuando el examen evidencia ausencia de vellosidades coriales y de toda formación placentaria; ausencia de nódulos inflamatorios antiguos o recientes, de toda huella de infección banal o específica; de toda lesión tumoral; ausencia de cuerpo amarillo reciente del lado operado mos-

trando en cambio, un infarto hemorrágico, un estado apoplético de los órganos volvulados cuya estructura se desintegra y desaparece en el seno de la infiltración sanguínea. El ligamento ancho y el subperitoneo pueden igualmente estar muy infiltrados de sangre y en cuanto al hemoperitoneo puede ir desde el derrame sero-hemático —en esta forma sería casi constante— hasta la inundación peritoneal; desde un poco de sangre en la pelvis que en casos operados tardíamente llega a formar un hematocele que ha podido ser diagnosticado clínicamente hasta observaciones con hemorragia importante realizando por ella sólo un cuadro general alarmante.

En alguna observación el anexo torcido sangraba visiblemente en el momento de la intervención.

La *Patogenia* de este accidente es de difícil explicación, las interpretaciones son múltiples y muchas de ellas podrían aplicarse también al mecanismo de torsión de los anexos enfermos. Es posible que la torsión no obedezca a un elemento patogénico único, que varios puedan actuar en un caso dado y mismo ser diferentes de una enferma a otra. Varios factores han sido considerados como predisponentes: todas las causas fisiológicas que integran el síndrome de congestión pelviana (menstruación, coito) siendo de notar que un 50 % de estos cuadros se presentan durante la proximidad inmediata de las menstruaciones; golpes, ejercicios o esfuerzos violentos; peso de la trompa aumentada de volumen por una congestión pasajera; longitud anormal de la trompa o de su meso; flexuosidades de la trompa, torsiones en espiral que se encuentran normalmente en la vida fetal y que pueden persistir marcadas, como anomalía congénita, después del nacimiento y en el adulto. Exageración de la semi-espiral que el canal de Müller describe en torno al conducto de Wolf o resultado del desigual crecimiento de trompa y mesosalpinx, lo que traería una verdadera rotación helicoidal si la diferencia entre el desarrollo de los dos es grande, lo cierto es que en muchas mujeres estas flexuosidades existen y que un trastorno cualquiera (aumento de volumen, congestión de la trompa) podría acentuar estas flexuosidades, el anexo congestionarse aumentando de peso y la torsión anexial constituirse.

La teoría hemodinámica de Payr cree que la torsión se produce secundariamente a una obstrucción al retorno de la sangre venosa, lo que trae aumento de calibre y longitud de la vena que se dispondría en arco alrededor de la arteria con su luz y longitud conservada como cuerda, arco que en determinado momento (por el peso, la tensión, etc.) se enrollaría en torno a la arteria dando así comienzo a la torsión, la que se consolidaría como consecuencia del aumento de la estasis sanguínea que esta situación determina. Los frecuentes cambios de presión intra-abdominal, los cambios de posición provocados por la distensión vesical o rectal y las modificaciones consecutivas a su evacuación podrían hacer verosímil el mecanismo apuntado cuando ocurre sobre un terreno en el que actúan alguno de los factores predisponentes ya citados. Dificilmente aplicable a la torsión intra-abdominal del anexo sano, sostenida para las torsiones de tumores pediculados y las intraherniarias de anexos sanos donde parecería encontrar esta teoría su mejor aplicación, ciertas investigaciones experimentales llevan a pensar que el disturbio circulatorio es la consecuencia y no la causa de la torsión y que la distensión venosa provocada trae el resultado opuesto a la teoría, es decir la erección del órgano y no su torsión.

La teoría del "movimiento rotatorio" de Sellheim parecería aplicarse a cierto tipo de casos; el movimiento del cuerpo, especialmente rotatorio se trasmite a los órganos intra-abdominales; si a este movimiento sigue una detención brusca o inversión rápida del sentido de rotación los órganos siguen su movimiento inicial de rotación (baile y caídas, choques y todos los deportes que imprimen al cuerpo movimientos rápidos seguidos de detenciones bruscas como el tennis, el ski). Algún caso donde la relación con el trauma parece neta se ha tentado explicar admitiendo que el trauma inicie la torsión ovárica y el factor hemodinámico de Payr puesto en marcha por el traumatismo complete la volvulación tubaria.

Citamos solamente los que han invocado como causa los movimientos transmitidos de las asas intestinales, del recto y la vejiga, la teoría anatómica (invocada por algunos sólo como factor predisponente): largo excesivo de la trompa con mayor movilidad de la extremidad ampular que tendría especialmente en la

mujer joven una disposición flexuosa espiralada que predispondría al movimiento patológico el que resultaría favorecido por la congestión del órgano (menstruación, coito, embarazo); la teoría embriogenética: conservación en algún caso por parte de la trompa del trayecto en espiral que en el embrión tiene el canal de Müller alrededor del conducto de Wolff; la teoría espasmofílica: movimientos peristálticos de la trompa que pueden exagerarse —verdadero hiperperistaltismo por lesión nerviosa— determinando la torsión tubaria; la teoría propuesta por Saitz en 1931, basada en la constitución anatómica de la túnica muscular tubaria, cuyas dos capas, externa e interna, se disponen en forma de dos espiras opuestas la una a la otra y en la experimentación con trompas humanas, invocando como prueba de la veracidad de su teoría la ley de Kustner: el anexo derecho se tuerce siempre hacia la izquierda y el izquierdo hacia la derecha; probablemente cierta para las torsiones de hidrosalpinx sería difícilmente aplicable a las torsiones de anexos sanos.

Mientras que la torsión del anexo enfermo puede encontrar su explicación en las teorías invocadas es más difícil interpretar la causa cuando se tuerce un anexo sano y el examen de las observaciones publicadas llevar a pensar que no existe una teoría aplicable verosímilmente a todos los casos. La más satisfactoria parece ser la de Payr, en la que el *primum movens* debería buscarse en una amplitud anormal del ligamento ancho, mesosalpinx y mesoovario. Una adherencia localizada al extremo distal de la trompa puede favorecer netamente según Michon, la torsión de un anexo sano. Stefanelli (7) piensa que sean posibles la teoría embriogénica y anatómica lo mismo que la espasmofílica (es muy sugestiva la observación de Caraveu (8) donde el cuadro estalle a consecuencia de la ingestión de apiol) pero que muchas veces son varias las causas que actúan en un caso dado, variando por otra parte de una enferma a otra.

Del punto de vista del *cuadro clínico* la torsión anexial entra dentro del síndrome general de las torsiones viscerales con algunas particularidades derivadas naturalmente de la localización tubaria. Hay una forma *aguda*, torsión brusca o “bruscamente revelada” dentro de la que entraría el caso que presentamos y

formas *subagudas*, *crónicas* ó lentas como la llaman otros, de comienzo y evolución insidiosos, que exponen a errores de diagnóstico y han podido llevar en algún caso a la amputación espontánea de la trompa.

En la forma aguda, única de la que nos ocuparemos, el hecho saliente e inicial es un cuadro doloroso de real intensidad, a topografía pelviana o abdomino-pelviana; es una crisis que se repite con intervalos más o menos grandes; en nuestra enferma ha alcanzado una violencia singular, señalada en muchas observaciones, pudiendo llegar al síncope. Se acompaña de angustia, de agitación extrema; la paciente busca sin encontrarla, una posición que le calme. El dolor asienta en la fosa ilíaca irradiando a la región lumbar, a los genitales externos, a la vejiga, al recto, al muslo. Pueden añadirse signos más netos de localización pelviana, que han faltado en nuestro caso; tenesmo rectal o vesical, retención de orina, disuria, polakiuria, metrorragia. Viene luego un período de calma, con desaparición casi total de los sufrimientos, nuestro caso, o persistencia de éstos, aunque considerablemente disminuídos.

El facies traduce sufrimiento y angustia cuando la crisis, cansancio fuera de ella; vómitos pueden existir, la temperatura es normal pero el pulso aunque de buena calidad, es habitualmente rápido. El abdomen, normal a la inspección, a veces ligeramente balonado, no está contracturado (o presenta una ligera resistencia que se vence fácilmente) y la palpación puede revelar sensibilidad a la presión profunda de la fosa ilíaca derecha. El tacto vaginal —cuando es posible— adquiere gran valor al evidenciar una masa blanda y dolorosa, látero uterina o prolabada en el Douglas; el signo de la “atracción uterina” de Mondor tendría para este autor real significación: útero en látero-posición, hacia el lado de la torsión, como atraído por el acortamiento provocado por la misma volvulación. El mismo autor le da valor a los contornos de la masa; si ella es redondeada, casi esférica, voluminosa y mediana o cercana a la línea media, piensa en un quiste si ovoidea, bilobada, látero o retro uterina, es una trompa torcida.

El signo de Warneck parece de muy difícil apreciación: percepción vaginal por tacto y palpación abdominal combinadas de

las vueltas de espira de un cordón que se pone tenso al llevar el tumor hacia el abdomen. En nuestro caso el tacto rectal evidenciaba un empastamiento látero uterino que se hizo más neto cuando el segundo examen, horas después, blando y poco sensible.

El hemoperitoneo es habitualmente poco importante para ser evidenciado clínicamente salvo los raros casos de inundación peritoneal y aquéllos vistos tardíamente en los que un hematocele puede ser reconocido. Alguna vez en el momento agudo, la punción del Douglas que se aconseja practicar sistemáticamente, lo ha revelado.

El examen de sangre revela habitualmente un aumento del número de los leucocitos: 12.000 a 20.000 y la velocidad de sedimentación está también aumentada.

El *examen radiológico* le ha mostrado en un caso a Mondor: aplastamiento de delante atrás de la ampolla rectal, rechazo externo y posterior de la terminación del colon pelviano, sobreelevación del sigmoide, la compresión pareciendo obedecer a una masa bilobada.

El *diagnóstico* se fundaría según Regad en 4 elementos:

- 1) crisis dolorosa brusca, a topografía pélvica, que se repite con intervalos más o menos distantes;
- 2) pulso rápido con temperatura normal;
- 3) masa látero-uterina revelable por tacto vaginal, blanda y dolorosa;
- 4) exclusión de embarazo ectópico por reacciones biológicas negativas. Esto último es inaplicable en general frente a un cuadro de urgencia. El diagnóstico positivo habría sido hecho raramente (caso de Fiolle, caso de Pellegrini) aun cuando la intensidad de los dolores y la ausencia de signos infecciosos ha hecho poner en primer plano el accidente mecánico (torsión), hecho sin embargo que por razones sobre las que no podemos extendernos aquí, no permite en manera alguna excluir la apendicitis.

Los errores de diagnóstico lo han sido con apendicitis, embarazo ectópico, quiste torcido, anexitis aguda, cólico nefrítico, quiste luteínico roto y complicado de cuadro agudo. El error con la apendicitis aguda, 42 % de los casos según Regad, nos de-

tendrá un momento. En algunas observaciones la trompa torcida adhiere íntimamente al apéndice y en muchos casos no se señala en el apéndice más que ese conjunto de lesiones que se encuentra en él cuando a propósito de una intervención abdominal, se le extirpa sistemáticamente. Pero en algún caso (Picot, Ricard) hay realmente apendicitis aguda y torsión anexial.

Cualquiera sea la cronología de las lesiones y el mecanismo real de sucesión de las mismas, haya coincidencia o relación directa entre una y otra, el alcance práctico y la verdadera trascendencia del asunto radicaría en no contentarse con la comprobación de un apéndice inflamado como explicación del cuadro agudo y buscar, por exploración pelviana, que debería ser sistemática y practicada mismo frente a cuadros típicos, la razón de algún matiz llamativo del cuadro clínico: derrame sero-hemático, tumefacción pelviana, dolores extremadamente violentos.

El *tratamiento* es quirúrgico, urgente, y significa la exéresis del anexo torcido. Mismo cuando las lesiones fueran reversibles, el tratamiento conservador parece ilógico dada la posibilidad de nueva torsión, aun cuando él haya sido realizado por Hartinger en una niñita de ocho semanas y tenga algunos defensores para los casos de lesiones poco avanzadas (torsiones recientes o poco apretadas con compromiso muy relativo de la circulación).

La frecuencia del error de diagnóstico con apendicitis aguda habla en favor de un criterio netamente intervencionista. Si la certeza diagnóstica pre-operatoria siempre es deseable, lo importante es no dejar pasar sin operación a tiempo un cuadro apendicular agudo; la exploración pelviana que debe ser sistemática y con mayor razón si no hay lesiones apendiculares que justifiquen todo el cuadro o algún matiz del mismo, pone a cubierto de la posible falta de reconocimiento de una lesión anexial.

BIBLIOGRAFIA

1. AUVRAY, M. — De la torsion spontanée de la trompe et de l'ovaire normaux. Arch. mens. d'Obst. et de Gynec. 2:1-22; 1912.
2. BOTTARO, L. P. y TOBLER, G. A. — Torsión de trompa sana. Arch. Urug. de Med., Cir. y Esp. 14:236-242; 1939.
3. CARAVEN, M. — Torsion des annexes normales avec hematocele pelvienne. Bull. Mem. Soc. Chir. de Paris. 53:550-558; 1927.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

4. FIOLE, J. — Torsion anexielle avec inondation peritoneale hemorragique chez une enfant de dix ans. Bull. Mem. Soc. Chir. de Paris. 53:1238-1241; 1927.
5. MONDOR, H. — Diagnostics Urgents. Masson. Paris. Tomo II, págs. 1021-1073.
6. REGAD. — Torsión de anexos. Tesis 1932 (citado por Mondor y Stefanelli).
7. STEFANELLI, S. — La torsione degli anessi. Riv. d'Ost. e Ginec. pratica. Año XXIX. N° 5. Nov. 1947, págs. 256-262.
8. TURENNE, A. — Torsión tubaría. Arch. Urug. Med., Cir y Esp. 14:243-247; 1939.

Dr. Stajano. — He oído con gran atención la interesante comunicación del Dr. Piquinela, que trata de un asunto cuya frecuencia es escasa; en mi actuación en el antiguo Servicio de Ginecología del Prof. Lamas, vi sólo dos casos de anexos sanos torcidos. Más tarde supe que Bottaro y luego otro ginecólogo del país, presentaron dos casos más. Declaro que este problema siempre me intrigó, tanto más que ninguna de las teorías emitidas para explicar la torsión del anexo sano me convenció y no pude comprender dado la blandura, el poco peso, el reducido tamaño, la causa misteriosa de una torsión activa de dos y tres vueltas. Otra circunstancia diferente es la de la torsión de quistes y su explicación es obvia. Ya en el año 1922 mi compañero, el Dr. Tarigo, había coleccionado 120 casos de torsiones ováricas en quistes, condensados en una tesis de gran interés y escalonó por el grado de constricción venosa-arterial todos los grados de congestión y hasta de isquemia, tan bien descritos en la torsión del anexo sano por Piquinela.

Por otra parte si es obligatorio el diagnóstico, siempre posible de la torsión de un quiste ovárico —no creo que pueda hacerse sin los datos físicos casi patognomónicos del primer caso— hacer lo mismo en la torsión de anexo sano. Será la comprobación operatoria la que terminará con la sucesión de máscaras clínicas, que engañaron con anterioridad al clínico más sagaz. Es evidentemente una crisis mecánica la que provoca la sintomatología —con su agudeza— con sus prodromos, con la extinción de los síntomas dolorosos, pasado el momento del traumatismo inicial de la torsión. Pero he aquí y en eso subrayo la importancia, es la semiología del dolor, con su iniciación, su irradiación, su proyección y en los casos de inusitada violencia del traumatismo, la difusa generalización. Nunca como en las crisis mecánicas del ovario, trompa y útero, pueden revelarse estas etapas del dolor, que hemos precisado en tres leyes: a) de la localización del dolor (etapa pélvica); b) de la irradiación (al través del pedículo útero-ovárico); c) de la proyección (en los plexos de donde emana la inervación, o ser los plexos pararenales derecho e izquierdo). Estas etapas del dolor, bien registrables en los casos corrientes, se confunden —cuando la agresión es intensísima— y la ley de la generalización se cumple —es el rebasamiento de los plexos habituales— en los

intensos cuadros agudos de vientre. Estas nociones explican las máscaras apendiculares no digo raras sino habituales y frecuentes de los inocentes ovarios congestivos cuya ejecución implacable se realiza a diario en los servicios quirúrgicos, donde se extirpan apéndices sanos, dejando la causa del dolor pseudo-apendicular en la penumbra. Es la **pseudo apendicitis crónica de origen pedicular ovárica**. No es la palpación sino la semerdagia del dolor lo que induce al buen diagnóstico con el resto de la anamnesis, siempre importante. Cuanta interpretación oímos al través de los años respecto a este dolor persistente después de extirpar un llamado apéndice ovárico de este tipo y recuerdo un trabajo nacional que pretendió encontrar la causa del dolor residual, exactamente igual al de antes de la operación —en un defecto de técnica de la apendicectomía— imputable al cirujano. De entonces a hoy ya van muchos años; he enseñado sin cesar esos hechos corrientes y vulgares de la Clínica y mis asistentes conocen bien las máscaras apendiculares de la congestión pelviana y el valor relativo y a veces negativo, y en casos contradictorios de los corrientes exámenes radiológicos pertinentes. La fisiopatología del dolor y semerdagia funcional prolifera da la clave diagnóstica, mismo en ausencia, cosa frecuente, de la más mínima sintomatología física. En el mismo sentido hablaría de la máscara reno-ureteral —de la misma etiología— en los procesos mecánicos del anexo. (Distensiones, torsiones, roturas, congestiones mecánicas o inflamatorias, etc.). La neuralgia ascendente de la irradiación o el dolor gravativo de la proyección pararenal, son hechos frecuentes y precisos; de ahí los planteos diagnósticos diferenciales con los cólicos nefríticos-renales y otros procesos retro-peritoneales, etc. El gran cuadro de vientre de generalización del estallido visceral, en los folículos ováricos, o en las trompas grávidas, por su violencia, enmascaran esas etapas escalonadas de la migración del dolor y el resplandor doloroso difuso. No otra explicación es la que sugiere el planteo de las dos crisis mecánicas violentas del vientre: la pancreatitis aguda al iniciarse y el embarazo ectópico al romperse.

El Dr. Piquinela en su detallado análisis ha precisado la excelencia del dolor del Douglas en su caso. Este capítulo tan importante de la Clínica y este síntoma tan codiciado en el momento álgido de los diagnósticos ingentes ha sido desvirtuado y desfigurado en su significación, por lo que hemos leído en los tratados de Ginecología y de Patología pelviana, dando una idea irreal e imaginaria del significado del Douglas doloroso. He aquí las realidades clínicas tal cual las enseñamos en la Cátedra:

a) **El Douglas duele por la inflamación y la curva gráfica del dolor es bien conocida.**

b) **El Douglas en cambio es insensible al contacto de la sangre tanto en la pequeña como en la más grande inundación tanto en la propia pelvis como por declividad del vientre superior.**

c) **En las roturas de vísceras pelvianas con hemorragias consiguientes, el Douglas duele no por la sangre sino por la rotura o distensión aguda de la víscera en juego.**

d) La cronología del dolor del Douglas es contemporáneo a la distensión mecánica del órgano, y esa exquisitez inicial se agota a las horas y desaparece en totalidad. Es un resplandor doloroso del Douglas que irradia desde la trompa o el ovario y luego se apaga. Es similar al dolor lumbar izquierdo en las pancreatitis agudas.

e) Los vólvulos del sigmoide, las roturas renales y del bazo, algunas distensiones agudas de la vesícula biliar dan efímeramente el síntoma del Douglas, así como la hemorragia sub capsular del hígado como es el caso presentado a esta Sociedad por el Dr. Otero que ostentó el **exquisito dolor del Douglas**, sin una gota de sangre peritoneal. (Pieza admirable de autopsia), y operada por Etchegorry con diagnóstico de anemia aguda y resultó ser una pseudo anemia aguda por shock mortal, por hematoma distensivo brusco, subcapsular del hígado.

Al apartarme aparentemente de la torsión del anexo sano torcido presentado por el Dr. Piquinela, me acerco en realidad a los procesos elementales de Patología que interesan al caso particular y vivifico así hechos en aparente desconexión con el presentado. La Patología General es una sola y relegaremos a la historia el concepto unilateral y uniorganicista de la clásica patología guiando la Clínica y estudiaremos los síntomas de los procesos generales de las injurias determinadas y específicas y daremos a los síntomas el valor que tienen, por su mecanismo, dando elementos para la interpretación inteligente de los hechos de observación corriente.

Para terminar: mucho se ha aconsejado respecto a la punción diagnóstica del Douglas. No quiero extenderme respecto a cuando es permitida la punción y cuando no es prudente el hacerla. ¿Qué datos puede proporcionar la punción positiva? Podría repetir los errores diagnósticos que indujo la categórica circunstancia de la sangre positiva. En el caso del Dr. Piquinela había sangre en el Douglas. ¿Se pudo pensar acaso en la verdadera causa del pequeño hematocele?

Felicito al Prof. Piquinela por el interesante caso y el relato presentado y pido excusas si es que a propósito del caso me extralimité en el comentario de hechos de interés para la clínica de todos los días.

Dr. Piquinela. — Solamente quiero agradecer al Dr. Stajano el interés demostrado y a los demás la atención con que han escuchado.