

CORRESPONDENCIA

CARTA DEL DOCTOR ERNESTO ANGULO MEJIA

"En la Revista número 4, del volumen IX, del presente año, encontré el artículo titulado: "Torsión del útero gestante", cuyo autor, el doctor J. Agustín Pachón O., nos relata en forma detallada sus incidencias, su posible etiología, sintomatología, diagnóstico y pronóstico de él.

Por haberseme presentado un caso de éstos el 29 de agosto de este año, y dada su extraordinaria rareza, quiero comunicarles los datos que de él tomé y los síntomas que pude apreciar desde su iniciación hasta el diagnóstico post-laparatomía.

El 29 de agosto fui llamado a las 4 a. m. a visitar una paciente, que súbitamente había presentado un fuerte (mejor, fortísimo) dolor abdominal. Me hallé ante la señora A. J. de M., de veinticuatro años de edad, con un antecedente de amenorrea de ocho meses y quien estaba asistiendo a consulta pre-natal a donde un médico particular. Secundigestante y a quien ya conocía, por haberle practicado una cesárea para su primer parto, el 5 de enero de 1957, por desproporción céfalo-pélvica, en este mismo hospital.

La paciente estaba demacrada, ojos hundidos, nariz afilada, tinte anémico y a simple vista en estado de shock, revelando la intensidad del dolor que la aquejaba; pulso imperceptible y muy rápido (160) con T. A. de 5 x 2. A la inspección, un abdomen globuloso, grande, tenso. La palpación del mismo era casi imposible por la gran sensibilidad de la pared con defensa generalizada. Altura de la tumoración, 38 centímetros.

Quien media hora antes se encontraba en perfectas condiciones, parecía ahora agonizante. Pensé en una ruptura uterina que se hubiera producido en la cicatriz uterina de la cesárea anterior y rápidamente la hice trasladar al hospital para intervenirla. Al examen vaginal: cuello coniforme, orificio exterior central, redondeado, completamente cerrado, consistencia dura y de unos 2-3 centímetros de longitud. El guante salió completamente limpio.

En vista de que a cada momento el estado general de la paciente se hacía más precario (T. A. 3 x 1.5), y el desfallecimiento, la disnea, la opresión y la agonía eran inminentes, opté por operarla inmediatamente; los movimientos fetales habían dejado de percibirse desde el mismo momento de la aparición del dolor y los ruidos fetales eran negativos cuando la examiné.

Si bien es cierto que en la ruptura se aprecian partes fetales muy palpables a través de la pared, la gran defensa muscular me explicaba la negatividad de este signo, estando en favor de aquélla toda la sintomatología de hemorragia interna aguda, el antecedente de cesárea y el cuadro dramático que presentaba.

Cuál no sería mi sorpresa al llegar a la cavidad abdominal y encontrar un útero, posiblemente gestante, a gran tensión, de un tamaño mucho mayor que el que era de esperarse, si tenemos en cuenta el tiempo de amenorrea (ocho meses), y ninguna ruptura en su contorno, pero al explorar el mismo, encontré una torsión de él, en forma tan apretada (2 centímetros de diámetro), que a no ser por estar bien identificado el útero y tener los antecedentes de pre-natal, hubiera creído que se trataba de un quiste torcido de ovario. Traté de destorcerlo, pero me fue imposible debido a su gran volumen. La paciente continuaba en shock (T. A. $2\frac{1}{2} \times 1$).

Resolví practicarle cesárea en la parte más baja posible; abrí útero transversalmente y comenzó a salir gran cantidad de un líquido sanguinolento, que no era otra cosa que líquido amniótico mezclado con sangre; succión, extracción de un feto muerto (peso 2.000 gramos), extracción de placenta, que estaba parcialmente desprendida, pero normalmente inserta, cierre de la pared uterina en dos planos y peritonización. Aun cuando había desprendimiento de placenta, la cantidad de sangre perdida no era tan considerable como para producir los síntomas de hemorragia interna; la gran tensión que se presentó en la cavidad uterina, creo ayudó a contener la hemorragia.

Una vez cerrado el útero, sí logramos hacer la destorsión, rotándolo de derecha a izquierda y quedando la sutura que hicimos diametralmente en la cara opuesta, es decir, de anterior se hizo posterior. Se trataba, pues, de una torsión de 180 grados a la derecha.

La paciente comenzó a recuperarse normalmente y a excepción del pulso que continuó por 3 días a 140 por minuto y algo de fiebre, el resto del post-operatorio fue común y corriente. A los siete días salió la enferma del hospital en perfectas condiciones.

Por no haber conocido literatura al respecto y al tratar de documentarme en revistas o con los colegas y no obtener ninguna información, me había resignado a haber sido testigo actuante de un caso raro, pero al caer en mis manos la Revista que ustedes dirigen, me di cabal cuenta por el artículo del doctor Pachón O., de la importancia del caso y es por esto que les estoy remitiendo estos someros datos que pueden utilizar en la forma que a bien lo tengan".

De ustedes, afectísimo colega,

ERNESTO ANGULO MEJIA
Director Hospital Cáqueza