

# ***Un caso de ruptura traumática del cuerpo amarillo, y otro de encarceración aguda del útero grávido con sendos errores de diagnóstico***

Por el doctor HERNANDO ECHEVERRI V.

(Leído en la Sociedad de Obstetricia y Ginecología del Atlántico  
en su sesión de agosto de 1953).

Para corresponder a los deseos de la Sociedad de que cada uno de nosotros hable sobre un tema libre, por estricto orden de lista, me propongo hoy relatar dos historias clínicas, las cuales me parecieron interesantes pues dieron lugar a sendos errores de diagnóstico. Espero con ello que mi experiencia les sirva a ustedes en casos semejantes.

HISTORIA No. 1.—El 6 de noviembre de 1952 se presentó a mi consultorio la señora G. de V., de 28 años de edad. Grávida III, para III; con embarazos y partos normales. Hacía dos años que había tenido su último niño. Su ciclo menstrual fue siempre regular, 28 x 3, y su última regla la había tenido 20 días antes.

En la noche anterior, después de una cena abundante, tuvo relaciones sexuales y en mitad del coito sintió un fuerte dolor en el epigastrio seguido de vómitos, lipotimia y sudores fríos, lo cual le impidió continuar el acto sexual. Toda la noche la pasó con dolores abdominales y vómitos, en posición semisentada, porque el decúbito dorsal no lo podía soportar.

Entró a mi consultorio a eso de las 10 a. m. inclinada sobre su lado derecho y caminando con gran dificultad ayudada por su esposo. Traté de colocarla en la mesa de exámenes; pero como no resistía la posición decúbito, resolví trasladarme con ella a una clínica. Una vez allí, y colocada en su cama en posición de Fowler, procedí al examen. He aquí los datos:

Enferma ligeramente ansiosa y aprensiva, con pulso de 120. Temperatura de 37.2 y con presión arterial de 120 x 60. Tanto a la simple inspección como a la auscultación del abdomen se notaba un peristaltismo tan marcado, que me hizo pensar por un momento que se trataba de un vólvulus; pero interrogándola mejor supe que durante la noche había expulsado gases espontáneamente. A la palpación no se sentía defensa muscular de ninguna clase y el punto máximo del dolor no se podía localizar bien, pues todo el abdomen estaba doloroso. La

decompresión de éste era igualmente sensible en todas partes lo cual hacía presuponer una irritación generalizada del peritoneo. Tratando de precisar un poco más se podía observar que el dolor producido por la presión era mayor en la región apendicular y en la fosa renal derecha, y el dolor espontáneo lo acusaba en el epigastrio. Todo esto sin defensa muscular, como ya dije.

En el tacto vaginal se encontró una matriz de tamaño, forma, movilidad y consistencia normales. No había dolor al tratar de movilizarla y los fondos de saco estaban libres. El tacto rectal dio resultados semejantes.

Aunque sin descartar la posibilidad de otros diagnósticos como los de la hemorragia interna, apendicitis aguda, etc., con los datos de examen me incliné a pensar que se trataba de un colico renal, porque además del dolor en la fosa renal, la enferma había presentado durante la noche fenómenos de disuria. En consecuencia le di antiespasmódicos, suero, quietud absoluta y dieta líquida. Además se ordenaron algunos exámenes de laboratorios.

A las 5 p. m. volví a verla y había mejorado considerablemente. Estaba tranquila, con pulso de 90, con mucho menos dolor pues ya se podía acostar en decúbito dorsal. Los datos de laboratorio daban 3.660.000 glóbulos rojos con 8.40 gramos de hemoglobina o sea 60%. Una sedimentación globular de 15 milímetros en una hora; y en la orina se encontraron huellas de albúmina, cilindros hialinos y bacterias móviles.

En vista de la anemia tan marcada, se pensó de nuevo en la ruptura de un embarazo ectópico que, como es sabido, puede presentarse antes que aparezca la amenorrea pero la mejoría de la enferma, la ausencia de signos ginecológicos y la consideración de que tal grado de anemia no es un hallazgo raro en personas aparentemente normales en Barranquilla, me decidieron por la expectativa.

La segunda noche la pasó relativamente tranquila, casi sin dolores y volvió a expulsar algunos gases espontáneamente. A la mañana siguiente continuaba tranquila, no obstante una temperatura de 38°. El meteorismo había disminuído; pero el dolor en el punto de Mc Burney era más marcado y estaba acompañado de defensa. Se ordenó un leucograma que dio 9.200 glóbulos blancos con 55% de polinucleares.

Aunque el leucograma era tranquilizador, esa misma tarde la temperatura subió a 38.5°, los síntomas se acentuaron más del lado de la fosa ilíaca y decidí operarla con diagnóstico de apendicitis aguda.

Al abrir el peritoneo por una incisión de Mc Burney encontré éste lleno de sangre, y como no pude palpar satisfactoriamente la matriz y sus anexos por esta vía, inmediatamente procedí a cerrar la incisión y hacer una nueva, mediana e infraumbilical, convencido ya de que se trataba de un embarazo extrauterino.

Mi sorpresa fue en aumento al encontrar ambas trompas perfectamente normales, no había coágulos en el fondo de saco de Douglas, lo cual explica el resultado negativo del examen genital, una delgada capa de sangre cubría todo el peritoneo y en el ovario derecho se encontró un punto rojo que sangraba poco, pero permanentemente.

Se hizo una resección en cuña de dicho ovario y se observó que se trataba de un cuerpo amarillo roto por el traumatismo del coito. En resumen la enferma presentó una ruptura del cuerpo amarillo en plena evolución, provocada por un coito, seguida de dolores en el epigastrio y acompañada de vómitos, con fuertes dolores en la región renal derecha y apendicular, todo lo cual se puede explicar por la inervación del ovario. La ausencia de signos ginecológicos contribuyó a oscurecer el diagnóstico. Afortunadamente la enferma mejoró sin complicaciones.

HISTORIA No. 2.—Señora E. de S., de 38 años de edad; grávida III, para III, su último hijo tiene ya 10 años, y en este embarazo dice que tuvo vómitos incoercibles. Todos sus partos han sido normales. Hace tres años le hicieron una colescistectomía y apendicectomía y tuvo un post-operatorio un poco alarmante.

Su ciclo menstrual es de 28 x 4. La última fecha fue el 6 de octubre próximo pasado. El 8 de diciembre siguiente, es decir con dos meses de amenorrea, una noche sintió un fuerte dolor en el hipogastrio seguido de retención de orina que hizo necesario cateterizarla al día siguiente. Siguió después con fenómenos de disuria y poliaquiuria, acompañado de fuertes dolores en el hipogastrio, con meteorismo, vómitos y parálisis intestinal. Ni fiebre apreciable, ni hemorragia vaginal en los días siguientes.

El día 14 del mismo mes se presentó a mi consultorio. los dolores abdominales persistían y eran de carácter intermitente y muy constantes, no la dejaban dormir. Orinaba con frecuencia, con dificultad y con mucho ardor. No tenía fiebre y presentaba un pulso de 90.

Al examen del abdomen se notaba un vientre meteorizado, con silencio abdominal casi completo, dolor y defensa muscular en todo el hipogastrio, lo que impedía precisar cualquier masa. Al tacto vaginal lo primero que llamaba la atención era la dificultad de encontrar el cuello, éste se encuentra muy alto y por detrás de la pelvis, difícil de palpar bien. El fondo de saco posterior estaba lleno por una masa redondeada, renitente y dolorosa a la palpación, cuyo límite superior no se podía precisar con la mano abdominal debido al dolor y la defensa de la región hipogástrica, como ya se dijo pero daba la sensación de ser más grande que una matriz de dos meses de embarazo. Con el especulum se notaba un franco abombamiento de todo el fondo de saco posterior, el cuello no era visible. Había abundancia de flujo amarillo, bien ligado y sin mal olor.

La primera impresión que tuve del caso fue la que se trataba de una encarceración aguda de la matriz embarazada, pero como la enferma tenía muy presente la fecha de su última regla y de dos meses de embarazo es muy frecuente ver una matriz en retroversión, pero no una verdadera encarceración con tantos síntomas, y, como ya dije, la masa era muy superior a un embarazo de dos meses, me quedé pensando en un embarazo extrauterino con aborto tubario y gran cantidad de coágulos en el Douglas o en un embarazo que coexistía en la torción parcial de un quiste del ovario.

Ese mismo día hospitalicé la enferma para observarla y le ordené sueros, reposo absoluto, dieta líquida y un poco de penicilina, pues ya en la clínica se

observó una temperatura de 37.8°. La noche la pasó mal con dolores y vómitos; pero a la mañana siguiente se logró moverle el vientre con un lavado intestinal, pues hacía seis días que no se movía. El meteorismo cedió un poco; pero el dolor y defensa del hipogastrio persistían.

El hemograma dio 4.010.000 glóbulos rojos con 13 gramos de hemoglobina y una leucocitosis de 11.000 con 76% de polinucleares.

Como se ve, estos resultados estaban en contra de una hemorragia interna; pero podían muy bien estar en favor de un quiste torcido del ovario o de un pelviperitonitis neisseriana dada la abundancia de flujo y la fiebre.

Para descartar de una vez la posibilidad de una colección purulenta decidí hacerle una punción vaginal del Douglas. Esto se hizo fácilmente por la prominencia de la tumuración contra la pared vaginal posterior. Se sintió prime o la resistencia vencida de la pared vaginal y después otra que interpreté como la de la pared de un quiste. Se obtuvo un líquido sero-sanguinolento, 5 c. c., con gran facilidad.

Decidí entonces operarla con el diagnóstico de quiste torcido y embarazo. La intervención se hizo con éter y al abrir la cavidad abdominal se encontró una matriz como de tres meses de embarazo, en retroversión perfecta, sin adherencias, pero la masa llenaba tan perfectamente la pelvis que fue difícil la introducción de los dedos para liberarla. Después de colocarla en posición normal, se fijaron los ligamentos redondos en su pared posterior y se cerró el abdomen.

En el post-operatorio, fuera de los vómitos de las primeras 24 horas, fue muy normal. Inmediatamente cesó la disuria y la enferma empezó a expulsar gases 24 horas después. No hubo meteorismo post-operatorio.

Es interesante además anotar que, a pesar de haberse puncionado el huevo y habersele extraído 5 c. c. de líquido amniótico, no hubo el menor asomo de aborto, y la enferma dio a luz, meses más tarde, un feto a término perfectamente sano.

## RESUMEN

Se presentan dos casos clínicos en los cuales se cometieron sendos errores de diagnóstico:

En el primero se trata de una enferma que tuvo una ruptura del cuello amarillo del ovario derecho, motivado por un coito. El cuadro clínico simuló al principio una oclusión aguda del intestino por su exagerada peristalsis; por la irradiación del dolor, siguiendo las vías de inervación del ovario hacia la fosa renal derecha y el apéndice, hizo pensar en un cólico renal y en una apendicitis aguda, diagnóstico con el cual se operó la enferma. Los exámenes de laboratorio dieron poca luz y la ausencia de signos ginecológicos ayudaron a oscurecer el diagnóstico.

En la segunda historia es una enferma que presentó una encarceración de la matriz con dos meses de embarazo. El cuadro clínico fue por decirlo así clásico, pues presentó dolores agudos e intermitentes más o menos constantes; re-

tención de orina seguido de fenómenos de disuria y paliaquiuria; retención de materias fecales acompañado de meteorismo y parálisis intestinal. Dolor y defensa muscular en el hipogastrio. Por el tacto vaginal y rectal la presencia de una tumefacción redonda y renitente que llenaba por completo el fondo de saco posterior. El cuello estaba situado detrás de la sínfisis. Había abundancia de un flujo amarillo bien ligado, y finalmente fiebre.

No obstante cuadro tan clásico, el diagnóstico estuvo dudoso entre una pelviperitonitis neisseriana con formación de abscesos y un quiste torcido de ovario y embarazo. La punción del fondo de saco dio un líquido amarillo ligeramente sanguinolento lo cual hizo pensar en el quiste y se operó con este diagnóstico. En la operación se encontró una matriz embarazada en retroversión, aumentada de volumen por congestión, enclavada en la pelvis pero sin adherencias.

La enferma dio a luz al noveno mes de embarazo un feto normal de 6 libras no obstante haberse punzado el huevo.