

UN CASO DE INCARCERACION UTERINA

Doctor JAIME RAMÍREZ SÁNCHEZ

Asistente de Cátedra de Clínica Obstétrica (Universidad Nacional).
(Instituto Materno-Infantil "Concepción Villaveces de Acosta").

Historia número 43.176. El día 14 de julio de 1957, ingresa al Instituto una enferma cuya historia clínica a la letra dice:

"Ingresa la paciente que es una tercigestante de unos tres meses de embarazo, por sintomatología de retención urinaria. Se efectúa como primera medida cateterismo vesical y sale algo más de un litro de orina retenida. A la palpación abdominal se encuentra: matriz aumentada de tamaño como para dos meses de embarazo. T. V.: genitales externos, normales. Vagina: rectocele. Cuello: completamente anterior, contra el pubis, largo, blando y cerrado. Se encuentra el fondo de saco posterior ocupado por lo que parece ser el cuerpo de la matriz y al lado derecho una masa blanda, renitente.

Diagnóstico de ingreso: ¿Retrodesviación uterina y quiste del ovario?

Se envía a espera para su estudio y posterior tratamiento.
Peso 57 kilos. T. A.: 120/60. Pulso: 100".

Infortunadamente en la historia clínica no están registrados los datos personales de la enferma, ni los antecedentes, ni los hallazgos del examen físico general. Tampoco figuran en la historia la evolución de la paciente, ni anotaciones sobre el tratamiento a que fue sometida, ni la fecha de salida del Servicio, ni su causa.

El día 19 de julio la paciente reingresa al Hospital. La historia clínica dice: "Reingresa por retención urinaria. Paciente tercigestante de unos tres a cuatro meses de embarazo. Se practica cateterismo vesical. El aspecto de la orina es francamente hematórico y de olor pútrido. Se extrae cerca de un litro de orina. La palpación abdominal es difícil. T. V. Periné: se aprecia

un prolapso de la mucosa rectal. Vulva: Rectocele. Vagina: ocupada su cara posterior por el recto. Cuello: a la altura del pubis —corto— blando. El fondo de saco posterior se encuentra ocupado por una matriz en retroversión, aumentada de tamaño como para cuatro meses de embarazo, que abomba en el saco”.

DIAGNOSTICO: Retroversión uterina grado III (Incarceración uterina). Cistitis necrótica.

Bajo anestesia se coloca a la paciente en posición genupectoral, para tratar de reducirle la retroversión. En vista del fracaso de la maniobra, se ordena su traslado a la sala de cirugía para ser intervenida.

Se practica un examen parcial de orina que revela:

Densidad: No fue suficiente el volumen. Reacción: alcalina.

Albúmina: 0.84 gramos%. Glucosa: (-).

Sedimento: Hematíes, ++++; cristales de fosfatos triples: +++; bacterias: ++; fosfatos amorfos: +++; células epiteliales: +.

El 19-VII-57 a las 20-10' la paciente fue intervenida. La descripción de la intervención quirúrgica dice: “Laparotomía mediana infraumbilical. Se encuentran fuertes adherencias epiploicas a la pared; el peritoneo parietal aparece muy engrosado y acartonado. Resección de adherencias epiploicas. El fondo uterino se encuentra alojado en el Douglas; corrección manual de la retrodesviación, lo cual se logra sin dificultad. El tamaño uterino corresponde a un embarazo de unos seis meses de evolución. La vejiga aparece intensamente congestionada, de aspecto casi necrótico; hay salida de orina a la cavidad peritoneal, pero no se logra descubrir ningún orificio fistuloso. En estas condiciones se piensa en practicar un cateterismo ureteral con el fin de dejar la vejiga en reposo completo; se consulta, sin embargo, telefónicamente, con el urólogo adjunto del Instituto, quien indica cerrar la cavidad abdominal y dejar simplemente una sonda vesical a permanencia. Cierre de la pared en planos, dejando dos drenes por incisiones contralaterales (Pen-Rose). La peritonización no se logra a cabalidad, debido a la adherencia del peritoneo parietal a la cara anterior de vejiga. Agrafes en piel. Se deja una sonda de Foley en vejiga. La paciente sale de la sala en relativas buenas condiciones”.

En el post-operatorio inmediato se formuló: Dextrosa al 5% en A. D. 500 centímetros cúbicos con terramicina 500 miligramos,

i. v., cada 12 horas. Gantrisin, 2 comprimidos cada 4 horas. Morfina, 0.01 gramo cada 6 horas. Vitamina C, 500 miligramos cada 24 horas. Progesterona, 20 miligramos cada 12 horas. Vitamina E, 100 miligramos cada 12 horas. Controlar eliminación urinaria.

20-VII-57. Drenaje abdominal abundante. Orina de color vino tinto. Ligero meteorismo. Se continúa la misma medicación agregando 500 centímetros cúbicos de solución de Obes-Polleri. A las 17:00' horas la enferma hace un aborto completo de unos cinco meses de evolución. A la medicación anterior se añade Ergotrate, 2 comprimidos al día y cucharadas expectorantes tres al día. A las 23:00' hay disnea. T. A.: 120/80. Pulso: 150, Congestión pulmonar. Se ordena Digalene, 1 ampolla cada 8 horas, I. M.

21-VII-57. Mejora el estado general. Se continúa la misma medicación, cambiando el Digalene por Digilanid 1 ampolla diaria.

22-VII-57. Elimina orina de aspecto hemático. Se ordena dextrosa al 5% en A. D. 500 centímetros cúbicos; terramicina i. v.; vitamina C, un gramo; cibalgina para el dolor; prostigmine, una ampolleta cada 6 horas. Mantenerla en posición sentada.

24-VII-57. Se quitan puntos intermedios. Gran mejoría del estado general. Se continúa la medicación prescrita.

26-VII-57. Laxante de aceite de ricino. Se quita el resto de puntos. Herida en buenas condiciones. Se continúan los anti-bióticos.

1-VIII-57. Evolución muy favorable. Se cambia la sonda de Foley. Se ordena: terramicina, un cápsula cada 12 horas; vitamina C, 500 miligramos; ledinac, 3 cucharadas al día; complejo B, 2 centímetros cúbicos. El control de orina dice: densidad: 1.012. Reacción: ácida. Albúmina: huellas. Glucosa: (-). Sedimento: piocitos, ++++; bacterias: ++++; micelias: ++; células epiteliales: +.

Con medicación a base de Gantrisin y Ledinac la paciente evoluciona en forma muy satisfactoria. El día 7-VIII-57 "se le salen los drenes abdominales", según está registrado en la historia. Se vuelve a ordenar terramicina 1 cápsula cada 8 horas.

10-VIII-57. Se retira la sonda vesical. Continúa el mismo tratamiento.

20-VIII-57. Control de orina: Densidad: no alcanzó. Reacción: alcalina. Albúmina: 0.11 gramos%. Glucosa: (-). Sedimento: fosfatos amorfos: ++; células epiteliales: +; bacterias: ++++; piocitos: ++++; leucocitos: +.

27-VIII-57. Aparece por el meato urinario una formación membranosa de apreciable tamaño. Se comunica al urólogo adjunto del Instituto, quien ordena aplicar nuevamente sonda de Foley y pasarla a cistoscopia al día siguiente.

28-VIII-57. Se practica cistoscopia en el Servicio de Urología del Hospital de San Juan de Dios, con el resultado siguiente: "Mucosa vesical en estado de putrefacción franca, en fase de descamación y eliminación. La cara superior de la vejiga se encuentra en período de regeneración". Se le ordenan irrigaciones vesicales con solución de agua oxigenada en agua hervida al 0.5:1.000, alternando con lavados con una solución de permanganato de potasio al 1:10.000.

30-VIII-57. La paciente se retira violentamente la sonda vesical y se niega rotundamente a dejársela introducir nuevamente.

1-IX-57. La enferma se fuga del Servicio.

Durante todo el tiempo de hospitalización la temperatura se mantuvo normal, con excepción de los días 15, 16, 23 y 25 de agosto, fechas en que hizo alzas térmicas de 39, 40, 38 y 38 grados, respectivamente. El día en que escapó del Servicio la temperatura oral era de 36,6 grados centígrados.

Hemos considerado interesante el caso descrito, toda vez que los autores consultados al respecto, tales como De Lee, Manuel Luis Pérez, Moragués Bernat, Titus, Devraigne y Nubiola-Zárate opinan que la cistitis necrótica o gangrenosa, como la llaman algunos, a consecuencia de una incarceration del útero, es verdaderamente excepcional en nuestros días, ya que las enfermas suelen consultar por trastornos urinarios antes de que el fenómeno haya revestido los caracteres de gravedad descritos. Es de lamentar positivamente el hecho de que la paciente haya rehusado continuar el tratamiento y, más todavía, el que se le haya dejado escapar del Servicio, ignorándose totalmente el desenlace final de la afección.

N. R.: Es a propósito que hemos querido publicar esta historia ciñéndonos al texto.