

REPERTORIO DE ANTAÑO

DATOS CLÍNICOS DE UN QUISTE DEL OVARIO QUE PESÓ CINCUENTA Y CINCO LIBRAS

Por el doctor Aurelio Lee M.

De Santa Rosa de Cabal

Pastora Idárraga natural de Santa Rosa de Cabal; de 30 años de edad; soltera, y de profesión costurera.

Antecedentes hereditarios sin importancia.

Como antecedentes personales no acusa sino metrorragias sufridas desde la edad de 20 años.

La enfermedad actual le principió hace cuatro años por dolores de estómago, náuseas y vómitos frecuentes. Estos fenómenos déspepticos fueron bien pronto acompañados de cefalalgias, sensación de calor en las manos, sobre todo en la región palmar; dolores en la región pelviana y muy particularmente a la altura de la fosa iliaca derecha. Desde entonces la enferma observó un abultamiento en el bajo vientre y notó, no sin sorpresa, que la ropa no le servía por estrecha. Este abultamiento fue desarrollándose progresivamente hasta ocupar la mayor parte de la cavidad abdominal en el curso de 22 meses. Pero al mismo tiempo que el tumor aumentaba de volumen, el apetito disminuía y los fenómenos de compresión se acentuaban trayendo la dilatación de las venas del abdomen, el edema de los miembros inferiores, retención de orina, dificultad para la micción y dolores neurálgicos en las piernas.

Tanto la falta de alimentación, por pérdida del apetito y vómitos, como también las metrorragias, trajeron la impotencia de la enferma, quien está reducida a cama hace 26 meses. Debemos advertir que las metrorragias cesaron hace tres meses, pero de entonces a hoy 1º. de octubre de 1922, sufre de

epístaxis abundantes en las épocas menstruales y brotes de purpura.

Al examinar la enferma encontramos;

Aparato respiratorio. – Normal. El volumen del tumor produce muy a menudo crisis de dispnea, especialmente por las noches.

Aparato circulatorio. – Corazón ligeramente dilatado. Várices en las venas de los miembros inferiores y de las paredes abdominales.

Aparato digestivo. – Diarreas frecuentes seguidas a menudo de periodos de constipación.

Del lado del aparato locomotor se encuentran atrofas musculares generalizadas.

Al inspeccionar esta enferma llama inmediatamente la atención el enorme volumen del abdomen, que contrasta con el enflaquecimiento de todo el cuerpo. Se encuentra semisentada en decúbito dorsal, la posición menos incómoda para ella; el aspecto ovárico es característico; se nota dificultad en los movimientos respiratorios, hay edemas de los párpados superiores; venas voluminosas surcan el tejido celular de la región abdominal, de los muslos y de las piernas; la piel del abdomen distendida y cruzada de cicatrices que corresponden a rupturas de la dermis, peau vergeturée; ombligo completamente borrado. La medida de la cintura con una cinta métrica dio un metro veintiocho centímetros.

* Tomado del Repertorio de Medicina y Cirugía, volumen XIV N° 4 de enero de 1923.

Por la palpación se nota que el tumor tiene una consistencia uniformemente renitente; que es lobulado y que goza de cierta movilidad. La percusión da por todas partes un sonido mate, y por ninguna se encuentra la sonoridad correspondiente a las asas intestinales. No se pudo practicar el tacto vaginal por que el orificio de la membrana del himen era tan estrecho que no permitía el paso del dedo índice.

Por todos los sistemas enumerados diagnosticamos un quiste del ovario y propusimos a la enferma una intervención quirúrgica como único recurso, la que aceptó a pesar de enumerarle los peligros que corría sometiéndose a ella.

El día 13 de octubre, previa anestesia clorofórmica y en compañía del hábil e inteligente colega doctor Andrés Patiño Gutiérrez, procedimos a la intervención haciendo una laparotomía mediana, cuya incisión se extendía desde la región epigástrica hasta dos dedos encima del borde superior del pubis. Una vez abierta la cavidad abdominal salió una pequeña cantidad de líquido ascítico y el tumor trataba de venirse al exterior casi espontáneamente. Se practicó en pleno quiste una punción con un trocar, pero ésta como otras que se habían practicado antes de la intervención, resultó negativa. Hasta aquí el estado de la enferma durante la anestesia fue más bien alarmante, debido quizá a la posición inclinada de Trendelenburg que dificultaba la respiración produciendo fenómenos asfíxicos.

Una vez extraído el tumor, para lo cual hubo necesidad de seccionar algunas adherencias contraídas con el intestino delgado, el colon iliopelviaco, el ciego y el apéndice; como también separarlo de la matriz, a la cual estaba unido por la trompa derecha y por otras múltiples adherencias que hicieron indispensable practicar una histerectomía subtotal conservando solamente el ovario izquierdo la enferma continuó respirando bien y entonces pudimos observar mejor que los anexos del lado izquierdo habían sufrido una degeneración

escleroquística, mas por no alargar la intervención resolvimos ligar, peritonizar y cerrar la cavidad sin dejar dren.

Acto continuo, la operada cubierta de sudores y con un pulso casi imperceptible, recibió inyecciones de esparteína, cafeína, aceite alcanforado y suero de Hayem.

El quiste se componía de tres enormes lóbulos; se sacó entero y pesó 55 libras. Al abrirlo no contenía líquido en abundancia sino que estaba constituido en su mayor parte por pequeñas cavidades análogas a las de una esponja y llenas de una sustancia de naturaleza coloide.

Hasta el 17 de octubre el pulso y el estado general de la enferma parecían mejorar momento por momento. La noche de este día Pastora se quejaba de dolores en la herida, y el 18 por la mañana el termómetro señaló una elevación de temperatura de 38°. Quitamos la curación y pudimos comprobar que la reacción febril era debida a la supuración de los puntos más inferiores, por lo que nos vimos en el caso de quitar dos para dar salida a la colección purulenta, drenar con gasa y esperar la cicatrización por segunda intención, la que se obtuvo de una manera completa y definitiva el día 30 de octubre.

El 4 de noviembre, cuando nuestra operada ya ensayaba a caminar nuevamente, sobrevino una diarrea que tratamos como una enteritis banal pero sin resultado alguno. Procedimos al examen microscópico de las deposiciones y como este revelara la presencia de numerosos huevos de tricocéfalos, ascárides y uncinarias, administramos una pequeña dosis de quenopodio que puso fin a dicha diarrea con la expulsión de los parásitos.

El 22 de noviembre la enferma salió del Hospital perfectamente curada, como puede verse en las fotografías que acompañan esta historia.

COMENTARIO

Edgar Acuña Osorio*

Otto Gabriel Monzón**

El artículo publicado en la revista **Repertorio** en 1923, permite inferir varios aspectos. Es marcada la diferencia entre la medicina de la época y la actual, sin entrar en la polémica cuál realizaría mejor práctica, pero podemos observar la importancia que tenía en ese tiempo la semiología, en donde la anamnesis, inspección, palpación, percusión y auscultación eran las herramientas básicas para los galenos y constituían el primer acto médico para el diagnóstico. Son historias clínicas dedicadas a describir el paciente hasta el mínimo detalle, logrando así un acercamiento a la patología y las condiciones asociadas. No en vano Ferdinand de Saussure la concibió como «la ciencia que estudia la vida de los signos en el seno de la vida social».

Ahora bien, debemos tener en cuenta que no se disponía de los avances tecnológicos actuales que a su vez tienen sus pro y contras. Hay menos énfasis en la semiología del paciente sin querer decir que es ahora menos importante, se pasan por alto pequeños detalles evidentes en el paciente que nos aportan gran información sobre el proceso de la enfermedad.

Al contar con ayudas diagnósticas podemos caracterizar mejor la patología de la paciente, en este caso en

particular se podría tener con anterioridad al procedimiento quirúrgico las características de la masa en cuanto a multilobulación, diámetro y estructuras o tejidos comprometidos, con el fin de formular un plan quirúrgico sobre la vía de abordaje, la técnica quirúrgica y el procedimiento a realizar, a su vez con la ayuda de estudios serológicos especiales como los marcadores tumorales y su adecuada interpretación, integrando el proceso clínico, serológico e imagenológico para acercarnos a las características histológicas de la masa.

En esta paciente y por lo que se reporta en la historia clínica se trata de un tumor de ovario de tipo epitelial con subtipo mucinoso, lo cual concuerda con la edad de presentación, el tiempo de crecimiento del tumor, tamaño del mismo y las características macroscópicas intraquirúrgicas. Hoy contamos con estudio histopatológico por congelación que nos da una idea preliminar sobre la histología de la masa, para así tomar una adecuada decisión quirúrgica. En este caso, por la característica mucinosa del tumor y ante la posibilidad de malignidad, es importante realizar una cirugía clasificatoria con histerectomía abdominal total, salpingooforectomía bilateral, omentectomía, apendicectomía y linfadenectomía pélvica.

En conclusión, no debemos entrar en la polémica de cuál es la mejor práctica médica, es más importante tener presente que siempre ante un paciente se ponen en juego una serie de variantes clínicas, serológicas e imagenológicas que con una adecuada integración de las mismas podemos llegar a un diagnóstico preciso en un alto porcentaje.

* Ginecólogo y Obstetra, Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital de San José, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá DC. Colombia.

** Ginecólogo y obstetra. Ginecólogo oncólogo. Hospital de San José, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá DC. Colombia.