

INUNDACIÓN PERITONEAL CRÓNICA

E. M. de 23 años, soltera, de oficios domésticos, nacida en Nacaome, vedna de Amapala, ingresa a La Policlínica el 19 de Octubre próximo pasado, quejándose de un enorme vientre.

Cuenta la paciente que ella está enferma desde hace 26 días; que el 4 de Septiembre sintió un dolor moderado en la fosa ilíaca izquierda y empezó a distendérsele el vientre; no tuvo temperatura, hemorragia vaginal ni síncope ni tumor. Sus reglas siempre han sido normales a excepción de las de Agosto y Julio que eran sanguasosas. Regló a los 12 años y tuvo un niño a los 16. No ha tenido nunca retardo de reglas.

A primera vista la enferma da impresión *que* ser una ascítica por el vientre tan distendido que el ombligo no se ve, por la onda característica a la percusión, por la ausencia del dolor y contractura muscular, por los fondos de saco prominentes e indoloros. El aspecto general es malo, pulso 130, débil pero rítmico y regular, temperatura 36.2. Aparatos respiratorio y circulatorio normales, lo mismo que el digestivo y sistema nervioso. Exámenes de Laboratorio mostraron:

Leucocitos.....	7.950
Eritrocitos	704.000
Hemoglobina	8%
Polinucleares neutrófilos	73%
Linfocitos	27%
Hematozooario	Negativo

Orina:

Albúmina	Trazas
Leucocitos	Abundantes
Pus	Abundante
Materias fecales ..	Negativo
Kahn	Negativo

No encontrando a qué atribuir la ascitis hice una paracentesis que dio lugar a la salida de 2.400 gramos de sangre fluida quedando en la cavidad otro tanto. Desde ese instante el diagnóstico de inundación peritoneal no se discutía de origen probable ruptura tubarica.

La intervención quirúrgica se imponía pero las condiciones eran tan ruinosas que dispuse hacer antes transfusiones. El 2 de octubre le puse 300 c. c. de sangre citratada; el 4 segunda transfusión de 300 c. c.; el 6 la paciente parecía muy mejor, los glóbulos rojos habían subido a 1.016.000 y la hemoglobina a 10% pero el 7 amaneció muy mal con fuerte dolor abdominal generalizado, vómitos, pulso 120, temperatura 38.2, tremenda debilidad, abdomen más abultado, glóbulos rojos 600.000, hemoglobina 8%.

Ante tan desesperada situación que me hizo pensar en un nuevo brote hemorrágico, con la anuencia de la familia y casi seguro de dejar la paciente muerta en la sala de operaciones, resolví jugar el todo por el todo e intervine.

Una laparotomía media inferior me condujo, previa salida de enorme cantidad de sangre, a una trompa izquierda rota y san-

grante que extirpé entre pinzas y a un feto como de 3 meses nadando entre las azas intestinales al lado derecho.

Ligadura al catgut del ligamento tubo-ovárico, aspiración de la sangre, colocación de un cigarrillo en el Douglas y sutura de la pared a puntos totales; tal fue la intervención que duró 15 minutos con anestesia al éter.

Inmediatamente, en la misma mesa transfusión de 300 c. c. después un litro de suero glucosado subcutáneo y Murphy en permanencia.

El 8 la enferma amanece con 37, pulso 84 después de pasar una magnífica noche gracias a la morfina. Por la tarde, temperatura 37.7, pulso 90.

El 9 cuarta transfusión de 300 c. c.

El 10 y el 11 pasó bien, pero el 12 la temperatura subió a 39.4 y el pulso a 120 lo que atribuí a mal drenaje; hice una colpotomía que dio salida a unos 200 gramos de sangre fétida y viscosa, dejé un drenaje y la mejoría se manifestó inmediatamente; la temperatura osciló por varios días entre 37 y 38 y el pulso entre 80 y 100, saliendo curada el 20 de octubre con 35% de Hemoglobina y 2.400.000 glóbulos rojos.

C O M E N T A R I O

Confieso sinceramente que al primer examen de E. C. no tuve la menor sospecha de encontrarme en presencia de una inundación peritoneal por ruptura tubárica; sólo pensé en ascitis probablemente de origen tuberculosa. La miserable historia de la

enfermedad tan vaga probablemente por el deplorable estado mental no me dio ningún dato interesante. Solo la paracentesis dio luz clarísima al grado de no sospechar ninguna de las múltiples causas capaces de producir hemorragias de la cavidad abdominal como no fuera la ruptura tubárica por aborto.

Podría tal vez recriminárseme el no haber intervenido tan luego como hice el diagnóstico, pero me excusa el tremendo mal estado general y el débilísimo porcentaje de hemoglobina; esperé de las transfusiones una mejoría notable como en efecto sucedió, pero por un tiempo muy corto —4 días—. Al ver el rumbo fatal de la enfermedad por repetición de la hemorragia no cabía más que arriesgarse a todo con un porcentaje adverso tan vasto que casi me desarmaba. Felizmente el éxito coronó la audacia; la juventud, las transfusiones postoperatorias y la rapidez de la intervención hicieron el milagro.

Son tantas las modalidades en que se presenta la ruptura tubárica por embarazo que me reservo para fecha ulterior hacer un estudio clínico y operatorio dilatado basándome en una experiencia de muchos años y de numerosos casos.

Explico por qué me pareció adecuado el título de inundación peritoneal crónica: 26 días en su casa y siete en la clínica la paciente E. C. estuvo sangrando continuamente o con intermitencias más o menos espaciadas al grado de perder quizás 5 litros de sangre, extraídos la mitad por la punción y la otra por laparosa-