

# Granuloma por cuerpos extraños

RAFAEL HUNDA C. y CARLOS R. SILVA MOJICA

Tiene por objeto la presentación de esta historia clínica señalar la ocurrencia del «granuloma por cuerpo extraño en Clínica Obstétrica». Igualmente es interesante este caso por la coexistencia en la misma paciente de las más diversas entidades: albuminuria gravídica, preeclampsia, placenta inferior lateral, presentación de pelvis, procidencia del cordón umbilical, granuloma intraperitoneal, anexitis y apendicitis, además de anemia y de un absceso en la región glútea.

Paciente M. L. D. afiliada al ICSS, de 23 años; antecedentes generales y ginecológicos: sin importancia; antecedentes obstétricos: un aborto y un parto espontáneo de término, con tromboflebitis bilateral de los miembros inferiores en el puerperio. Desde el 10 de marzo se le encuentran ligeros edemas en los miembros inferiores por lo cual se le indica dieta declorurada.

Abril 17/53. Se restringe albúminas y líquidos por persistencia de los edemas. Hay ligera hipertensión: 140/90. Serología, negativa; albuminuria, negativa.

Mayo 4/53. Edemas, albuminuria de 3,96%; cilindros granulosos ++; heñes: ++; bacterias: ++; plocitos por campo: ++++. Hipertensión: 160/100. Altura uterina 28 centímetros. Feto vivo de 8 meses. Se hospitaliza en la Clínica Primero de Mayo y se somete al

tratamiento médico de rutina para estos casos. El laboratorio indica normalidad para NPN, glicemia y uricemia. Dos días después la tensión arterial es normal.

Mayo 7/53. Nuevo ascenso de TA a 155/100. Epigastralgia. Albuminuria de 5,20 gramos. Se indica además, sedación profunda con fenobarbital.

Mayo 8/53. TA: 140/100, y por la noche 120/80. Persiste la epigastralgia. Albuminuria de 2,15 gramos sin cilindros.

Mayo 9/53. TA: 120/80. Buen estado general. Por la noche inicia pequeña hemorragia genital con discretos dolores de contracción uterina. TV: cuello largo y cerrado.

Mayo 10/53. Desaparece la hemorragia. Persiste la albuminuria (3,45 gr.) y aparece fiebre de 37,8 grados. Se prescribe penicilina.

Mayo 11/53. Continúa el estado febril.

Mayo 12/53. Aparece hemorragia genital con coágulos uterinos. Se hace TV y se diagnostica placenta previa lateral en multigestante III de 8 meses; feto vivo, en presentación de pelvis SI alta. Más tarde, con dilatación cervical de 4 centímetros, se practica ruptura artificial de las membranas, pero se produce una procidencia del cordón umbilical por lo cual se

procede sin dilación ninguna a resolver el caso por cesárea abdominal. Durante la disociación arciforme del segmento se encuentra la placenta allí insertada; se desgarran sus tejidos y a través de ella se hace extracción podálica del feto, quien respira espontáneamente.

La primera semana del post-operatorio transcurre con fiebre continua de pequeñas oscilaciones: 37,5 y 38 grados con un sólo día de 39 grados. Pulso acorde con la temperatura. Estado anémico aparente. Se prescriben antibióticos y suero dextrosado.

Mayo 20/53. Además del estado febril aparece una tumefacción muy dolorosa en la fosa ilíaca derecha que corresponde por TV a una anexitis derecha incipiente. Se decide continuar el tratamiento médico. El cuadro hemático indica anemia hipocrónica y leucocitosis con polinucleosis neutrófila.

Mayo 23/53. En vista de que la paciente continúa agravándose a pesar del tratamiento médico, pues la anemia es más notoria, la sensibilidad en la fosa ilíaca derecha es más marcada sin que hubiere defensa muscular, y la tumefacción en referencia es más grande y dolorosa se solicita el concepto de una junta médica. Dicha junta, doctor Cubillos y uno de nosotros (CRS), no llega a un diagnóstico exacto y preciso pero teniendo en cuenta la agravación progresiva de la paciente y la posibilidad de varias contingencias (apendicitis, anexitis, plastrón epiplóico, compresa inclusive), resuelve de inmediato una laparotomía de precisión. Abierta la cavidad peritoneal, se encuentra gran cantidad de adhe-

rencias en el flanco y fosa ilíaca derechas y exudado sero-purulento fétido. Matriz subinvolucionada. Liberadas las adherencias se aprecia: inflamación apendicular y signos de peritiflitis; inflamación de la trompa uterina derecha; inflamación, congestión y plastrón del gran epiplón, que se encuentra bloqueando el apéndice y la trompa junto con unas masas carnosas cuyas características se describen adelante.

Se hace en seguida apendicectomía, salpingectomía derecha, extracción del plastrón y de las mencionadas formaciones. La paciente, anestesiada con Ciclo-02, recibió transfusión de sangre y plasma durante la intervención y salió en buenas condiciones de la Sala de Cirugía.

Al segundo día del post-operatorio se comprueba un pequeño absceso glúteo por infección de una inyección. Se drena y se extraen 50 c. c. de pus. En la primera semana la fiebre es intermitente con pequeñas alzas (37°-38°), pero luego se normaliza. Se hace el tratamiento de rigor en estos post-operatorios y se combate la anemia con dos pequeñas transfusiones de 150 c. c. de sangre.

La herida quirúrgica cicatriza normalmente. Sale la paciente de la clínica el 9 de junio de 1953, en condiciones satisfactorias. Persiste albuminuria de 0,33 gr.

El examen anatomopatológico da estos resultados. Examen macroscópico: Apéndice y trompa congestionados y despulidos. Vienen también **unas porciones de tejido**, de aspecto adiposo de color rojo oscuro. La más grande tiene 9 x 7 x 2 centímetros.

Examen microscópico: el estudio histológico de los cortes muestra trompa uterina, apéndice y tejido adiposo muy probablemente epiplón; el conjunto presenta un proceso inflamatorio agudo caracterizado por edema, hemorragia, congestión de los vasos sanguíneos y por abundante infiltración leucocitaria polinuclear.

Hay en la muestra que parece corresponder a epiplón frecuente **granulomas del tipo por cuerpos extraños**. El citoplasma de las células gigantes aprisiona cristales de colesterol.

**Diagnóstico:** Salpingitis y apendicitis aguda. **Granulomas por cuerpos extraños.**

(Fdo.), Méndez. Mayo 26/53.

## COMENTARIOS

El estado febril de la paciente, aparecido unos días antes del parto se explica no tanto a infección urinaria (presencia de pus y bacterias en la orina), sino a la inyección infectada en la región glútea. La cesárea está justificada no sólo por la incisión baja de la placenta y la prociencia del cordón, sino también por el eclampsismo y por las condiciones poco favorables del cuello para una dilatación artificial. La laparotomía de precisión en el post-operatorio es una conducta muy recomendable no sólo en los estados peritoneales francos, sino en los poco marcados, como el de nuestra paciente, tanto más si el diagnóstico es dudoso. Tomada esta medida con las debidas precauciones, generalmente va coronada de éxito.

El cuerpo extraño causante de dichos granulomas, bien puede ser el talco de los guantes o con más probabilidad la penicilina aplicada intraperitonealmente con un fin profiláctico en la cesárea, en especial si esa penicilina era de absorción lenta. (Preguntado después el personal que atiende la sala de cirugía, no respondió con precisión sobre la clase de penicilina aplicada a este caso).

Es posible que dicho cuerpo extraño actuó como agente, si no casual, sí agravante de la inflamación anexoapendicular.

De esto se desprende la necesidad de tener en cuenta en la operación cesárea la acción de los cuerpos extraños y sus complicaciones y de dejar en el peritoneo si es el caso, soluciones de penicilina sódica o potásica y no las de absorción lenta tipo procainica.

## RESUMEN

1º Se presenta el caso de una multipara III, pre-ecláptica a quien se le practica una cesárea por placenta inferior y prociencia del cordón.

2º En el post-operatorio ofrece un estado peritoneal agudo aeterminado por granulomas por cuerpo extraño ligados a inflamación anexoapendicular.

3º Estos hechos son demostrados tanto en la laparotomía de precisión como por el examen anatómico-patológico.

4º Se hacen algunos comentarios sobre la acción de cuerpos extraños (talco, penicilina procainica), intraperitoneales y sus posibles complicaciones.