

# Curación espontánea de una fistula estercolar post-operatoria

## HISTORIA CLINICA

Publicamos la historia clínica de T. R., paciente que en su sexto embarazo vióse frente a una serie de complicaciones, de las cuales salió triunfante, gracias a los **imponderables** de la medicina, por no decir que merced al influjo divino que tendrála para mejores destinos.

Fue un caso curiosísimo de cierre espontáneo de una fistula estercolar consecutiva a una intervención dirigida a la extracción de un cuerpo extraño, dejado en la cavidad peritoneal. Como la fistula era lo suficientemente amplia, las curaciones dos veces al día eran de necesidad imperiosa. Las materias fecales salían con tanta abundancia y facilidad que hasta ascaris lumbricoides, por ella fueron expulsados. Inesperadamente un día, cuando todo se aprestaba para una nueva intervención, que en este caso no podía ser otra que una amplia resección intestinal, por la fistula cesó el avenamiento, y poco a poco se destruyó en su totalidad hasta quedar la paciente en excelentes condiciones, 10 días después de que su estructura anímica se estremecía ante la perspectiva de una nueva operación acompañada de un cortejo angustioso pleno de desesperanza.

T. R., de 32 años; con antecedentes de tres partos (dos espontáneos y uno con cesárea, por presentación de hombro abandonada) y dos abortos que exigieron sendos raspados uterinos.

Menarquia a los 14 años. Ciclo 30 x 3, con dismenorrea. Serología negativa. Sin antecedentes patológicos generales dignos de mencionarse.

El 11 de diciembre de 1952, relata que su última menstruación se efectuó el 15 de octubre, pero que el 23 de noviembre tuvo hemorragia genital escasa e indolora y el 3 de diciembre arrojó una «carosidad», después de sentir dolores suprapúbicos y lumbares.

Agrega que desde entonces éstos, se han vuelto permanentes y que el 9 de diciembre dos veces experimentó la sensación de vértigo.

La paciente tiene un aspecto general muy bueno. Su tensión es de 11 por siete y en el momento del examen no tiene hemorragia genital. Sin embargo, al tacto, el cuello es largo, blando y cerrado y en anteposición muy marcada; los fondos de saco son dolorosos y en el posterior se nota un, si es, no es de crepitación; la movilización cervical despierta agudo dolor; la matriz no se puede circunscribir con claridad.

Se la pone en observación y se le ordenan exámenes de laboratorio con el siguiente resultado:

**Serología:** negativa.

**Sangre:** Hematíes, 4.300.000. Leucocitos: 9.400. Hemoglobina, 80%. Polinucleares neutrófilos, 54%. Eosinófilos, 4%. Linfocitos, 38%. Grandes mononucleares, 4%. Sedimentación: a la media hora, 19 m. m., a la hora 38 m. m. Glucemia, 0,75%. N. P. N., 27 mg. %.

**Orina:** Albúmina y glucosa, negativas. Sedimento, células ++, y leucocitos, ++.

Como la paciente continuó quejándose de sus dolores, y el examen ginecológico no variaba, se decidió intervenir bajo el diagnóstico de embarazo ectópico. El 19 de diciembre se confirmó la presunción, pues al abrir la cavidad peritoneal se la encontró llena de coágulos, la trompa derecha estaba rota y rodeada de adherencias epiplóicas. Se hizo la correspondiente salpingectomía y como tratamiento post-operatorio, se ordenó dextrosa, penicilina, hierro con vitamina C. y analgésicos.

Los días consecutivos a la intervención en vez de traer la esperada mejoría, toman peor el estado de la enferma. La temperatura va ascendiendo hasta 39,5°C, el vientre es duro y doloroso, el facies se torna pálido y angustioso. Se sospecha que en la cavidad ha podido quedarse una compresa y se resuelve reoperar el 7 de enero. Entonces, se ve que las adherencias se han quintuplicado y, en efec-

to, se extrae el cuerpo extraño y se dejan drenes de caucho. La temperatura baja a 36,8°C, mejora el estado general, mas, el 13 se observa que se ha formado una tremenda fístula estercolar que da salida a torrentes de materias fecales.

Se instituye un tratamiento con ácidos aminados, medio gramo de estreptomycin, cada 12 horas y vitaminas. Se hacen curaciones dos veces al día y con desencanto se ve que la enferma se debilita paulatinamente y que la fístula se agranda más.

Prosiguese el tratamiento para tonificar a la paciente y hacerle una resección intestinal, a fin de hacer la curación de su fístula. Se escoge el 27 de enero para la intervención. Mas, el 26, súbitamente el apósito aparece seco y el día 27 se aprecia que ha cesado por completo la salida de materias estercóreas. Ante el unánime asombro por esta particular y excepcional evolución se espera el curso de los acontecimientos y 10 días después la cicatrización ha concluido satisfactoriamente. Es de anotar que el mismo 26 de enero, día en que cesó el flujo por el conducto fistuloso, T. R., la protagonista de esta historia clínica, sintióse tan bien, que pedía se le diera de alta.

Es una evolución tan rara, que nos pareció interesante publicarla en la Revista de la Sociedad Colombiana de Obstetricia y Ginecología.

**Ramón Francisco Sánchez**