

UN CASO DE PIO-SALPINX ROTO EN EL PERITONEO LIBRE

Manuel BERCIANOS

La clínica ginecológica nos ofrece constantemente la constatación del pio-salpinx pero su rotura que es sin género de dudas un accidente grave ofrece muchas veces dificultades de diagnóstico. La frecuencia y su terapéutica, han sido diversamente apreciadas en la literatura que sobre este tópico se ha publicado.

Los síntomas son por lo general siempre dramáticos y pueden aparecer en una persona que hasta el momento del accidente agudo, aparentaba no ser portadora de una afección tan grave, tal es el caso que paso a relatar.

HISTORIA CLINICA: G. B. de R., de estado casada, uruguaya, de 29 años de edad, sin antecedentes de familia dignos de mención ofrece como personales los siguientes: sarampión, tos convulsa y vegetaciones adenoideas en su niñez de las que fué operada. Primera menstruación a los 10 años que se suceden con regularidad hasta los 15, para tornarse después irregulares coincidiendo con un desarrollo de obesidad muy pronunciado a consecuencia del cual fué sometida a tratamiento higiénico, dietético y opoterápico. Con fecha 16 de Octubre del año 1926 la operé de una fistula peri-anal sin comunicación con el intestino a trayecto ascendente hacia la pared posterior de la vagina la que extirpada, curó de primera intención. Matrimonio a los 22 años, no tiene hijos ni abortos. Después de dos años a tres de efectuado aquel, empezó a sufrir de sus anexos con abundante flujo vaginal de lo que fué tratada en Montevideo, lugar de su residencia con el Dr. Luis Bottaro — años 1929-30 — con lavajes y diatermia. De vuelta a esta ciudad cae enferma en febrero de 1934 con temperatura, malestar general, dolores en el bajo vientre, tenesmo rectal; sintomatología que atribuye a su estado amenorréico y a creer padecer de hemorroides internas. Después de unos días de enfer-

Comunicación presentada a la Sociedad de Cirugía en la sesión del 22 de abril de 1936.

medad soy llamado para su asistencia. Al examen clínico constato: temperatura $38^{\circ} \frac{1}{2}$, pulso 115. Organos torácicos sanos. Abdomen: constipación, ligero timpanismo a la percusión con sub-matidez en el cuadrante apendicular y aneal derecho. A la palpación: zona de defensa que desde la región de Mac-Burney se extiende hacia la línea blanca y abarca el anexo derecho. Al tacto vaginal, fondos de sacos anterior, posterior y lateral izquierdo aparentemente libres, empastamiento del fondo de saco lateral derecho que es muy doloroso a la palpación bimanual, flujo vaginal fétido y muy abundante, útero de nulípara, cervicitis y gargajo. Sin género de duda se trataba de una infección gonocócica.

Diagnóstico: Anexitis derecha con propagación apendicular y cervicitis. Terapéutica: inyecciones de Neo-Dmagon, Propidón, lavajes vaginales antisépticos, hielo al vientre. Durante 15 días la temperatura osciló entre $37^{\circ} \frac{2}{5}$ matinal a 38° y $38^{\circ} \frac{4}{5}$ vespéral. Examen de sangre: leucocitosis 11.500. Orinas: 10 ctgrs. de albúmina y presencia de pus. Como el hielo le produjera un estado de colitis indiqué entonces el horno Bier, empezando a mejorar su estado general y local que llegado a los 25 días la temperatura decae a 37° con ascensiones de uno a dos quintos por las tardes. En ese interín dejela en asistencia de mi colega el Dr. Parietti. Hace entonces un empuje inflamatorio del anexo izquierdo y como terapéutica éste le instituye inyecciones de omnadina autohemoterapia y lavajes vaginales antisépticos. Al cabo de unos días y nuevamente bajo mi asistencia el dolor y la temperatura desaparecen entrando en franca convalecencia. Dada de alta le indiqué la conveniencia operatoria; pero como se encontraba bien me manifestó que deseaba esperar para hacerla en todo caso más adelante. Había transcurrido más o menos un mes en el que se creía restablecida de su dolencia y con fecha 5 de Abril del mismo año, de vuelta de un paseo a pie relativamente largo se sintió repentinamente atacada de un fuerte dolor al nivel de la región epigástrica, con chuchos, pulso rápido, hipotermia y náuseas. Como terapéutica de urgencia hícele inyecciones tónico-cardíacas, medio c. c. de pantopon, compresas calientes a la región epigástrica y ordené su recalentamiento. Eran las 6 y media de la tarde. A las nueve y media de la noche soy llamado nuevamente por la persistencia del dolor que al decir de la enferma era como que le retorcieran el estómago. En el interrogatorio manifestó que desde unos días atrás tenía trastornos gástricos que llegaban al vómito después de las comidas y sentía tenesmo rectal a la defecación. Examen: Temperatura 38° , pulso chico y rápido 140 a 150, dolor agudo epigástrico, no hay vientre en tabla y a la palpación profunda acusa también dolor en el hipogastrio que es más vivo del lado izquierdo que del derecho. Los fondos de saco son dolorosos pero no se puede constatar la existencia de tumor por la dificultad del examen en el hecho y por tratarse de una mujer obesa, datos que fueron controlados por los Drs. Roldán y Parietti con los que la veo en consulta.

Diagnóstico: Estábamos en presencia de un vientre agudo y por mi parte solo establezco conjeturas. El Dr. Parietti opina que hay una peri-

tonitis sin precisar su causa y dice puede ser de origen apendicular o por rotura de un pio-salpinx y se manifiesta partidario de una laparatomía de urgencia. El Dr. Roldán cree que no hay una verdadera peritonitis por no existir vientre en tabla y además, agrega que por el choc existente y la imprecisión del diagnóstico es partidario de esperar unas horas y calmar el dolor. Yo me adhiero a este criterio pues me parece juicioso no agregar al choc ya existente el del acto operatorio sin la seguridad de la causa urgente que lo justificare. Se establece como terapéutica hielo al vientre, tónico cardíacos y 2 c. c. de sedargil resolviéndose esperar hasta las primeras horas del día siguiente. Para entonces el cuadro se aclara, el dolor epigástrico ha desaparecido y se ha localizado en el bajo vientre, existiendo una reacción peritoneal generalizada con timpanismo intestinal, temperatura de $39^{\circ} \frac{3}{5}$ rectal y un pulso de 130. Intervención: Anestesia con éter. Intervengo ayudado por el Dr. Roldán. Incisión mediana infra-umbilical. Abierto el peritoneo aparece inundado de pus y constatamos que el pio-salpinx existente del anexo izquierdo estaba roto. Existía un segundo en el anexo derecho que estaba intacto y un tercer foco que ocupaba el fondo de saco de Douglas. Nos limitamos a abrir ampliamente los diferentes focos por no permitir ir más allá el estado de la enferma; aspirando el pus con el aparato de Finochietto, a aseptizar el peritoneo con éter dejando como drenaje un Mickulitz cerrando el vientre en tres planos. Suero fisiológico durante y después del acto operatorio, tónicos cardíacos, posición de Fowler, suero a la Murphy y al día siguiente 20 c. c. de suero hipertónico clorurado por vía endovenosa. La enferma fallece con fecha 7 de abril a consecuencia de su peritonitis.

Consideraciones. — Frente a un dolor de la region epigástrica de gran intensidad con choc, lipotimia, etc., lo lógico era pensar en la perforación de un ulcus, pero la falta de antecedentes gástricos de vieja data y del cortejo peritoneal que siempre lo acompaña hacían que este diagnóstico fuese descartado. Entraban entonces en escena el ileo por estrangulación y el cólico hepático; aquel a tenerse en cuenta por la dramaticidad del dolor, la angustia y los fenómenos de colapso más pronunciados, a éste por los antecedentes gástricos de los últimos días previos al accidente agudo. La apendicitis y la rotura del pio-salpinx podían tomarse en cuenta por los antecedentes habidos pero en ese momento no habían signos claros para aceptar de plano tales diagnósticos; por tanto, ante un cuadro clínico oscuro el temperamento de espera de unas horas me parece que era el indicado aunque después los hechos hayan demostrado lo contrario.

El dolor epigástrico. — ¿Cómo explicar este síntoma por la afección de un órgano del hipogastrio? Pueden emitirse tres

hipótesis: a) Por reflejo al producirse la rotura o la perforación del órgano; b) Por infección rápida del peritoneo, y c) Por neuritis aguda de los plexos. La primera hipótesis es rebatible pues sin perforación del apéndice es frecuente constatar este síntoma que lo sé descrito. La segunda y la tercera hipótesis las considero más aceptables.

Etiología. — Según las estadísticas se ha dado como causas de este accidente las siguientes: Por traumatismo directo, por esfuerzo, por maniobras abortivas, por un ejercicio físico relativamente violento, por maniobras en un examen ginecológico, de las cuales Legueu y Brickner citan dos y tres casos. En el examen bajo anestesia general, Pozzi cita un caso, que cree fué favorecida la rotura al suprimirse la defensa de la pared.

Frecuencia. — Sobre este punto las opiniones están divididas, así por ejemplo Lamouroux lo considera extremadamente raro; Brickner es de opinión contraria.

Legueu, Lejars y Poncet lo han observado 2, 5 y 6 veces. Duval y otros también citan casos.

Sin embargo teniendo en cuenta el número de pio-salpinx que se constatan corrientemente en las clínicas ginecológicas, no es frecuente observar los casos de rotura y si los hay, no ven la luz de la publicidad. Por mi parte debo decir que en 21 años que llevo de ejercicio profesional con actuación hospitalaria éste es el primer caso que he observado.

Tratamiento. — Sobre este tópico no hay discrepancia respecto a la intervención de urgencia. Las hay, respecto a la mayor o menor amplitud a darle al acto operatorio. Según mi criterio creo que debe quedar librado a las características de cada caso.