Un caso de Septicemia Puerperal por Neumococo

Doctor JORGE ORTIZ GAMBOA

Grande ha sido el progreso alcanzado en los últimos años en lo que se refiere al conocimiento, diagnóstico, profilaxis y tratamiento de las diversas infecciones que se pueden presentar durante los días correspondientes al puerperio ocasionadas por agentes patógenos cuya puerta de entrada está representada por la herida placentaria o por las soluciones de continuidad patológicas, tales como los desgarros cervicales, vaginales y perineales.

Sin embargo, a pesar de todos esos adelantos y de los múltiples cuidados que hoy se observan en la atención de los partos no dejan de hacerse presentes algunas formas de tales infecciones.

Tiene por objeto este estudio el de dar a conocer un caso de Septicemia Puerperal por Neumococo que se presentó en una enferma del Servicio de Maternidad del Hospital de San José. Siendo de gran interés no sólo por la poca frecuencia de este microorganismo como agente causal de infecciones puerperales, sino también por ser posible la descripción de la sintomatología del cuadro clínico y de los magníficos resultados que se obtuvieron con la terapéutica empleada.

Después de haber revisado las estadísticas de los hospitales de San Juan de Dios, de San José, de la Clínica de

la Providencia, así como la mayor parte de la Literatura Obstétrica, podemos concluir que es la primera vez que se reporta un caso comprobado de una Septicemia Puerperal, ocasionada por el Neumococo.

HISTORIA CLINICA

Historia número 2151.

Pabellón Guillermo Gómez.

Nombre, A. O.

Edad, 25 años.

Fecha de entrada: 30 de enero de 1951.

Lugar de origen: La Palma.

Lugar de procedencia: Bogotá.

Número de embarazos: secundigestante.

Antecedentes hereditarios: sin importancia.

Antecedentes patológicos: paludismo, hace dos años.

Antecedentes quirúrgicos: amigdalectomía, hace siete años.

Antecedentes ginecológicos: menarquía: ? Cielo: 30 x 3.

Antecedentes obstétricos: un embarazo a término con parto espontáneo, feto vivo y puerperio normal.

Embarazo actual: fecha de la última menstruación: 30 de abril de 1950.

Servicio: a término.

Examen general. Piel: sana.

Sistema circulatorio: pulso: 76 por minuto.

Tensión: Mx. 10, Mn. 6.

Ruidos cardíacos: normales.

Sistema respiratorio: normal.

Sistema digestivo: normal.

Sistema génito-urinario: normal.

Talla: 1,50 metros.

Peso: 64,5 kilos.

Exámenes de Laboratorio. Reacciones serológicas: negativo.

Radioscopia pulmonar: negativo para TBC en evolución.

Examen parcial de orina:

Color: ambar.

Aspecto: turbio.

Densidad: 1014.

Reacción: ácida.

PH: 6.

Albúmina: huellas.

Sedimento: células epiteliales xx.

Leucocitos xxx.

Examen obstétrico. Senos: normales.

Pezones: prominentes.

Altura uterina: 31 centímetros.

Embarazo único: sí.

Presentación: cefálica, vértice.

Encajada: sí.

Posición: izquierda.

Variedad de posición: anterior.

Ruidos cardíacos fetales: positivos.

Tacto vaginal: 30 - 1 - 51. 11.15 a. m. Cuello blando, borrado, dilatación completa, membranas rotas.

Parto. La enferma inició el trabajo espontáneamente a las 4 de la mañana, del 30 de enero. Cuando llegó al Servicio (11 a. m.) presentaba contracciones uterinas de intensidad normal que se sucedían cada minuto y medio con una

se hallaba muy avanzado a tal punto, que se estaban verificando los primeros tiempos de la expulsión fetal; en estas condiciones se ordenó el traslado inmediato de la enferma a la sala de partos, no alcanzando a ser pasada a la mesa, ya que el feto fue expulsado en la camilla a las 11.20 a. m., ocasionando un desgarro perineal de primer grado.

Tanto el niño como la madre fueron atendidos por el médico-interno del Servicio, quien por la urgencia del caso no tomó las debidas precauciones de asepsia. El alumbramiento se verificó a las 11.25 a. m., espontáneamente y en seguida se hizo la sutura del desgarro perineal. Como tratamiento después del alumbramiento se le aplicó una ampolla de Ergotrate vía intramuscular.

Hora de salida de la sala de trabajo. 11.40 a. m. Tensión: 11 x 6.

Estado de la paciente durante las seis primeras horas. Satisfactorio. Retracción uterina: normal. Pulso: 80 por minuto. Tensión: Mx. 10½, Mn. 6.

Puerperio. 31 enero. Senos: bien.

Involución uterina: 18 centímetros.

Loquios: sangrantes.

Tratamiento: hielo Ergotrate Tbl. número 2. Sulfadiazina.

Tbl. número 30. Tomar dos cada cuatro horas. Baño externo.

1º febrero. Senos: bien.

Involución uterina: 12 centímetros.

Loquios: sangrantes.

La enferma se encuentra en marcado estado de sopor. Sin embargo, relata que en las primeras horas del día presentó un violento escalofrío acompañado de intensa cefalalgia y dolores óscos generalizados, todo lo cual fue seguido de gran sensación de calor y sudación profusa.

examen de la enferma y se encuentra lo siguiente:

Inspección: cara muy congestionada, conjuntivas inyectadas, fotofobia. Piel húmeda, caliente. Una ligera erupción caracterizada por pequeñas manchas eritematosas diseminadas y localizadas principalmente en la región superior del tórax.

Temperatura axilar: 40 grados.

Sistema circulatorio: pulso: 120 pulsaciones en el minuto.

Tensión arterial: Mx. 10, Mn. 6.

Ruidos cardíacos: velados.

Sistema respiratorio: 30 respiraciones en el minuto.

Al examen pulmonar no se encuentran signos patológicos.

Sistema digestivo: lengua seca, saburral en el centro y lisa y muy roja en los bordes. En el examen del abdomen, sólo llama la atención el útero que sobresale 12 centímetros por encima del pubis, en involución normal. El bazo no es palpable ni percutable.

Sistema génito-urinario: dolor a la presión en los puntos renales posteriores. Loquios sangrantes. No hay mal olor.

Sistema neuro-muscular: reflejos tendinosos exagerados.

Una vez verificado el examen clínico de la enferma se solicitan algunos exámenes de laboratorio.

Pero, en las horas de la tarde, se agudiza la sintomatología de la paciente: la temperatura alcanza 41 grados, el pulso tiene una frecuencia de 140 al minuto, la tensión arterial se halla en 9 la máxima por 6 la mínima, 35 respiraciones en el minuto, el estado

la congestión facial y la fotofobia, muy aleteo nasal.

Sobre ambas mejillas se encuentran manchas violáceas, simétricas, de tipo escarlatiniforme. La erupción que encontramos anteriormente en el tórax se encuentra más diseminado en forma de grandes manchas eritematosas que desaparecen a la presión digital y su localización tiene un predominio marcado por la región superior del tórax y cuello, por el dorso de las manos y región posterior de los antebrazos.

Lo que más molesta a la enferma es la intensa cefalalgia que se hace cada vez más aguda.

Ante este cuadro sintomático se piensa en una posible infección puerperal y entonces se prescribe el siguiente tratamiento: penicilina 1.000.000 u. o. para disolverlas en 1.000 c. c. de suero dextrosado al 5% en agua destilada y aplicarlo vía endovenosa a razón de 20 gotas por minuto. Sulfadiazina, tabletas número 2 cada cuatro horas. Bolsa de hielo en la cabeza y un enema evacuador ya que la enferma presenta también constipación.

El suero con penicilina fue aplicado en un lapso de cinco horas y en seguida se continuó administrando 50.000 u. o. de Penicilina cada tres horas y Estreptomicina 0.25 gramos cada cuatro horas vía intramuscular.

2 febrero. La enferma ha reaccionado algo en su estado general.

La temperatura se halla en 40 grados. El pulso: 100 en el minuto. Tensión arterial: Mx. 8, Mn. 6. La cefalalgia continúa. El estado de sopor ha disminuido. Las manchas escarlatiniformes de la cara se han ido extendiendo haciéndose más nítidas. Además de las

manchas eritematosas que se encuentran en la región superior del tronco, dorso de las manos y cara posterior de los antebrazos ha aparecido un nuevo elemento caracterizado por pápulas muy pequeñas que se localizan en el centro de las manchas eritematosas. No hay prurito. Se borran a la presión.

Resultados de los exámenes de Laboratorio:

Hemoparásitos: no se encontraron.
Cuadro hemático: hematíes: normal.
Hemoglobina: 13.5 gramos.
Hematoerito: 44.
Leucocitos: 13.100 por mm.³.
Eosinófilos: 0.
Basófilos: 1.
Mielocitos: 0.
Juveniles: 0.
Cayado: 9.
Segmentados: 81.
Linfocitos: 7.
Monocitos: 2.

Sedimentación globular: 24 mm. en una hora.

Examen parejal de orina: color: amarillo.

Aspecto: muy turbio.
Densidad: no alcanzó la muestra.
Reacción: ácida.
PH: 6.5.
Albúmina: 117 mgrs.
Glucosa: 44 mgrs.
Acetona: no hay.
Pigmentos biliares: no hay.
Sedimento: células epiteliales xx.
Leucocitos xxx.
Píocitos: no hay.
Hematíes: no hay.
Bacterias: abundantes.
Cristales de sulfas xxx.
Cilindros: granulados x.
Bacterianos abundantes.

Aquí se cambia de diagnóstico al primer diagnóstico y se piensa entonces que toda esa sintomatología corresponde a una posible sensibilidad por las sulfas y se ordena suspender el tratamiento a base de antibióticos y en cambio se prescriben antihistamínicos, un purgante aceitoso y suero dextroso, vía endovenosa.

3 febrero. Se observa en la enferma una gran mejoría. La temperatura ha descendido a 38.5 grados. El pulso se halla en 110 en el minuto. La tensión arterial 10 por 6. La cefalalgia ha cedido y es menos intensa. El estado de sopor ha desaparecido. La involución uterina es de 9 centímetros y los loquios continúan sangrantes sin presentar mal olor. La erupción eritematosa es menos marcada, no se ha seguido extendiendo pero en cambio las pápulas han evolucionado a pequeñas pústulas diseminadas, indoloras, que se localizan preferentemente en el dorso de las manos y región posterior de los antebrazos.

4 febrero. Temperatura: 36.5 grados. Pulso: 85 en el minuto. Tensión arterial: 10 por 6. La sintomatología general regresa rápidamente. La enferma se encuentra tranquila y no se queja de molestia alguna.

5 febrero. Temperatura: 37 grados. Pulso: 85 en el minuto. Tensión arterial: 10 por 6. Involución uterina: normal. Loquios serosanguinolentos. Enferma en buen estado. Llega el resultado del hemocultivo: positivo para neumococo. Negativo para salmonellas. Se ordena entonces un examen bacteriológico del contenido de las pústulas.

6 febrero. Temperatura: 37 grados. Pulso: 90 en el minuto. Tensión arterial 10 por 6. Enferma en magníficas condiciones. La erupción cutánea ha

regresaron a su estado normal, dejando una ligera descamación.

7 febrero. Temperatura: 37 grados. Pulso: 80. Tensión: 10 por 6. Se ha suspendido toda medicación. El resultado del examen bacteriológico del contenido de las pústulas da positivo para el neumococo.

8 febrero. Sale la enferma del hospital.

Causa: mejoría.

Estado general de la enferma: satisfactorio.

COMENTARIO

Hemos reportado la Historia Clínica de un caso que presentó una de las infecciones puerperales más graves o sea la Septicemia Puerperal.

Una vez reunidas las manifestaciones clínicas de la enferma con sus antecedentes sólo pudimos llegar al diagnóstico positivo de esa entidad patológica mediante el hemocultivo que reprodujo colonias de un microorganismo causal muy raro en estas formas de infecciones puerperales: el neumococo, que fue comprobado más tarde por el estudio bacteriológico del contenido de las lesiones cutáneas.

Ya determinada la forma de infección y su agente etiológico, sólo nos quedaba por averiguar el punto de partida y el mecanismo que había seguido. Por informes verbales del médico-interno que atendió a la paciente en el momento del parto pudimos concluir que él constituía la fuente exógena en la producción de la infección ya que se trataba de un portador sano de ese germen, pues en meses anteriores se le había practicado ocasionalmente un examen bacteriológico de la rinofaringe, encontrándose un predominio mar-

pos microscópicos sin estar produciendo lesión alguna.

Esto viene a coincidir con lo expuesto anteriormente en la historia, o sea, la atención de urgencia de la enferma en el momento de expulsión fetal, sin observar los cuidados de asepsia que son de rutina en estos casos y entre los cuales sobresale el uso de la mascarilla.

Así pudimos concluir que se trataba de una infección puerperal exógena, que es la más común, cuyo agente etiológico fue transportado al conducto genital por el mismo médico y la puerta de entrada estaba constituida por el desgarró perineal que se produjo en la enferma. Una vez allí localizado el neumococo exaltó su virulencia mediante circunstancias especiales adquiriendo un gran poder invasor en el torrente circulatorio produciendo un cuadro clínico grave en el cual predominaban los síntomas generales pues los locales eran muy escasos.

Queremos llamar la atención al hecho de que presentando un cuadro clínico tan grave y de pronóstico muy severo hubiera cedido rápidamente con el tratamiento establecido en las primeras 24 horas. Esto nos indica que el germen causante de la infección era sensible en alto grado a los bacteriostáticos y antibióticos de tipo Penicilina y Sulfadiazina, ya que de la Estreptomicina sólo se le administró 0.50 centigramos, pues se suspendió esa medicación al día siguiente al cambiar la orientación del diagnóstico.

Como medida profiláctica debemos tener en cuenta, al presentar este caso, que, conociendo la etiología de la infección puerperal, las causas que a ella predisponen, la forma de llegar los mi-

...reganamos hasta las cavidades genitales, el modo de impedir la exaltación de la virulencia de los que allí viven y de aquéllos que son apartados desde el exterior, la manera de aumentar las propiedades bactericidas del organismo, antes de que la infección aparezca, debe ser objeto de cualquier tratamiento profiláctico que tienda a impedir la aparición de cualquier forma de infección puerperal.

INFORME DE UNA COMISION

Para dar cumplimiento a la importante comisión que tuvo a bien encomendarnos la Mesa Directiva, hemos estudiado muy atentamente la interesante historia clínica presentada por el distinguido colega, doctor Jorge Ortiz Gamboa y que lleva por título "Un caso de Septicemia Puerperal por Neumococo".

El doctor Ortiz Gamboa hace hincapié sobre el progreso alcanzado en los últimos años, en lo referente al conocimiento, diagnóstico, coprofilaxis y tratamiento de las diversas infecciones que se pueden presentar durante los días correspondientes al puerperio; se nos ocurre que precisamente las investigaciones de estos últimos años en relación al diagnóstico de la sepsis puerperal muy poco se ha adelantado, debido al universalmente aceptado tratamiento de los bacterio-estáticos y, de los antibióticos que tan eficazmente combaten todas estas infecciones, que antes constituían una enorme preocupación para el partero eficiente. Los conocimientos de la patogenia de la infección puerperal se han olvidado y pocos son los tocólogos que recuerdan con precisión

la celebre clasificación de Aschoff, quien distinguía:

a) La autoinfección *espontánea*, en la cual los microbios vaginales (endógenos) ascienden espontáneamente a la matriz.

b) La autoinfección *artificial* endógena y la autoinfección artificial exógena en las cuales los microbios son llevados artificialmente hasta la matriz.

c) La autoinfección hematógena, en la que los microorganismos llegan a la matriz, por vía sanguínea, por mecanismo de metástasis de otro proceso agudo, verbigracia angina o neumonía.

d) La auto-infección de vecindad en la que los gérmenes llegan a infectar por simple continuidad mucosa o por los linfáticos.

e) La hetero-infección o sea la que producen las bacterias exógenas conducidas hasta los genitales desde el medio exterior.

Por este último mecanismo fue como se produjo la infección y septicemia a que se refiere el pequeño trabajo del doctor Jorge Ortiz. Un mecanismo de simple contagio por el obstetra tan poco precavido en la atención misma del parto, como en las leyes de asepsia que dejó de cumplir, sabiendo que él era un portador de gérmenes de neumococo.

A propósito del microbio productor de la infección como causa determinante bacteriológica, no causa ninguna extrañeza que fuera el Neumococo de Fraenkel, como bien hubiera podido ser el bacilo de Eberth, el de Nicolaier o el de Pfeiffer aunque en el mayor número de veces es el estreptococo el más común. En el estudio de la bacteriología de la infección puerperal desde 1922, N. Palacios Costa, llegó a las siguientes conclusiones: "La

infección la puede determinar cualquier germen, pero sobre todo los del grupo llamado séptico; igualmente afirmaba el mismo autor que la presencia del germen en la sangre no justifica el diagnóstico de septicemia, sino que es necesario que el germen persista en cultivos repetidos para poder afirmarlo". En el caso concreto que nos ocupa, si es posible el estado septicémico puesto que en las pápulas a que hace referencia la historia y que evolucionaron a pústulas, se encontraron al examen bacteriológico numerosos neumococos. Ese Eritema lo podemos definir desde el punto de vista anatomopatológico: *eritema saprofitario*.

La interesante historia clínica presentada por el doctor Ortiz Gamboa, a la Sociedad de Obstetricia y Ginecología, fue el típico caso de una *Toxemia Puerperal*, conocida también con el nombre de *Sapremia puerperal de Duncan*, caracterizada como el resultado de al actividad saprofitaria del neumococo, cuando actuó en la herida perineal de la parturienta, y que desgraciadamente pasó por vía hematógena a convertirse en Septicemia de neumoco.

En lo referente a sintomatología clínica de dicha toxemia, llama la atención la poca o nula sensibilidad uterina y la correcta involución de la misma, sin loquios fétidos, ni signos de proceso endometrial, del parametrio ni los anexos uterinos, es decir, la ausencia total de síntomas locales en los genitales, aunque no sabemos por el relato histórico acerca del resultado final de la sutura perineal.

Es de anotar como síntomas peculiares: la cara congestionada, la fotofobia, la piel húmeda y caliente y la erupción caracterizada por pequeñas manchas eritematosas diseminadas y localizadas

principalmente en la región superior del tórax y luego en las manos. Además, manifiesta el ponente, hubo dolor a la presión en los puntos renales posteriores con temperatura de 40 grados, pero, a falta del cuadro térmico completo, no sabemos si la temperatura fue constante en todo el día o si tuvo alguna característica especial.

Al examen de orina, presentó albumina de 117 miligramos, células epiteliales y leucocitos. Bacterias abundantes (no precisa de qué tipo). Cristales de sulfas y cilindros granulados.

En cambio el cuadro hemático llamó la atención la leucocitosis de 13.100, la hemoglobina de 13.5 Hematocrito: 44. Linfocitos 7 y la sedimentación de 24 mm. en una hora.

Tratamiento. Dice la historia literalmente que "ante una posible infección puerperal se prescribe el siguiente tratamiento: Penicilina, 1.000.000 de unidades para disolverlas en 1.000 c. c. de suero dextrosado al 5%, en agua destilada y aplicarlo por vía endovenosa, a razón de 20 gotas por minuto. Sulfadiazina, 2 tabletas cada cuatro horas; bolsa de hielo en la cabeza y un enema evacuador. Al terminar el suero se aplicó Penicilina 50.000 unidades cada tres horas y Estreptomicina 0,25 gramos cada cuatro horas, vía intramuscular.

Como presentara signos de intolerancia por las sulfas, las suspenden y prescriben antihistamínicos, un purgante aceitoso y suero dextrosado, por vía endovenosa".

Este tratamiento fue instituido sin que se tuviera todavía el resultado positivo para neumococo en la sangre, lo que quiere decir, que el mismo tratamiento hubiera servido para cualquier

clase de agente productor de la sepsis, ya fuera el estreptococo, estafilococo o neumococo y hasta para el gonococo.

La enferma mejoró y a los nueve días salió del Hospital por mejoría.

No queda otro camino que felicitar muy calurosamente a quien instituyó el tratamiento en beneficio y agradecimiento de la paciente. Congratularnos por el hallazgo oportuno del neumococo en la sangre y en las lesiones de la piel. Y, por lo que respecta al doctor Jorge Ortiz Gamboa, felicitarlo muy de veras, por el acopio de su importante historia.

Para cumplir con los estatutos de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología, nos permitimos poner en consideración de la Sociedad, la siguiente proposición de vuestra comisión:

La Sociedad de Obstetricia y Ginecología, después de oír el comentario al trabajo presentado por el doctor Jorge Ortiz Gamboa sobre "Un caso de septicemia puerperal por neumococo", para el ingreso a la Sociedad, se declara satisfecha de su importante colaboración, pide que la historia clínica sea publicada en la Revista, junto con su comentario y lo propone como socio afiliado, manifestándole su deseo para que continúe por el sendero de la investigación que ha iniciado, para que muy pronto y con un nuevo aporte científico, lo contemos como socio de número de esta Corporación.

Vuestra Comisión.

Campana contra el Cáncer

Bogotá, agosto 20 de 1951

Señor Profesor

Hernando Amaya León.

La Ciudad.

Apreciado doctor y amigo:

La Sociedad Colombiana de Oftalmología y Otorrinolaringología, de Colombia, ha querido iniciar una campaña entre el cuerpo médico, con el objeto de velar por el diagnóstico precoz de las lesiones neoplásicas de la laringe, para que los pacientes concurren a donde el médico especialista o a los centros especializados, a su debido tiempo y se pueda practicar un tratamiento que ofrezca un porcentaje alto de curación.

Hemos querido también, al mismo tiempo, informar a nuestros colegas sobre las causas más frecuentes de ca-

guera, con el objeto de contar con su valiosa colaboración y disminuir en esta forma las innumerables pérdidas de la visión que se pueden evitar haciendo un tratamiento adecuado a su debido tiempo.

Para llenar estos fines rogamos a usted se sirva prestarnos su valiosa colaboración, publicando en su muy difundida y leída Revista los esquemas adjuntos, en las fechas y lugares que usted considere más indicados.

Mucho agradeceríamos una colaboración de esta índole, la cual, en cualquier momento sabríamos corresponder en la misma forma.

Afectísimo amigo y colega.

CARLOS A. CLEVES CUCALÓN
Presidente.