
NOTAS CLINICAS

UN QUISTE MUCOIDE DEL OVARIO DERECHO

De treinta y cuatro libras de peso, extraído con feliz éxito a una anciana de setenta años.

Por el doctor Arturo Durán D.

Historia clínica.—El día 14 de diciembre del año próximo pasado, recomendada por una distinguida dama de la sociedad, entró al servicio de mujeres, salón de caridad, a cargo del doctor Alejandro Bernal Jiménez, del Hospital San José del Líbano, Departamento del Tolima, la enferma L. S., de 70 años de edad natural de Chiquinquirá, hija de Manuel Sánchez y Joaquina Cortés.

Estado actual.—A la inspección se encuentra el siguiente cuadro: Anciana que revela unos 60 años (ella dice tener 70), enflaquecida, aún cuando no mucho, rostro pálido, ojos hundidos, boca entreabierta, respiración anhelante, permanece acostada en decúbito lateral y se mueve con dificultad. No hay edemas. Llama especialmente la atención su vientre enormemente distendido, semejante al de un embarazo gemelar; la pared abdominal muestra abundante circulación colateral y su aspecto es brillante y uniformemente tenso. El ombligo se encuentra casi borrado. La distancia del pubis al ombligo, a pesar de la distensión y quizá por ello mismo, es muchísimo menor que la de éste al apéndice xifoide.

Interrogatorio.—Antecedentes hereditarios: La madre murió de parto. Ignora si su padre vive.

Antecedentes personales.—De la edad de 15 años vino a vivir al Líbano. Recuerda que sus hermanos fueron doce pero no sabe de la vida de ellos. Casó a los 25 años y del matrimonio hubo una hija que vive en perfecto estado de salud.

Antecedentes personales patológicos.—Ha sufrido Tifoidea, Disentería, Fiebres palúdicas y algunos trastornos digestivos. Se dio cuenta por

primera vez de su enfermedad actual, hace 8 años. Por entonces principió a sentir un ligero peso en el bajo vientre y como si “una bola se moviera en el estómago”. Agrega que esta bola crecía de día en día obligándola a ensanchar sus enaguas pero sin ocasionarle dolor ni molestia de consideración que la obligara a consultar al médico. En relación con sus antecedentes genitales, cuenta haber tenido una hija hace 35 años. No ha tenido abortos. Su regla fue normal en fecha de aparición, duración y cantidad, hasta hace un 15 años, época en que empezó a notar irregularidades tanto en época de aparición, (cada dos meses) como en duración y cantidad, hasta que desapareció para no volver. Abundante flujo vaginal.

Hace unos 2 meses principió a sentir dolor en el abdomen y en las caderas, micciones frecuentes e imperiosas (polaquiuria), dificultad para caminar y especialmente para agacharse, vómitos cuando ingería alimentos sólidos, constipación (hasta 8 días sin hacer del cuerpo) y enflaquecimiento, motivos que la obligaron a pedir hospitalización.

Examen clínico.—Aparato Cardio-vascula: ni soplo, ni intermitencias en su ritmo. Ligera taquicardia. Pulso lleno, tenso y frecuente (102 pulsaciones al minuto). Arterias endurecidas.

Aparato Respiratorio: Dispnea continua (38 respiraciones) aumentadas con el esfuerzo y cambios de posición, especialmente en el decúbito dorsal. Ligera submacicéz en las bases.

Aparato Digestivo: Lengua bastante sucia, náuseas, vómito después de la ingestión de alimentos sólidos y también con los líquidos cuando los toma en abundancia; agrieras, constipación rebelde hasta cuatro y cinco días sin evacuación intestinal.

La palpación y percusión indican una masa tensa, enorme que llena toda la cavidad abdominal, empujando el hígado y el diafragma hacia arriba. Percutiendo la región hepática no se encuentra borde sonoro que indique el límite inferior del hígado. Haciendo cambiar de posición la enferma, la forma del abdomen no cambia y por todas partes la macicez es absoluta.

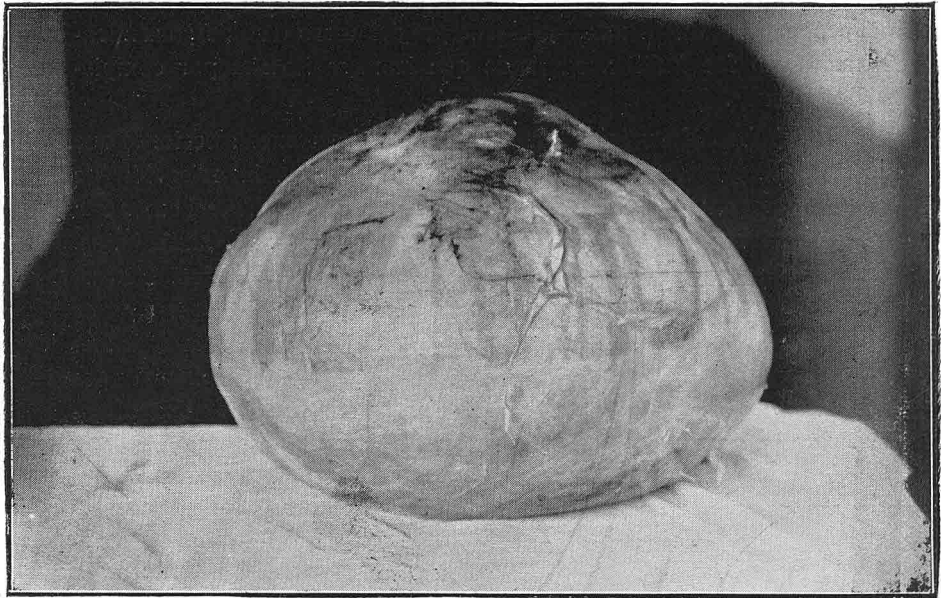
El tacto bimanual de pocos datos. El cuello uterino se encuentra desgarrado transversalmente, un poco alto y empujado a la izquierda. Los fondos de saco vaginales anterior, posterior y laterales ocupados por una masa dura de movilidad casi inapreciable e imperceptible por la mano abdominal debido a la distensión y tensión. Seguros de la valiosa importancia de este método exploratorio, tratamos de fijar la

independencia entre la masa y el cuerpo del útero o su desplazamiento; mas todo fue inútil a causa de que la masa llenaba por completo el abdomen.

Diagnóstico diferencial.—Pensamos en las frecuentes afecciones que dan lugar al desarrollo del abdomen hacia adelante. La retención de orina la descartamos por el sondeo de la enferma. Aprovechamos esta prueba para hacer un examen de la orina investigando albúmina y azúcar; ambas investigaciones nos dieron resultado negativo. Descartamos también la peritonitis tuberculosa por la ausencia de trastornos gastrointestinales, falta de temperaturas, larga evolución de la enfermedad estudiada y especialmente por los signos físicos suministrados por la percusión que nos da sonido mate en cualquier sitio del abdomen. Por la misma causa, por la falta de desalojamiento en los cambios de posición de la enferma y por la forma del vientre, descartamos la ascitis. La evolución lenta (8 años, según los datos suministrados por el interrogatorio) su origen pelviano de crecimiento hacia arriba (a diferencia de los tumores del hígado, riñones, bazo y páncreas), la edad de la enferma, su relativo buen estado general, la falta de temperaturas, la forma, tamaño y consistencia de la masa, la falta de alteraciones evidentes de las funciones genitales durante los años de actividad, nos inclinaron a hacer el diagnóstico de *Quiste del ovario*.

Fijado así nuestro diagnóstico, aconsejamos la operación. Ordenamos un purgante de Aceite de Ricino y Jarabe de Belladona 2 días antes de la intervención. El día 20 de diciembre prescribimos, a las 8 $\frac{1}{2}$ de la mañana, una ampolleta de sedol, y a las 9. a. m. hacemos trasladar la enferma a la sala de operaciones.

Acto operatorio.—Anestesia general mixta: Cloroformo y éter. Anestésista, la Reverenda Hermana Superiora del Hospital. Cirujano: doctor *Arturo Durán D.* Ayudante: doctor *Alejandro Bernal Jiménez*. Incisión mediana abdominal sobre la línea blanca pasando hacia la izquierda del ombligo, desde el borde superior del pubis hasta un centímetro por debajo del apéndice xifoide, límite del vértice del quiste. Al tratar de introducir la mano para luxar el quiste, a través de la incisión encontramos múltiples e íntimas adherencias de la pared del quiste al peritoneo parietal del abdomen, adherencias que desprendimos lenta y cuidadosamente. Encontramos también adherencias del gran epipión al vértice del quiste y tres del intestino delgado a su pared posterior; estas últimas son desprendidas cuidadosamente a la ayuda del



dedo envuelto en una compresa. Enucleado el quiste fuera de la cavidad abdominal encontramos, en su polo inferior, un pedículo ancho, o cintado, de unos 25 centímetros de ancho, formado por la trompa derecha que se extendía por la parte lateral del quiste alargada y firmemente adherida. También participaba en este pedículo el ligamento redondo y el ligamento ancho con la arteria ovárica: este pedículo fue lentamente disecado y ligado en dos porciones. Extraído en esta forma el enorme quiste, exploramos el ovario izquierdo y lo encontramos aumentado de volumen y con varios quistes pequeños en vía de crecimiento, lo que nos autorizó a extirparlo también. En vista de que las adherencias al peritoneo parietal eran muchas y de que la hemóstasis, por tal motivo, no pudo hacerse completa, determinamos dejar un dren (guante de caucho), en el borde inferior de la incisión y cerrar la pared en dos planos. Duración del acto operatorio: dos horas.

Evolución post-operatoria.—Al terminar la operación encontramos 120 pulsaciones al minuto, ligeramente hipotensas. Ordenamos 10 c. c. de aceite alcanforado, 500 de suero fisiológico y hielo a permanencia. En las horas de la tarde del mismo día encontramos: Mismo número de pulsaciones pero de mayor tensión; la enferma había des-

Revista de la Facultad de Medicina.

perado de su anestesia, su temperatura axilar de 38 con 2, su respiración más regular y su estado general satisfactorio. Al siguiente día la temperatura bajó a 36 con 8 por la mañana y 37 con 2 por la tarde, el pulso descendió a 100 al minuto, la enferma vació su vejiga espontáneamente. En las horas de la mañana se presentaron algunos vómitos biliosos. El tercero y cuarto días la temperatura permanecía por debajo de 37, y el pulso descendió a 90 pulsaciones. En el tercer día hicimos la primera curación limitándonos a cambiar el apósito colocado sobre la herida, sin tocar el dren. El quinto día se repitieron los vómitos biliosos en mayor abundancia, la temperatura subió a 37 $\frac{1}{2}$, había ligero meteorismo abdominal, el pulso se conservó en 90 y la lengua, aunque algo saburral, permanecía húmeda. Aconsejamos suspender el hielo abdominal y administrar 40 gramos de Aceite de Ricino. Al sexto día tenemos la gran noticia de un abundante funcionamiento intestinal con nuevo descenso de la temperatura por debajo de 37. En los días siguientes la temperatura permaneció, mañana y tarde, por debajo de esta cifra y el pulso bajó a 88 pulsaciones al minuto. Al séptimo día retiramos el dren de guante y lo reemplazamos por gasa. Al duodécimo día suspendemos la mecha y quitamos la mitad de los puntos de sutura de la piel; al siguiente quitamos la otra mitad, ordenamos a la enferma levantarse y le permitimos comer de todo.

El día 20 de enero de 1934, un mes después de entrada al hospital, la enferma salió en perfecto estado de salud.

Dimensiones del tumor.—Perímetro o circunferencia máxima: Un metro diez y ocho centímetros (L. m. 18 ctmrs.) Altura: Treinta y ocho centímetros (0,38 ctmrs). Ancho: Treinta y tres centímetros (0,33 ctmrs).

Peso.—Treinta y cuatro libras.

