UN ERROR DE DIAGNOSTICO

Por el doctor Héctor Enrique Bernal B.

El diagnóstico en Ginecología es con alguna frecuencia de una dificultad extraordinaria, especialmente en los casos agudos: congedados en la cavidad pélvica y en sus vecindades varios órganos cuyas alteraciones dan lugar a síntomas y signos en un todo semejantes, no importa que el propio dedo vaya a explorar la lesión, si los límites o las soluciones de continuidad que existen normalmente han desaparecido, para dar lugar a la masa indefinida cuyos caracteres son imposibles de precisar; pero la dificultad llega a su máximo, cuando es el síntoma dolor el que domina la escena, entonces aparece una barrera, por decirlo así infranqueable: la defensa, ya en forma de contractura abdominal, ó de resistencia más o menos consciente al examen, nos aísla del escenario y nos hace recibir deformadas las impresiones clínicas; resultado?, el sin número de errores, la cantidad de diagnósticos equivocados que por ser tan frecuentes no despiertan nuestra atención: las confusiones entre quiste torcido del ovario, embarazo extrauterino, anexitis, etc., han venido a ser lugares comunes. Sin embargo, de cuando en vez hay casos

excepcionales, entidades que por ser tan extrañas no se presentan nunca a nuestra mente: la equivocación es inevitable, pero deja tras de sí provechosa lección que ya no olvidaremos.

El caso que ha motivado la presente comunicación constituyó para nosotros una sorpresa, dentro de su misma sencillez encierra su propia enseñanza y por ello nos limitaremos a exponerlo escuetamente, agregando tan sólo un pequeño comentario.

OBSERVACION

Al Servicio de Clínica Terapéutica del Hospital de San Juan de Dios, ingresa el 4 de marzo de 1946, la enferma M. A. R., de 45 años de edad, procedente de Bogotá y de profesión oficios domésticos.

Acusa gran disnea de esfuerzo, edema de los miembros inferiores y decaimiento general.

Sus antecedentes hereditarios carecen de importancia y entre los personales llama la atención una intervención sobre el riñón izquierdo, probable nefropexia, pues la paciente es clara en afirmar "que no le extrajeron el riñón", sino que a con-

practicarle la operación. Por otra parte hace cuatro meses sufrió de tifo exantemático que fue tratado en este mismo Hospital.

En menopausia desde hace dos años, anteriormente sus reglas venían normales con ciclo de III: 30.

Flujos: negativo.

Embarazos: 4, con partos a término normales.

En el servicio mencionado encuentran al examen disnea, cianosis, edema de los miembros inferiores, congestión de las bases pulmonares, etc. El área cardíaca está ensanchada, con desviación de la punta y en el foco mitral se aprecia un soplo sistólico de propagación hacia la axila. Pulso débil con frecuencia hasta de 100 por minuto; tensión arterial Mx. 21, Mm. 13 cm.

Los exámenes de laboratorio revelan albuminuria hasta de 2.70 gramos por mil y cilindruria, cloruremia, azohemia y glicemia normales; reacciones serológicas negativas y examen coprológico negativo para parásitos intestinales.

Es decir se trata de un síndrome cardio-renal en estado de asistolia.

Como tratamiento, aparte el reposo y el régimen, le suministran un drástico y luego una cura de digitalización con lo cual se logra corregir el estado de descompensación cardíaca y mejorar el funcionamiento renal, aunque no completamente, pues en el último examen de orina, practicado el 25 de marzo, persistía una albuminuria de 1.20 gramos por mil y había cilindros granulosos.

Así las cosas, el 2 de abril, súbitamente es víctima de violento dolor que localiza hacia la fosa iliaca iz-

quierda y que compara a la "torcedura de una tripa"; como lleva varios días sin hacer deposición pisan en el servicio que pueda tratarse del comienzo de una oclusión intestinal y aplican una lavativa que tiene excelente resultado en cuanto a su acción evacuante, pero que no consigue modificar el cuadro en lo más mínimo; la paciente por otra parte no ha vomitado, ni presenta ninguna otra de las características de la oclusión, por lo cual abandonan el diagnóstico.

En estas condiciones se solicita nuestro concurso: Encontramos una paciente con facies dolorido que procura mantener la flexión del dorso; la temperatura no ha subido de 37.2° C. y en cuanto al pulso tiene en el momento del examen una frecuencia de 92 por minuto. El examen general no ofrece datos de particular importancia fuera de los ya anotados por lo cual nos concretaremos únicamente a la región.

Llama la atención a la inspección del abdomen un ligero, casi imperceptible, abultamiento hipogástrico, que de la línea media se extiende a la fosa iliaca izquierda, ocupándola en parte. La palpación prácticamente es imposible en la zona mencionada, la sensibilidad exquisita y la defensa muy marcada tan sólo permiten apreciar una vaga sensación de masa, cuyos caracteres no se pueden precisar.

El examen ginecológico no es más expresivo: Genitales externos, vagina y cuello uterino normales; hacia el fornix izquierdo y algo hacia adelante, se aprecia un empastamiento sumamente sensible y sin límites netos; en el Douglas parece encontrar-

se el cuerpo uterino en retracción moderada; sobra decir que la palpación combinada al tacto es poco menos que imposible.

Ante este cuadro, y eliminadas las supuraciones anexiales y el embarazo extrauterino, pensamos que se trataba de un quiste torcido del ovario y en consecuencia era imperioso intervenir. La paciente es trasladada al servicio de Ginecología.

Intervención (Abril 3 de 1946).

Cirujanos: Héctor E. Bernal y Fernando Tamayo.

Anestesia: General con gases, inducción con pentotal, sin accidentes. **Juan J. Salamanca.**

Descripción de la operación: Incisión mediana infraumbilical con prolongación paraumbilical. Al llegar a la aponeurosis se anota por debajo de ella y del lado izquierdo un color violáceo; abierta de este lado se cae dentro de un gran hematoma que llena casi por completo la vaina del gran recto; en cuanto al músculo, está desintegrado y los pocos haces que persisten en estado de completa necrosis; tan sólo en la vecindad del pubis y por encima de las intersecciones tendinosas supraumbilicales, hay algunos restos de tejido sano. Después de haber extraído la mayor parte del músculo necrosado para su estudio histológico, y previa una cuidadosa hemostasis, se prosigue la laparotomía, para descubrir que, salvo una ligera desviación posterior del útero, la integridad anatómica es completa.

En tal virtud decidimos cerrar la pared, dejando un pequeño dren en la cavidad correspondiente al músculo extirpado.

El post-operatorio fue excelente, en cuanto a la intervención; sobra decir que la paciente continuó con los trastornos propios de su afección cardio-renal y en estas condiciones abandona el servicio, el 28 de abril de 1946.

Anatomía Patológica (Examen número 04506).

"Descripción macroscópica": La pieza se compone de 2 masas de tejido blando, color rojo oscuro. Dimensiones de la más grande: 5 x 4 x 1,5 centímetros. Dimensiones de la más pequeña 4 x 3,5 x 1,2. Al corte la superficie de sección es brillante y de color rojo oscuro.

"Diagnóstico microscópico": Necrosis. Hemorragia. Los cortes muestran haces de fibras musculares estriadas cuya estructura está muy alterada. En el tejido intersticial se ven áreas de hemorragia y focos de necrosis con infiltración moderada por leucocitos mono y polinucleares. Las fibras musculares muestran necrosis de coagulación.

El Jefe de la Sección.

(Firmado) Manuel Sánchez Herrera

COMENTARIOS

Nada tenemos que agregar a lo dicho al comienzo en cuanto a la equivocación de diagnóstico: El cuadro clínico se presentaba tan insólito que escapó completamente a nuestros conocimientos.

Al tratar de explicarnos el proceso sufrido por el músculo enfermo hemos partido de la base proporcionada por el estudio histológico, es decir la necrosis muscular. Sin em-

largo, parece que ésta no debe ser considerada como la entidad en sí, determinada por la brusca supresión de la circulación al tejido, sino como la terminación frecuente de un proceso más complicado.

A primera vista la explicación es muy sencilla: En el corazón de una enferma con lesión mitral claramente definida se ha organizado un coágulo, que llevado por la gran circulación ha venido a determinar una embolia en la arteria nutricia del gran recto; resultado? isquemia y necrosis del músculo afectado, con su cortejo sintomático sobre agudo. Para el caso particular estamos es verdad ante un hecho anatómico que podría contrarrestar el efecto de la embolia, y es que precisamente en la cara posterior del gran recto se encuentran y se anastomosan dos arterias importantes: una ascendente, la epigástrica y otra descendente, la mamaria interna; más no se olvide que en nuestro caso no todo el músculo estaba necrosado, sino únicamente la porción infraumbilical, es decir la irrigada por la primera de las arterias mencionadas que sería, así lo creemos, el asiento de la embolia; y que por otra parte, de acuerdo con las modernas teorías, no es sólo el émbolo el que va a determinar la isquemia masiva, sino que a ella contribuyen otros dos factores importantes: la trombosis secundaria extensa, que como lo ha demostrado E. Key "viene a obstruir no solamente el tronco principal, sino también las ramas colaterales que podrían asegurar la suplencia circulatoria", y "la aparición brutal y durable de una reacción vasoconstrictora, que encuentra su explicación

en las lesiones tan manifiestas y tan precoces de la adventicia" (R. Le-riche).

La hipótesis es seductora y no nos atreveríamos a negarla; sin embargo, al revisar los tratados de Patología Quirúrgica (Christopher, Kirschner-Nordmann, Irgazabal, Lecene, Forgue, etc.), no hemos encontrado por parte alguna el capítulo de la necrosis muscular aislada, ni menos del caso particular de la necrosis de los rectos. Se describe en cambio una entidad cuyos caracteres concuerdan casi totalmente con el caso descrito: nos referimos al **Hematoma espontáneo de los músculos rectos del abdomen**, debido a una ruptura muscular, con frecuencia parcial, que se hace sobre músculos normales o alterados.

Frecuente en las multiparas cuyos músculos rectos se han distendido, adelgazado y a menudo han sido invadidos por placas de esclerosis, debidas a pequeñas hemorragias intersticiales. En los tíficos, en quienes los músculos mencionados, atacados por degeneración cerosa o granulosa por isquemia (arteritis tífica), son pálidos, frágiles y quebradizos. Otro tanto ocurre en la gripa y aunque en menor escala en algunas otras enfermedades como la tuberculosis, neumonía, nefritis, leucemia, etc. Basta entonces un movimiento un poco más intenso que de costumbre, una sacudida de tos por ejemplo para provocar la ruptura. Es bueno recordar que nuestra enferma había padecido pocos meses antes de una afección tífica y que cuando se produjo el accidente estaba en plena evolución de una afección cardio-renal.

La ruptura puede ser parcial o total y generalmente unilateral. El hematoma, debido a la ruptura de pequeñas ramas de la arteria epigástrica, se localiza por regla general en la vaina del recto, entre el ombligo y la sínfisis pubiana; su volumen puede oscilar entre el de un huevo y el de una cabeza infantil.

La sintomatología está marcada por signos variables: ya es un dolor extremadamente vivo, en fuetazo, y acompañado en ocasiones de náuseas y de vómito; ya por el contrario el dolor inicial es mínimo permitiendo al individuo continuar su trabajo o el ejercicio comenzado. En otros casos no es sino al cabo de muchos días cuando el enfermo viene a consultar por una tumefacción dolorosa del abdomen. Por último la ruptura puede pasar totalmente inadvertida y es el hematoma el que secundariamente viene a revelarla.

El examen del enfermo permite descubrir una tumefacción infraumbilical, algunas veces netamente visible, de volumen variable, de forma redonda o alargada y cuya sensibilidad puede ser en extremo acusada, acompañándose entonces de contractura muscular. En ciertos casos el hematoma, localizado en la parte in-

ferior de la vaina, es accesible al tacto vaginal en el fondo de saco anterior.

Se comprende, por la descripción, a cuántos errores de diagnóstico se puede prestar el "hematoma espontáneo de los músculos rectos del abdomen", sobre todo desde el punto de vista de la patología ginecológica; la equivocación que ayer cometimos puede servir hoy de lección para muchos, y es esta última consideración la que nos ha animado a presentar esta observación.

BIBLIOGRAFIA

Collet F. J. "Précis de Pathologie Interne" Tome second. Paris, 1931.

P. Mallet-Guy et R. Merle d'Aubigné, en "Nouveau Précis de Pathologie Chirurgicale" Tome II. Paris, 1947.

Mouchet Alain "Nouveau Précis de Pathologie Chirurgicale. Tome V. Paris, 1947.

Se consultaron además los Tratados de Patología Quirúrgica de Christopher, Kirschner-Nordmann, Igazabal, Forgue y los Agregados de Paris.