

Apendicitis y quiste torcido del ovario em una embarazada de cinco meses

pelos Drs. Manoel Rodrigues Lopes e Juan Malet, da 1.^a Clinica Obstateica da Faculdade de Medicina de Montevideo.

I - DISCRIPCION CLINICA

Dar publicación a una observación clinica, por modesta que ella sea, cual tudo la lleva solamente el fin de llamar la atención sobre hechos que pueden servir luego para despistar en clinica o pensar en complicaciones análogas, es obra siempre de indicutible valor. Es ésta el fin que nos lleva a publicar nuestros trabajos sobre estes cuadros agudos que, asociados, vienen a complicar el embarazo en el curso del quinto mes de la enferma considerada. Las publicaciones que se han hecho sobre estos separadamente, si bien no son muy frecuentes, no dejan sin embargos de presentarse en la clinica. Sobre este mismo tópicó se han publirado y se han expuesto perfectamente casos similares, per lo que no tiene más pretension esta anotación clinica que contribuir a enriquecer más las observaciones en este capitulo tan interesante de la ginecologia.

Los cuadros apendiculares, complicando o apareciendo en el curso de la gestación, son vistos con relativa frecuencia, y hoy la literatura médica está enriquecida con observaciones que han dado lugar a trabajos altamente interesantes. Lo mismo podemos decir de los quistos torcidos de ovarios, que a pensar de su menor

frecuencia no por eso dejan de verse, complicando a veces la gravidez. Lo que tiene de interesante nuestro caso clínico es la asociación de estos dos cuadros agudos de vientre: apendicitis aguda, por un lado, y torsión de un quiste ovárico derecho; sorprendente asociación, que llama la atención por lo interesante del caso y por la imposibilidad de llegar a un diagnóstico clínico, puesto que la semiología clínica del uno enmascara completamente la semiología clínica del otro. Tal fué nuestro caso, en que según veremos en la descripción clínica del mismo, el diagnóstico fué completado en el acto operatorio.

OBSERVACION CLINICA — Dora L. de E. Ingresa a nuestra clínica el 8 de Febrero del año 1928 con 38,5 gráos de temperatura; pulso, 114; lengua seca y saburral.

INTERROGATORIO — Antecedentes hereditarios y personales carecen de importancia. Interrogada sobre su afección, nos dice que hace cinco meses le faltan sus menstruaciones, que siempre habían sido regulares. Hace cinco días sintió un fuerte dolor en la fosa derecha, acompañado de vómitos y náuseas que todavía persisten.

SEMIOLOGIA — Por la inspección se nota una tumoración abdominal baja, a convexidad superior y realzada en este caso debido a la delgadez de las paredes abdominales. Inmovilidad respiratoria abdominal completa.

Por la palpación se sacan pocos datos, debido a la exagerada contractura de defensa de la pared abdominal. Vientre muy doloroso espontáneamente, con un máximo de dolor en la fosa iliaca derecha, donde la presión encuentra un punto de exquisito dolor, cuya localización corresponde al Mac Burney. Dolor que aparece también a la decompresión.

Por el tacto se encuentra cuello reblandecido, útero aumentado pero imposible de limitar completamente a la palpación; debido a la defensa abdominal; fondo de saco derecho doloroso y al parecer ocupado.

Por el conjunto de datos clínicos que recogimos del examen semiológico y junto a los antecedentes de debut brusco, estado febril, dolor exquisito en la fosa iliaca derecha (Mac Burney), constipación, vómitos, etc., dan a este cuadro agudo de vientre la fisonomía clínica de un síndrome apendicular, desprendiéndose de éste el diagnóstico de apendicitis aguda.

Ordenamos bolsa de hielo, tonificación y una leucocitosis; mientras inyectamos suero fisiológico. La leucocitosis, cuyo resultado nos es dado en seguida, da: 22.800 glóbulos blancos por milímetro cúbico. Es en estas condiciones que, al hacerme cargo de la guardia como médico interno, veo a la enferma, ordenando la operación, después de haber examinado y constatado los mismos síntomas y haciendo el mismo diagnóstico clínico: — apendicitis aguda.

INTERVENCION OPERATORIA — Anestesia general al éter. Ayudado por la Dra. Ema E. Tiribocchi, hago una incisión de Mac Burney; abiertos los distintos planos he incidido el peritoneo; caemos a la cavidad abdominal, donde por la simple inspección constatamos una masa redondeada equimótica con la característica de los quistes de ovario torcidos, con hemorragia intraquistica. Agrandamos un poco la incisión, lo suficiente para dar paso a la mano, y comprobamos que se trata de un quiste de ovario del tamaño de una cabeza de adulto, completamente libre, sin adherencias. En vista de lo cual resolvemos extirparlo, para lo cual con un trocar lo puncionamos, y luego, después de estar flácido debido a su parcial vaciamiento, lo exteriorizamos, ligando su pedículo (el cual tenía tres vueltas de torsión), extirpándolo.

Explorando nuevamente la fosa iliaca derecha, asiento central de la sintomatología, nos encontramos con un apéndice duro, turgente e intensamente congestionado, índice de un proceso apendicular agudo, que daba la completa comprobación a nuestro diagnóstico. Lo extirpa-

mos, luego de lo cual, observando nuevamente el vientre, comprobamos un utero grávido de cinco meses. Estando las cosas en perfecto estado, cerramos el vientre en tres planos, teniendo la enferma un excelente post-operatorio, dándosele de alta a los nueve días, continuando normalmente su embarazo.

En resumen, tenemos que el acto operatorio agrega a nuestro diagnóstico clínico de apendicitis aguda, el de quiste torcido del ovario; de manera que el diagnóstico es de: apendicitis aguda y quiste torcido de ovario en una embarazada de cinco meses.

CONSIDERACIONES Y REFLEXIONES QUE NOS SUGIERE EL PRESENTE CASO — Es indudable que nuestra observación tiene un interés clínico de alto valor debido a esta rara asociación de dos procesos agudos de de vientre que se superponen, ocultándose el uno tras la sintomatología del otro. Frente a un caso similar, en que la semejanza del cuadro clínico de los dos procesos hace imposible el diagnóstico diferencial de ambos y el de su superposición, en que la contractura de la pared abdominal y del contenido del utero grávido de cinco meses en la cavidad abdominal hacen imposible el diagnóstico clínico exacto, — el clínico hace y hará siempre el diagnóstico de apendicitis, siendo imposible establecer la concomitancia con el de quiste torcido de ovario, pues — vuelvo a repetirlo — la sintomatología física lo mismo que la funcional, se enmascara completamente, según lo hemos visto en los datos que hemos expuesto.

Otro punto interesante e imposible de diagnosticar con certeza, siendo hipotéticas todas las conclusiones que pudiéramos sacar al efecto, será a saber si estos cuadros agudos de vientre, que en nuestro caso se superpusieron, han tenido un comienzo simultáneo e, como es más factible presumir, han nacido uno con anterioridad al otro, y a cual, en este último caso, le corresponde la

prioridad en la sintomatología que caracterizó nuestra observación, y que independientemente cada uno de ellos podía por si solo haberla dado por separado. Agregamos a esta dificultad todavía el haber visto a la enferma un largo tiempo después de haber hecho su aparición el cuadro agudo.

Es indudable que si hubiéramos tomado a la enferma en el comienzo de su afección, cuando la pared abdominal no hubiera estado contracturada, nos hubiera permitido, por el tacto vaginal combinado, la percepción clara del quiste ovárico, a pesar de que el cuerpo uterino grávido, interpuesto entre los dedos exploradores, hubiera dificultado en parte también este diagnóstico.

Interesante también resulta, como digno de anotarse y hacer resaltar en el acto operatorio, es que: una vez hecho el diagnóstico y verificada la libertad del quiste, la punción, evacuando parcialmente su contenido, nos facilitó su exteriorización, por lo que, junto a su localización derecha, fué fácil extirparlo por la misma incisión apendicular, evitando la malaxación uterina, que hubiera traído la interrupción del embarazo, provocado el aborto. Interesante resulta, pues, y es justo hacerlo remarcar, que por la incisión de Mac-Burney, de unos ocho centímetros, cuyo fin clínico era hacer la extirpación del apéndice en el acto operatorio, nos fué posible extirpar, por la feliz coincidencia de la localización derecha de la formación tumoral, un quiste torcido de ovario del tamaño de una cabeza de adulto, seguido luego por apendicectomía con conservación del embarazo y con la continuación clínica de un magnífico post-operatorio.

Passamos ahora al estudio y descripción anatómo-patológica del apéndice extirpado.

II - DESCRIPCION ANATOMO-PATOLOGICA

Dividiremos la descripción anatómo-patológica correspondiente a nuestro apéndice ya extirpado en: a) Macroscópica, y b) Microscópica.

a) *Examen macroscópico:* El apéndice media unos 11 cms., presentando un diametro algo mayor que le normal. A la observación mostraba ser un apéndice congestivo; al tacto, de consistencia dura, y al corte dada en ciertas zonas la impresion de haber tejido esclerosado. Encontramos un cálculo obstruyendo la luz del apéndice, en la mitad del mismo. La mucosa estaba congestionada, presentado en ciertas porciones manchas hemorrágicas.

b) *Observación microscópica:* 1.º *Mucosa:* a) *Epitelio:* Observado a pequeño aumento aparecen segmentos de la mucosa en que el epitelio está destruido; a gran aumento se constata: hipertrofia, correspondiente a las células epiteliaes; hipertrofia de las glandulas de Lieberkühn, rodeadas por un proceso inflamatorio donde se observa numerosas células linfocitarias y algunos mononucleares.

b) *Basal:* Normal.

c) *Corion:* Se observan los corpusculos linfoideos hipertroficados y capilares congestionados. Existe asociación corpuscular anormal, observandose además en las porciones de mucosa intercorpuscular, un proceso de infiltración, y en parte de edema ligero, con abigarramiento celular a gran predominancia linfocitaria. Se observan también, y en numero crecido, células a grueso nucleo, núcleo joven, que se tiñe intensamente por los colorantes nucleares y rodeados por un halo de protoplasma rosado. Las hay de formas ya redondeadas, ya alargadas. Son nucleos y células conjutivas, que acompañan al proceso inflamatorio. Observamos también macrófagos, como circunscribiendo los corpusculos linfocitarios, así como también leucocitos, los más neutrófilos.

En la microfotografía (Fig. N° 1, Microfotogr.) se observa: Fibrillas conjutivas; Células embrionarias, y Linfocitos numerosos.

En ciertas porciones de la mucosa se observan glóbulos rojos, pigmentos sanguineos y algunos elementos representativos de la serie blanca.

Hicimos un esquema, tal como se ve (en la Fig. N°5 dibujo), compuesto de la observación de varios campos de la mucosa, en la cual observamos (A) Monucleares; (B) Un vaso con paredes proliferantes; (C) Elementos inflamatorios de la pared vascular; (D) Linfocitos numerosos; (E) Leucocitos y en (F) vemos un capilar en el que se ve su luz ocupada por glóbulos rojos y restos de núcleos celulares.

Hemos observado también en ciertas zonas de la mucosa una mayor cantidad de núcleos y restos nucleares fagocitados, como asimismo mayor número de leucocitos. Pudimos observar también, tal como se ve (en la Fig. N° 2, Microfotogr.), haces cológenos espesos, haces conjuntivos delgados, y leucocitos con nitidos, empleando el método de Rio Hortega, Técnica general, variante a).

Pasemos a estudiar ahora la segunda capa, la muscular. Empleamos la Hematoxilina Eosina, la Hematoxilina férrica, picrofuchsin, Rio Hortega etc. En la (Fig. N° 3, Microfotogr.) pudimos observar capilares congestionados en los espacios intermiofibrilares e extrafibrilares, como asimismo células linfocitarias formando agrupaciones inflamatorias entre los haces musculares. Hemos observado también en esta capa edema y algunos haces disociados. Menor cantidad de leucocitos y pocos monucleares.

Pasemos a estudiar, por último, la subserosa y serosa.

Vemos en la (Fig. N° 4, Microfotogr.), leucocitos y linfocitos, estando estos en mayor número que normalmente. Algunos de ellos están agrupados sobre los capilares y otros esparcidos en el estroma conjuntival. Se observa también — lo que si empleando mayor aumento — leucocitos de diversas formas, a núcleo fragmentado, células fagocitarias. Restos nucleares. Se observa también numerosos mononucleares, algunos de ellos con un protoplasma debilmente teñido; en otros se observa el

núcleo solamente. Hay también células a largos prolongamientos, finos y ramificados, ocupando ora los lugares no muy irritados ya alrededor de los vasos, tomando diversa forma ya en núcleo, ya en sus prolongamientos. Estas células son para nosotros células emigrantes inflamatorias, estudiadas con diversos métodos de tinción y descritas con precisión por diversos autores.

Aquí también quisimos completar la descripción por medio de un esquema que resumiese la visión de diversos campos. Y observamos (Fig. N° 6 dibujo) lo siguiente: (A) Son células linfocitarias, que aquí (lo mismo que en Fig. N° 4, Microfotogr.) se agrupaban como formando islotes linfocitarios (B) Encontramos también alrededor de los vasos fibroblastos. (C) Se observan también mononucleares. (D) Se ven leucocitos, con diversa forma en su núcleo, bi o trilobado. (E) Mononucleares y células embrionarias, junto a una magna de sangre coagulada; dentro de este vaso se ven restos nucleares y un proceso de perivascularitis manifiesto. Y por último, (G), son los núcleos del endotelio inflamado del vaso considerado.

RESUMEN Y CONCLUSIONES CLINICAS Y ANATOMO PATOLOGICAS.

Conclusiones clinicas — Como vemos por el caso que exponemos frente a un cuadro de fosa iliaca derecha pensamos en una apendicitis, diagnostico que se imponia por los resultados del examen, pero datando el cuadro de varios dias, la defensa de la pared hace que sea imposible el diagnosticar quiste torcido del ovario. Siendo un encuentro de operación la asociación apendiculo ovárica aguda cuando el cuadro no es reciente. La intervención en nuestro caso fué hecha con el diagnostico de apendicitis aguda resolviendose el acto operatorio con una incisión de Mac Burney por la que fué posible extirpar facilmente el quiste debido a que este no era adherente.

B) *Conclusiones anatomo patológicas.* — 1º) Macroscópicamente el apéndice observado sus dimensiones algo mayor que la normal. Al tacto impressiona en ciertas porciones como tejido escleroso. Encuéntrase en la mucosa hemorragias puntiformes y un calculo obstruyendo la luz del apéndice; 2º) Microscópicamente: observamos (A) en la mucosa: Un proceso inflamatorio crónico agudizado — confluencia de los foliculos, destrucción del epitelio de revestimiento, hipertrofia glandular, y focos hemorragicos. B) En la musculosa: encontramos infiltración linfocitaria y ligero edema. (C) en la serosa: gran cantidad de linfocitos y algunos leucocitos y células reaccionales emigrantes.

Luego concluimos del examen del apéndice considerado: «Trátase de una apendicitis crónica que sufrió un nuevo empuje inflamatorio agudo».

BIBLIOGRAPHIA

- 1 Aschoff — Die Wurmfortsatzentzündung, Iena 1908.
- 2 „ — Deutsche pathol., Gellsch 1904 — 1907.
- 3 „ — Medizin Klinik — 1905.
- 4 Dieulafoy — Bull de l'Acad. de Medecine, Paris 1906.
- 5 Flesch Münch — Med. Wochensch — 1907.
- 6 Fraenüel — Deutsche Med. Wochensch, 1904.
- 7 Ghon e Nambu — Ziegler's Beito f Path. Anat. Vol. LIII, 1912.
- 8 Hausemann, Sonnemberg e Krauss — Discussione sulla patogenesi dell' appendicite (Kongress f. inn Medizin 1906.
- 9 Kretz — Verhandl d. Deutsche pathol. Gessellsch — 1906 — 1910.
- 10 Kretz — Mitteil aus de Prenzgeb, etc. — 1917.
- 11 Laewene Reinhardt — Nüch Mediz. Wochensch N.º 50 — 1920.
- 12 Kretz — Zeitsch f. Hig. Vol. XXVIII — 1907.

- 13 Oberndorfer — Ergebnisse d. Alleg Path., Vol. XXIII — 1909.
- 14 Oberndorfer — Franüf. Zeitschr f. Patholg. Vol. II — 1918.
- 15 Oberndorfer — Mediz. Klinik — 1911.
- 16 Rem. Frankf. — Zeitsch f. Patholog., Vol. XIX — 1917.
- 17 Rubesch e Sugi. — Beitrage Z Klin. Chir. — 1912.
- 18 Sonnenburg — Deutsche Med. Wochensch N.º 13 — 1912.
- 19 Sugi — Virchow's Archiv. Vol. CCX — 1912.
- 20 Watzold — Zeigler Beitr f. Pat. Anat. Vol. XLIII — 1907
- 21 Cagnetto — Virchow's Archiv. Vol. CXCVIII — 1909.
- 22 Hausemann — Verhandl d. Deutsche Patholog. Gesellsch — 1914.
- 23 reckKe Münch Med. Wochensch — 1913.
- 24 Oberndorfer — Deutsche Mediz. Wochensch — 1906.
- 25 Oppenheim Frankf — Zeitsch f. Patholog. — 1909.
- 26 Sissojeff — Virchow's Archiv. Vol. CCV — 1911.
- 27 M. M. Rougemont et M. Dechaume — Presse Medicaie 1927 pag. 273 — Torsion d'un quiste de l'ovaire droit et appendicitis.
- 28 Cazin — Appendicitis et inondation peritoneal, consecutive a un rupture de Kyste ovarique tordu — Arch,v d'obstetr;que — 1912.
- 29 Vauchert V. — Appendicitis Salpingoovaritus droite — Gaz. Med. de Picardie — 1897.
- 30 Treub. H. — Appendicitis et Parametritis — Revue de Gynecologie et de chirurgie abdominale — Pag. 263.
- 31 La torsión simultánea del apéndice y quistes del ovario derecho — (Contribuciones anatómicas y cInicas: Dr. Clivio Nario.

N. da R. — Foi prejudicada a reproducção de quatro microphotographias que acompanhavam este trabalho.