

HEMOPERITONEO POR RUPTURA DE QUISTE DEL CUERPO AMARILLO

DR. CARLOS FITZGERALD (*)

EL hemoperitoneum o sea la inundación de la cavidad peritoneal proveniente de la ruptura de un cuerpo amarillo —quístico o no— no es una condición tan rara como podría suponerse aunque el número de casos publicados es relativamente pequeño y muchos más raros son aún los casos en que preoperatoriamente se hizo el diagnóstico, pues en la gran mayoría de ellos el diagnóstico previo fué de apendicitis aguda, embarazo tubario, salpingitis aguda, y esto posiblemente es consecuencia de la falta de apreciación de esta entidad clínica pues mientras la ruptura foliáar, el mittelschmerz de los alemanes, es bien reconocido parece que la ruptura del cuerpo amarillo es rara vez considerada como una posibilidad.

El haber tenido en el Servicio de Ginecología del Hospital Obrero un caso de los que nos ocupamos —por otra parte el único durante todo el tiempo de funcionamiento del Hospital desde su inauguración— nos ha alentado a presentar el presente estudio.

Fué Morton quien en 1931 publicó 26 casos de ruptura de cuerpo amarillo encontrando que en todos el diagnóstico preoperatorio fué erróneo al igual que en 11 casos publicados en 1936 por Kretschmar y Arnel!

En 1937 Israel publicó diez casos en idéntica condición. En 1947 Pekman publicó 15 casos similares y Weil en 1939 informó de 12 casos en los que tampoco hubo diagnóstico correcto preoperatorio.

Solo en 1951 en un trabajo que cubre un período de seis años publicados por los Dres. Taniguchi y Kilkenny de Milwaukee comprendiendo 19 casos, el diagnóstico preoperatorio se hizo en uno y —ahí está la enseñanza— el registrado fué hecho por un médico que habiendo visto antes un caso similar, lo tuvo en mente en la nueva oportunidad. En todos estos pacientes la lesión fué confirmada por el examen microscópico.

En 1952 Pugh y Lenn de la Universidad de Louisville informaron por primera vez en la literatura de un caso de ruptura de quiste del cuerpo amarillo como complicación de una histerectomía vaginal, complicación ésta que sirve para insistir sobre la necesidad del examen visual directo de los anexos en los casos de histerectomía vaginal y por supuesto la conveniencia de resear el quiste durante la operación, caso de existir.

En 1942, Israel del Dpto. de Ginecología de la Universidad de Pensilvania presentó, acompañado de casos, un estudio sobre la similaridad sintomática de la presencia del quiste del cuerpo amarillo y la del embarazo ectópico al igual que la de la ruptura del quiste indicado con la ruptura tubaria.

(*) Jefe del Servicio de Ginecología del Hospital Obrero de Lima.

King and Hawes en 1936 informaron del caso de ruptura de un quiste luteínico en una niña de 12 años, al año de su catamenia, y Foisie el caso de ruptura igual con gran hemorragia así mismo en una niña de 12 años, al mes de establecerse la menarquia.

Como manifestábamos al comienzo, en el tiempo trascurrido desde la apertura del Hospital Obrero, éste es el primer caso registrado que, como la gran mayoría fué diagnosticado en forma exacta solo durante la intervención.

Asegurada A. M. T. de 22 años de edad, mestiza, inicia su enfermedad en forma violenta, estando previamente en buenas condiciones de salud, a las 8 a.m. —después de su habitual desayuno— con un dolor intenso de tipo punzada, continuo, localizado en la fosa iliaca derecha, irradiado al hipocondrio derecho y a ambas regiones lumbares, acompañado de nauseas, primero, y vómitos, después, junto con calosfríos y fiebre moderada. El dolor continuó más

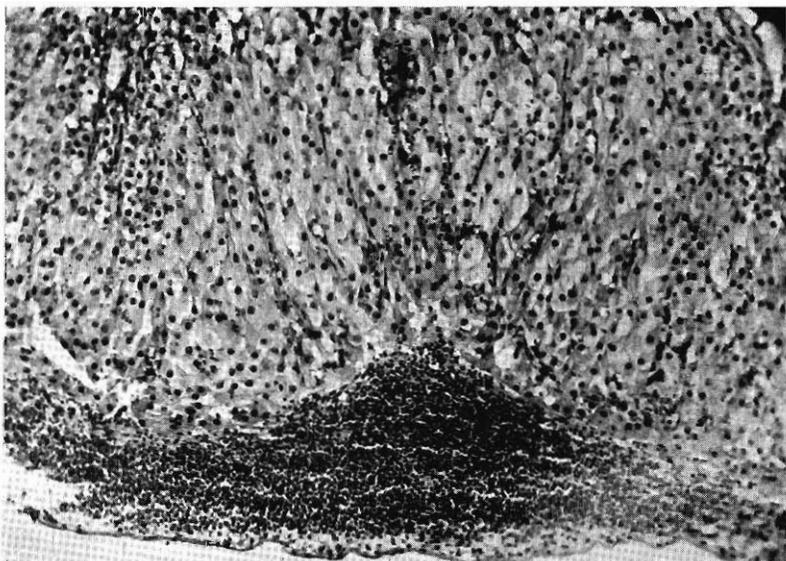


Quiste luteínico —menor aumento—. Puede apreciarse la infiltración hemorrágica, las células luteínicas a la vez que la sangre derramada en la cavidad que tiene dos ángulos adheridos a la pared quística.

o menos igual hasta la 1.30 p.m. del mismo día en que se traslada al Hospital Obrero de esta ciudad. Examinada por los médicos de guardia fué hospitalizada ordenándose estricta vigilancia y tratamiento sintomático y general adecuado. A las 10 p.m. del mismo día el médico nuevamente ve a la enferma encontrando ahora el dolor más acentuado en el hipocondrio derecho y el pulso rápido. Un hemograma de urgencia reveló 3,500.000 hematíes y 14,000 leucocitos con 92% polinucleares y 60% de hemoglobina; hay ligera anisocitosis. Un nuevo examen de control a las 2 a.m. no revela cambio. A las 9

a.m. del día siguiente la condición general de la paciente ha empeorado. Se solicita una consulta al Servicio de Ginecología.

Al examen encontramos a la paciente en decúbito dorsal, con expresión facial de dolor, piel y mucosas pálidas; la cara cubierta de sudor frío. Lengua seca; pulso frecuente 110 al minuto; presión arterial Mx. 90 y mínima 60; tonos cardíacos algo apagados. El aparato respiratorio normal excepto moderada taquipnea. El abdomen revela una contractura generalizada exacerbada por la palpación que acusa dolor difuso. Sin embargo este parece más intenso ahora en la fosa iliaca derecha. A veces no obstante el abdomen se hace depresible. Macidez a la percusión en ambas fosas iliacas. No se palpan masas tumorales. El examen ginecológico: genitales externos de normal conformación con introitus nulíparo; rectocele y cistocele negativos al igual que las glándulas de Bartolino y Skene. Flujo vaginal mucoso, escaso. El examen



Quiste luteínico hemorrágico —a mayor aumento—. Una zona de la anterior microfotografía. Obsérvese el aspecto característico de las células luteínicas, el infiltrado sanguíneo de las mismas y una porción del hematoma del quiste adherido a las mismas.

de los genitales internos nos indican un cérvix pequeño, cónico, nulíparo, de buena posición, consistencia y movilidad. El cuerpo uterino difícil de examinar por la contractura abdominal generalizada no revela aumento ostensible; es duro, movable, indoloro, de forma y posición normales. Anexos no palpables pero dolorosos especialmente el izquierdo que aparece demasiado sensible. Tanto los fondo de saco vaginales laterales como el posterior se encuentran abombados, renitentes por la presencia de líquido libre al parecer en la cavidad pelviperitoneal. El examen rectal confirma estos hallazgos.

En cuanto a los antecedentes familiares sin importancia. Respecto a los personales patológicos siempre ha gozado de buena salud excepto en determinada época que fué tratada ambulatoriamente por proceso hepático. En cuanto a los antecedentes ginecológicos solo se encuentra oligomenorrea c/d. 3-4 meses desde su menarquia que fué a los 16 años —actualmente tiene 18— con una duración del período de 2 a 3 días, pérdida sanguínea moderada no presentando el flujo sanguíneo nada especial. Su última menstruación fué 33 días antes de hospitalizarse y la penúltima 3 meses previos a esa fecha. Los exámenes de Laboratorio preoperatorios, excepto el hemograma ya indicado, no aportaban mayores datos.

Los antecedentes del proceso, la evolución desde su ingreso al Hospital y los hallazgos del examen inclinaron el diagnóstico en el sentido de hemorragia interna —intra-peritoneal— por posible ruptura de la trompa debido a embarazo tubario. Dadas las condiciones de la paciente se procedió —previa preparación del caso tanto general como local— la intervención que se realizó con el carácter de urgencia, al día siguiente de su ingreso al Hospital. Del informe operatorio sacamos los siguientes datos: Diagnóstico preoperatorio: ruptura de la trompa por embarazo tubario. Diagnóstico post operatorio: ruptura de quiste del cuerpo amarillo del ovario izquierdo con inundación peritoneal consiguiente. Hallazgos: abierta la cavidad peritoneal se encuentra ésta llena de sangre con abundantes coagulos; útero, normal; ambas trompas intactas; ovario derecho normal. En el ovario izquierdo se encuentra el origen de la hemorragia peritoneal: un quiste del cuerpo amarillo roto en gran extensión. Apéndice normal. Operación: incisión media subumbilical; apertura de la cavidad; exploración. Resección parcial del ovario izquierdo dejando más o menos, una tercera parte de él. Hemostasia mediante sutura al surgent con catgut crómico O. Cierre de la cavidad sin drenaje y reconstitución de la pared en tres planos sin drenaje del tejido celular subcutáneo. “El post-operatorio se hace sin eventualidades y la recuperación fué rápida. La pieza fué enviada al Laboratorio para su examen consiguiente. El certificado del mismo N° 51918 indica “Trozo de ovario Resultado: quiste luteínico”.

Sea que el quiste del cuerpo amarillo se considere, como lo piensa Novak, resultado de una actividad fisiológica pervertida ya “que es posible que la distensión cística del cuerpo amarillo por una razón aún desconocida sea tan grande como para interferir con la involución normal dando por resultado cuerpos amarillos persistentes”, sea que él se considere, como piensa la escuela de Wagner, como resulttado de una función hiperpituitárica, y, por lo tanto, de una excesiva producción de gonadotropina hipofisaria, no se puede menos de pensar, sobre la base de hallazgos patológicos y de datos clínicos, que tales quistes representan una retrogresión anormal de la etapa luteínica asociada con una excesiva excreción de gonadotropina pituitárica. Ellos en realidad representan meramente la persistente sombra o rezago de un cuerpo antiguo amarillo cuyos caracteres están más o menos borrados, según el tiempo trascurrido.

Ahora mientras la ruptura de un folículo grafiano es un proceso normal la ruptura del cuerpo amarillo —quístico o no— es un proceso patológico que generalmente va acompañado de activa hemorragia. Factor predisponente como causa de la ruptura indudablemente que es un hematoma o un quiste en el cuerpo amarillo pero el factor que lo desencadena es difícil de evaluar. Se sabe que la ruptura puede ocurrir durante el sueño, durante el coito, la actividad diurna, un traumatismo abdominal y aún durante un examen pelviano. Taniguchi en 19 casos registrados, informa de la ruptura durante el sueño en 4, durante el coito en 1 y el resto en 14. Cualquiera que sea el factor desencadenante, un exceso de presión sanguínea local y tal vez una alteración de los capilares locales parecen ser el factor fundamental en la producción de estas hemorragias.

Posiblemente la formación de hematomas del cuerpo amarillo ocurre con más frecuencia de lo que se cree. En la mayoría de los casos indudablemente sufren reabsorción sin que haya habido manifestaciones clínicas. Pocos irán a la ruptura. Y aún en la ruptura, si ésta es corta y de poca duración, la hemorragia puede pasar inadvertida. Algo más, con una hemorragia moderadamente severa, ésta puede cesar espontáneamente y la recuperación tener lugar sin que haya habido necesidad de una intervención operatoria. Desgraciadamente el porcentaje de estos casos es desconocido pues sin exploración quirúrgica el diagnóstico es materia de conjetura. Taniguchi en su informe refiere algunos casos en los que ya la hemorragia había cesado en el momento de la laparatomía.

La ruptura del cuerpo amarillo se produce en cualquier momento de la época sexual de la mujer. Ya hemos mencionado algunos casos en que tuvo lugar casi inmediatamente después de establecida la menarquia. Ello nos induce a pensar siempre esta posibilidad inmediatamente después de la menarquia ante el cuadro de todo abdomen agudo. El cuerpo amarillo —y esto es característico— se rompe en la segunda mitad del ciclo menstrual mientras que el folículo grafiano lo hace durante el intervalo medio. Las investigaciones pertinentes revelaron que la hemorragia intraperitoneal es más frecuente, tratándose de los primeros, en el lado derecho que en el izquierdo sin que hasta ahora se haya logrado explicar la causa. De los 19 casos de Taniguchi, 14 fueron en el lado derecho.

En cuanto a la sintomatología no hay nada característico o, propio de este síndrome y de ahí la dificultad diagnóstica preoperatoria a menos que se le tenga en mente. Sin embargo lo más saltante de este cuadro es su comienzo brusco. En cuanto a los síntomas varían de acuerdo con la cantidad y rapidez de la sangre perdida. No obstante rara vez la pérdida sanguínea es tanta como para determinar shock y hasta ahora no se ha registrado casos de muerte por esta causa. Sólo cuando la cantidad de sangre es suficiente para provocar irritación peritoneal es que aparecen signos y síntomas llamativos. La defensa de la pared en el bajo vientre es naturalmente más acentuada en el lado de la ruptura aunque en la práctica ello a veces es difícil de apreciar. El espasmo

muscular rara vez es severo; el dolor unas veces aparece súbitamente; otras se va instalando paulatinamente y por crisis como en el caso nuestro. A veces tiene irradiaciones al hombro. En nuestro caso lo llamativo es que el dolor espontáneo fué mayor en el lado derecho pero al examen, mayor dolorabilidad se producía en el izquierdo que era el lado de la ruptura. Puede presentarse náuseas y vómitos aunque habitualmente están ausentes. En 19 casos estudiados por el autor antes mencionado, sólo se presentó en 2. Pocos presentan deseos vehemente de defecar u orinar. En contraste con lo que sucede con la peritonitis aguda, los sonidos peristálticos se oyen perfectamente en este síndrome.

A la palpación generalmente se encuentran ambos fondos de saco vaginales y también el Douglas abombados por la presencia de una masa líquida. La sensibilidad anexial es más acentuada en el lado de la ruptura. El hematoma ovárico algunas veces puede palparse como una masa blanda, sensible, etc. La temperatura normal o ligeramente elevada. Puede igualmente existir una leucocitosis moderada y en cuanto a la anemia y grado de ella depende de la cantidad y duración de la hemorragia.

En resumen, no hay signos ni síntomas característicos de esta entidad y de ahí que la mayoría de los casos van a la mesa de operaciones con el diagnóstico previo de ruptura tubaria, aborto tubario, apendicitis aguda, salpingitis ídem. Sólo si se tiene en mente esta entidad en los casos de abdomen agudo es posible hacer diagnóstico preoperatorio tal como, por ejemplo, ha acontecido en una investigación al respecto realizada por Hoyt y Meiggs en el Hospital General de Massachusetts que de 58 casos de ruptura ovárica (foliculares y luteínicas) fueron diagnosticados 17 en forma correcta preoperatoriamente. Sin embargo el comienzo brusco, los signos de hemorragia intraperitoneal en la 2ª parte del ciclo menstrual de la mujer en la época de la vida sexual debe hacer siempre sospechar esta posibilidad y más aún si faltan antecedentes maritales. No obstante repetimos la diferenciación es difícil.

En cuanto al pronóstico depende de la oportunidad de la intervención. No se ha registrado hasta ahora muertes por este accidente.

En cuanto al tratamiento es quirúrgico ya que la falta de signos y síntomas propios, aún en el caso de hemorragia pequeña y de espontánea detención, la posibilidad de tratarse de otras afecciones, hacen de la intervención un imperativo. Ella puede en algunos casos —y esto debe procurarse en los más— limitarse al vaciamiento del hematoma y sutura del ovario. En otros, habrá que efectuar resecciones parciales del ovario y aún la ooforectomía de acuerdo con la condición del ovario afectado. No debe perderse tampoco el hecho de la coexistencia con otras lesiones y completar la intervención de acuerdo a las circunstancias.

SUMMARY

It has been presented one case of spontaneous rupture of the Corpus Luteum with a review of the literature.

BIBLIOGRAFIA

- P. C. Morton.— *New York J. Med.*— 32 -197 -1932.
L. S. Israel.— *Am. J. of Obst. & Gyn.*— 33: 308 - 1937.
J. Peokman.— *Pennsylvania Med. J.*— 50: 1161 - 1947.
T. Taniguchi y S. Kilkenny.— *J. A. M. A.*— 147: 1420 - 1951.
L. Israel y T. Weil.— *Am. J. of Obst. & Gyn.*—25: 150 - 1933.
G. King y C. Hawes.— *New England J. Med.*— 215: 576 - 1936.
P. S. Foisie.— *New England J. Med.*— 227: 45 - 1942.
Te Linde.— *Am. J. of Obst. & Gyn.*— 39: 733 - 1940.
Emil Novak.— *Gynecological and Obstetrical Pathology.*— 1940 - W. B. Saunders Co.