

Tromboembolismo pulmonar séptico de origen genital

Histerectomía y ligadura secundaria de la vena cava inferior

Dres. César Armand Ugon, Julio Alvarez, Heber Otazú,
José Luis Martínez y Carlos Ituño

Los autores relatan un caso de tromboembolismo pulmonar séptico, de origen genital femenino, que tuvo una buena evolución, sólo cuando se agregó, secundariamente a la histerectomía, la interrupción de la vena cava inferior.

Clinica Quirúrgica "1" (Prof. Alberto Aguiar) y Clínica Ginecotocológica "2" (Prof. Jaime Polto). Hospital Pasteur. Facultad de Medicina. Montevideo. Con la colaboración del C.T.I. del Sanatorio Larghero (Dr. Carlos Ituño).

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Thromboembolism.

HISTORIA

S. P. de C. 40 años. Reg. 38312/23023.

25/3/79: Ingresa al Servicio de Urgencia del Hospital Pasteur, paciente de 40 años, multipara, que con retraso menstrual de 45 días, comienza el día anterior, con genitirragia escasa, haciéndose más abundante en el día de su ingreso. Mareos, palpitations y sudoración. Concomitantemente vómitos y deposiciones biliosas, con dolor abdominal de hipogastrio, pujos y tenesmo véscico-rectal.

Examen: Palidez de piel y mucosas, febril (temp. rectal: 38°), sudorosa, fría, algidez periférica.

Abdomen: Dolor en bajo vientre, predominando en F.I.D., con franca reacción peritoneal.

Tacto vaginal: Cuello uterino reblandecido, abierto, insinuándose el dedo (1 cm. aproximadamente). Se palpa una tumoración parauterina derecha, dolorosa. Utero moderadamente aumentado de tamaño. Viene sangre, sin coágulos al guante.

Niega todo tipo de maniobras abortivas.

Impresión clínica: 1º) Por el shock, aparentemente por anemia aguda, más la difusión del dolor, al resto del abdomen con la posición de Trendelenburg: embarazo ectópico complicado;

2º) Peritonitis por perforación uterina, pese a que negase maniobras abortivas.

Conducta: Por el estado de shock, se decide no trasladarla a un centro ginecológico y proceder a la laparotomía exploradora de urgencia.

Del preoperatorio inmediato destacamos: Hematocrito del 35 %, más sangre hemolizada (que atribuimos a error técnico). El anestesista comprueba, cianosis. En este momento pensamos más en shock séptico, por perforación uterina.

Operación (Cirujano, Dr. C. Armand Ugon; Ayud., Dr. H. Otazú y Ptes. Ext.; Anestésista, Dr. Olivera): Laparotomía exploradora; drenaje del Douglas.

Incisión: Mediana infraumbilical.

Exploración: Líquido serobiliosanguinolento, a predominio pélvico y en especial rodeando al anexo derecho (donde es francamente sanguinolento). No se comprueba embarazo ectópico, sólo un quiste seroso del ovario izquierdo. Utero aumentado de tamaño, disminuido de consistencia. Exudado de iguales caracteres, en todo el resto de la cavidad peritoneal especialmente en el espacio interhepatofrénico y en la fosa subhepática. Hígado y bazo normales. No pancreatitis. Dado que abunda dicho exudado, se deja drenaje del Douglas. No se realizó la histerectomía total, por no tener claras evidencias de su indicación.

Postoperatorio: Se decide el traslado a un C.T.I. debido a hemoglobinuria y albuminuria, elementos de insuficiencia respiratoria, anticipándonos a un evidente deterioro hemodinámico. Cuadro de sepsis, que se nos hacía cada vez más evidente, siguiendo en pie, o la existencia de maniobras abortivas o la ingestión de tóxicos.

Ingresar al C.T.I. (Sanatorio Larghero): Lúcida, excitada. T. R.: 37°2, polipnea de 30 m., cianosis periférica, fría, sudorosa, pulso filiforme. Orinas rojas, subictérica conjuntival. No sangrado cutáneo-mucoso. Taquicardia sin signos de insuficiencia cardíaca.

26/3/79: La paciente admite haber ingerido infusión de ruda, en dos oportunidades (el 23/3/79) y luego el 24/3; haber realizado maniobras abortivas mediante la introducción de una sonda. Vista por el

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 22 de agosto de 1979.

Médicos Asistentes, Médico Coordinador del C.T.I. (Sanatorio Larghero), Médico Interno, Profesor Adjunto.

Dirección: Cno. Carrasco 4146, Montevideo (Dr. C. Armand Ugon).

Dr. Ituño, se decide la realización de una histerectomía de urgencia. En consecuencia pedimos colaboración a la Clínica Ginecocológica del Prof. Polto, por lo cual es vista y reintervenida por el Dr. Julián Alvarez.

Reoperación (26/3/79): Dres. J. Alvarez. C. Armand Ugon y G. Medina. Histerectomía total con anexecto-

mía bilateral, con ligadura de ambos pedículos lumbosacros.

Evolución posthisterectomía: El exudado de loquios mostró: Clostridium Perfringens, Bacilos G⁺ y G⁻. Medicada con: penicilina y licromicina (30 millones y 1800 mgr./día, respectivamente). Depresión respiratoria, por lo cual se le ventiló con el Engstrom. Además signos de insuficiencia renal, con diuresis conservada. Desaparece rápidamente la hemólisis. Continúa con A.R.M., hasta el 29/3, luego con O2 mediante máscara.

30/3/79: Evisceración. **Reoperación:** Dres. C. Armand Ugon y H. Otazú.

3/4/79: Polipnea de 32 resp./m., con hipoxemia, presentando en Rx. de tórax efectuada el 6/4 (un derrame pleural derecho y focos pulmonares bibasales) (fig. 1). Se realizó el diagnóstico de T.E.P.S., por lo cual el 8/4/79: se efectúa ligadura de la vena cava inferior.

Operación: Dres. C. Armand Ugon, J. L. Martínez, H. Otazú y Pte. Burastero).

Táctica: Flancolumbotomía derecha. Ligadura de la vena cava inferior. En toda la evolución recibió tratamiento con calciheparine.

Evolución favorable, siendo dada de alta del C.T.I. el 16/4, con Rx. de tórax (fig. 2) y gasometría normales, en apirexia. Diuresis: 2,500-3 lts./día.

16/4: Reingresa al Hospital Pasteur: supuración parietal. Buena evolución. Alta el 23/4/79.

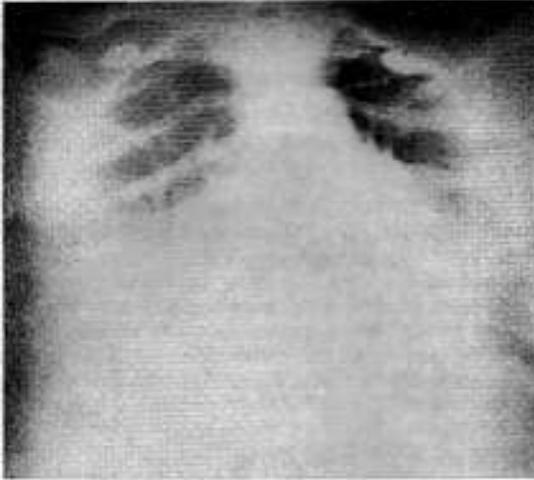


FIG. 1.— Proceso pleuropulmonar bibasal, que toma los dos tercios inferiores de ambos campos pulmonares.

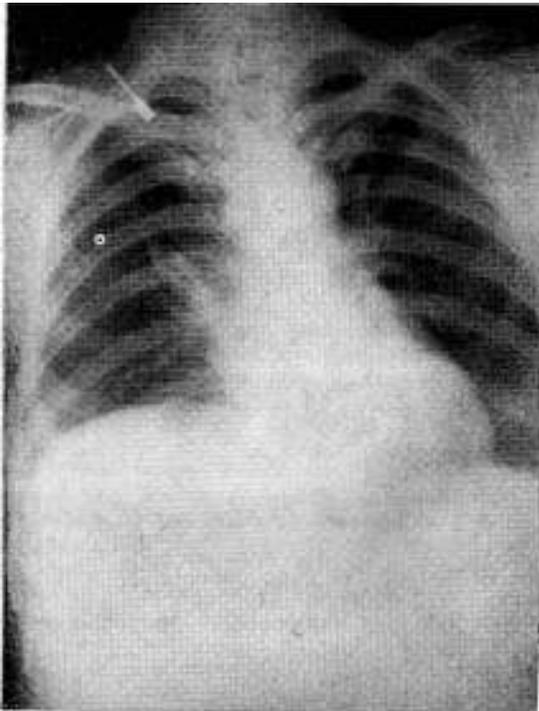


FIG. 2.— Desaparición casi completa de las imágenes pleuropulmonares, por recanalización de las ramas de la arteria pulmonar.

COMENTARIO

El tromboembolismo séptico pulmonar es una grave condición, con una alta mortalidad, que se observa frecuentemente en pacientes con patología genital. El desarrollo de focos de tromboflebitis supurada pélvica, es consecuencia de infecciones post-parto o post-aborto (1, 4). Si bien las más frecuentes, las lesiones genitales no son las únicas. También se le ha descrito como consecutivo a focos de cateterización venosa prolongada (5), o por la presencia de marcapasos cardíacos (6). La pyleflebitis supurada afecta al rico plexo venoso pélvico los émbolos sépticos emigran al pulmón siguiendo diferentes vías. Recordemos brevemente que las venas ováricas y tubáricas, las venas del ligamento redondo y sobre todo las uterinas forman en el interior del ligamento ancho, un rico plexo venoso. Este plexo, profusamente anastomosado con los plexos vecinos, se drena en el sistema cava a través de múltiples vías. Las venas uterinas drenan en el territorio hipogástrico, las venas del ligamento redondo en la epigástrica y parte en la femoral, en tanto que las venas ováricas, remontan a la región lumbar, formando el plexo lumbosacro, que se vuelca a la derecha en la vena cava inferior y a la izquierda en la vena renal. Sin duda la vía de llegada más importante de los émbolos sépticos al torrente venoso, es a través de las venas hipogástricas (4).

En el manejo terapéutico de la paciente, motivo de esta presentación, se cometieron varios errores, que fueron examinados y que dejaron provechosa enseñanza. El primero se cometió cuando se efectuó el diagnóstico de embarazo



FIG. 1.— Sistema de perfusión por bomba.

E. actual: Dolor lumbar izquierdo, que cursa sin hematuria, sin fiebre y sin infección urinaria.

Examen: Obeso, piel y mucosas bien coloreadas. Cuello: eje visceral s/p. No se palpa tumoración a nivel de la glándula tiroideas. Pleuropulmonar: clínicamente normal. Cardiovascular: central, ritmo regular de 80 p/m. P.A. 150/70. Hígado y bazo s/p. Fosa lumbar izquierda: moderado dolor con maniobra de Giordano. Resto de examen: s/p. Exámenes complementarios: Rx. de tórax: s/p. E.C.G.: s/p.

Urografía excretoria: Litiasis múltiple de riñón izquierdo. Dilatación de grupo calicial superior. Cálculos enclavados a nivel de los cálices inferiores.

Angiografía renal: Estudio panorámico y selectivo renal izq. Informan pedículo arterial único. Imágenes de densidad cálcica múltiples, acompañadas de dilataciones calciarias.

Azoemia: 0,40 gr./%. Creatinina: 1,75 mgr./%. Uri-
cemia: 5 mgr./%. Calcemia: 5 mgr./%.

G. rojos: 4:200.000. V.E.S.: 10 mm. Estudio de crisis sanguínea: normal. Urocultivos: negativos. Resto de exámenes: s/p.

—*En vista del aumento progresivo de la litiasis del antecedente hemorrágico operatorio anterior se decide la intervención con medidas de protección renal bajo perfusión refrigerante continua.*

—*Operación:* Dres. O. Clark. J. Lockhart, A. Estefan y N. Gateño. Perfusión: Dr. E. Corio. Anestesia: Dr. Cheguem.

Se prepara el sistema de perfusión refrigerante continua a flujo pulsátil con los siguientes elementos:

1 frasco estéril de 2.000 c.c. de capacidad; 1 bomba a rodillo Sarns 5.500 modelo DM 24; 1 juego de tubuladuras arterial y venosa de hemodialisis extracorpórea; 1 recipiente contenedor de hielo; Hielo; 1 frasco estéril para recoger el efluente de la vena renal; 1 jeringa de 10 c.c. para retirar muestras de efluente para determinaciones enzimáticas: Transaminasas, LDH; Juegos varios de cánulas de silastic de distintos calibres, para adaptar a las secciones vasculares.

Se coloca la solución básica de Ringer lactato a 4° C. dentro del frasco estéril + manitol, lidocaína como estabilizador de la membrana celular y 500 U.I. de heparina sódica.

Se rodea de hielo; se instala tubuladura arterial en bomba SARNs, para aspirar la solución refrigerada del recipiente estéril y enviarla al rímon, se intercala circuito venoso, para retención de burbujas y medidas de presión de bombeo.

Se chequea presión de bombeo 100-130 mm. de agua. Seguidamente se prepara tubuladura para recoger el afluente de la vena renal.

—*Operación:* Comprende: 1) Incisión: Toracofrenolaparotomía + mediana infraumbilical. Se elige esta incisión por la posible eventualidad de tener que efectuar un autotransplante.

2) Abordaje de riñón izquierdo. Con los siguientes tiempos: liberación; abordaje de pedículo; infiltración con xilocaína; disección de arteria y vena.

En este tiempo operatorio, aparece un pedículo doble que había pasado desapercibido en el estudio angiográfico. Clampeo.

Seguidamente se colocan catéteres en vena y arteria para perfusión maniobra dificultosa por el calibre de los catéteres. Tiempo de isquemia caliente: 7 minutos.

Se inicia la perfusión con la solución antedicha, mediante bombeo, buen lavado renal que rápidamente se enfría y toma coloración rosa pálido.

Se efectúa la nefrotomía polar superior, saliendo abundante líquido de perfusión, litotomías, extrayendo múltiples cálculos de variado tamaño, con algunos vienen pequeñas zonas de parénquima renal, ya que prácticamente se encuentran engarzados. Cierre de la nefrotomía con puntos en U. Sutura venosa y sutura arterial con Mersilene 5-0. Desclampeo de pedículo. Tiempo de isquemia fría: 45 minutos. Tiempo de isquemia total: 52 minutos.

Buena revascularización del riñón en el desclampeo, sangran vasos de cápsula y a nivel de incisión polar superior, se hace hemostasia por compresión. Colocación de tubos de drenaje: fosa lumbar (cara posterior de riñón) y otro en cara anterior. Cierre de pared por planos.

—*Evolución:* Una vez efectuado el desclampeo vascular, comienza a salir orina por sonda vesical, a goteo rápido.

Se administran 100 c.c. de solución de manitol al 20 %, orinando 500 c.c. en 2 horas; con hemodinamia estable, es transferido a C.T.I. para efectuar un correcto control hemodinámico y un balance efectivo de la diuresis.

A las 5 horas hipotensión severa, hipovolémica, que se acompaña de caída de la diuresis y sangrado importante por los tubos de drenaje.

Se repone con varios volúmenes de sangre, expansores y sueros hasta lograr estabilidad hemodinámica, reoperándose.

En la reoperación se encuentra: hemoperitoneo, que es drenado se lava abundantemente con suero fisiológico y se colocan drenajes en la cavidad abdominal.