

REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

VOL. XII

Bogotá, junio de 1944

N.º 12

EDIFICIO DE LA FACULTAD DE MEDICINA - APARTADO 400

DIRECTOR

Prof. DARIO CADENA M.

Decano de la Facultad

COMITE DE REDACCION

Prof. Luis Patiño-Camargo

Prof. Jorge Bejarano

Prof. Santiago Triana Cortés

AUSENCIA COMPLETA DE LA VAGINA, TRATADA CON AUTOTRASPLANTACION DEL INTESTINO. CURACION

HISTORIA CLINICA

Hospital de San Juan de Dios de Bogotá.

Clinica Quirúrgica.—Servicio del Profesor Manuel José Luque.

Sala Santa Helena (Mujeres). Cama N° 23.

Historia Clínica N° 64.058.

Iniciales del nombre de la enferma: M. de J. P.

Edad: 30 años.

Estado civil: soltera.

Lugar de origen: Sotaquirá (Boyacá).

Procedencia: Bogotá.

Profesión: oficios domésticos.

Fecha de entrada al Servicio: 29 de marzo de 1944.

I—CAUSA DE ENTRADA AL HOSPITAL.—La enferma llegó al Hospital por un dolor que desde hacía tres días venía sintiendo sobre la fossa ilíaca, la región lumbar y el flanco derechos, con irradiaciones poco intensas hacia el epigastrio y el muslo del mismo lado, acompañado de anorexia, náuseas, constipación, calor frío seguido de ascenso en la temperatura, sudores, cefalalgias y malestar general.

II—ANTECEDENTES FAMILIARES. — El padre murió a causa de una lesión pulmonar hace algunos años, y poco después la madre, de una afección hepática. La enferma es la hermana mayor de una familia compuesta de cuatro mujeres y un hombre; éste y dos de sus hermanas murieron de neumonía; la hermana que sobrevive, trabaja en Bogotá en oficios domésticos y, según informa la enferma, ha sufrido de síntomas apendiculares.

III—ANTECEDENTES PERSONALES. a) Patológicos. —

En la infancia tuvo viruelas, sarampión, fiebre aftosa y neumonía. Hace cuatro años sufrió una fuerte gripe, a consecuencia de la cual padeció, por espacio de un año, de ataques de disfonía al menor resfriado.

b) Traumáticos.—A la edad de 11 años sufrió un traumatismo sobre la nariz, que originó una hemorragia abundante; de vez en cuando se repiten estas hemorragias nasales, menos intensas, pero ya sin antecedente traumático.

c) Quirúrgicos.—Hace dos años acudió al Hospital con el objeto de hacerse operar una uña encarnada, la del grueso artejo del pie izquierdo, lo cual se llevó a cabo sin complicación alguna.

d) Ginecológicos.—La enferma anota extrañada que jamás ha tenido reglas ni flujos vaginales de ninguna especie.

e) Obstétricos.—Totalmente negativos.

f) Sociales.—Hace 12 años que la paciente reside en Bogotá. Durante todo este tiempo ha llevado una vida normal, dedicada a los oficios domésticos, como lo había venido haciendo en su casa de campo anteriormente. Su sociabilidad es perfecta y confiesa haber tenido algunas relaciones amorosas.

IV—ENFERMEDAD ACTUAL.—Tres días antes de ingresar al Hospital, la enferma comenzó a sufrir los síntomas de una enfermedad infecciosa aguda, cuyas características sobresalientes ya hemos anotado.

V—EXAMEN DE LA ENFERMA.—1º *Inspección general*.—La enferma pertenece a la raza blanca; su estatura alcanza a 1,66 mts. y su peso a 64 kilogramos; presenta a simple vista todos los caracteres de una mujer normalmente constituida. El facies un poco alterado, de aspecto tifóidico, revela la evolución de una enfermedad febril.

2º *Piel y mucosas*.—Piel lisa, sudorosa, blanco-rosada, con algunas eférides sobre el rostro; panículo adiposo suficientemente desarrollado. Mucosas bucofaríngea y conjuntival, congestionadas, y un tanto seca la primera. Temperatura exterior de 39 grados.

3º *Aparato circulatorio*.—Pulso de 115 pulsaciones por minuto, regular, tenso, igual, estable; tensión arterial máxima de 120 mm. de mercurio, y mínima de 70 mm. Taquicardia, con ruidos cardíacos normales.

4º *Aparato respiratorio*.—La enferma se presenta un poco disnea, con 26 respiraciones por minuto, de tipo torácico superior. A la auscultación pulmonar, se perciben los ruidos respiratorios normales.

5º—*Sistema linfático*.—No hay adenopatía perceptible en ninguno de los grupos ganglionares accesibles al tacto. Los canales linfáticos no presentan anormalidad ninguna.

6º *Sistema nervioso*.—La enferma disfruta de una mentalidad

normal, mostrándose consciente y sensata en sus contestaciones, y aún razonando inteligentemente. Recuerda con facilidad los episodios más sobresalientes de todas las épocas de su vida; posee una sensibilidad afectiva bastante marcada. Los reflejos tendinosos y cutáneos son normales.

7º *Sistema endocrino*.—Por su constitución física y psíquica, y por la ausencia total de signo o síntoma que hiciera pensar en un disfuncionamiento endocrino, se deduce que nuestra paciente goza de un equilibrio hormonal completo.

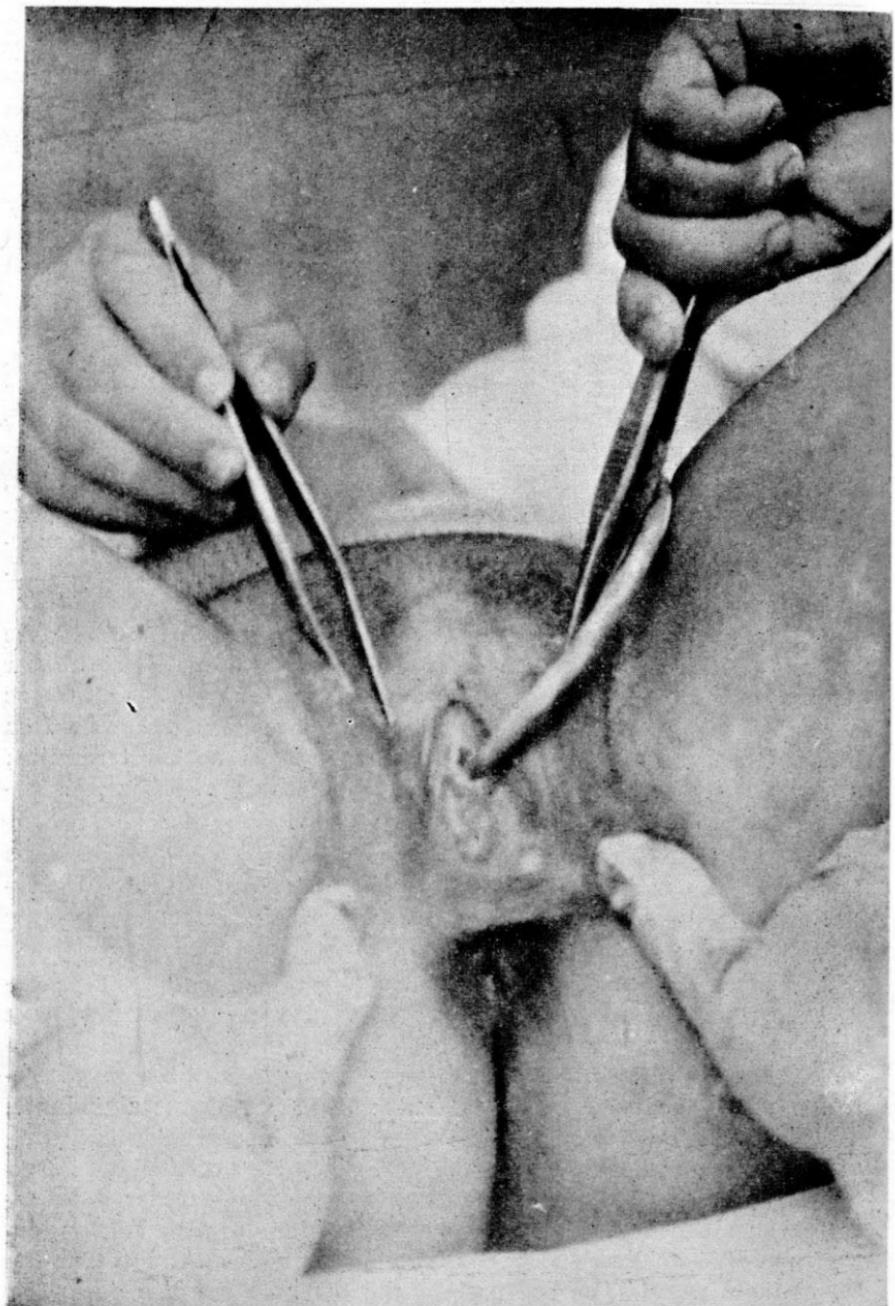
8º *Organos de los sentidos*.—En un todo normales.

9º *Aparato digestivo*.—Lengua seca, ligeramente temblorosa, saburral en el centro, roja y limpia en los bordes; velo del paladar y faringe, secos y congestionados. Dentadura artificial en el maxilar superior; la implantada sobre el maxilar inferior se halla incompleta pero en buen estado. Abdomen normal a la inspección, con algunas estrías nacaradas ligeramente parecidas a las consecutivas al embarazo, y posiblemente debidas al hecho de haber perdido la enferma una buena cantidad de grasa de la región abdominal, como ella misma lo atestigua.

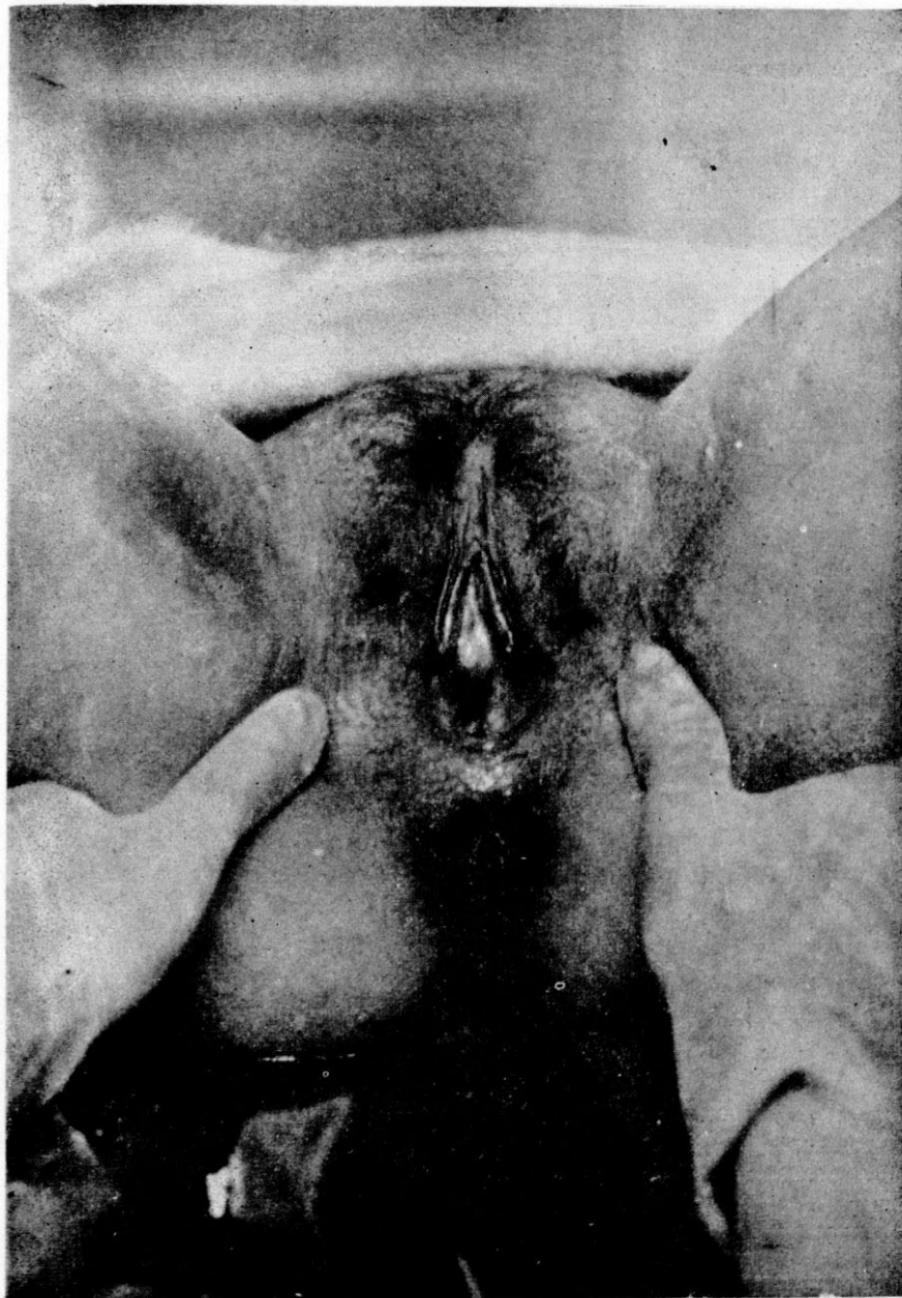
A la presión, sólo se descubría un dolor, y muy discreto, sobre el punto de Mac. Burney, sin defensa muscular, lo cual hacía dudar de que se tratara de una afección apendicular, cuando los síntomas generales eran serios; en cambio sí se percibía gargoteo en la fosa ilíaca derecha. La percusión abdominal no daba dato interesante; el hígado presentaba una zona percutable normal; el bazo, ligeramente perceptible.

10º *Aparato uro-genital*.—El polo inferior de los riñones, no era palpable por debajo del borde costal; los puntos ureterales superior y medio, muy poco dolorosos; las orinas escasas y de tinte subido.

Examen ginecológico.—Intrigados por el hecho de que la enferma presentaba una amenorrea primaria, y por otra parte, con el objeto de buscar un proceso anexial que pudiera ser el responsable del cuadro descrito se procedió a practicarle un examen ginecológico, cuyo resultado fue el siguiente: Monte de Venus abundante, de tipo femenino; grandes y pequeños labios bien desarrollados, de aspecto normal; hendidura vulvar de longitud y profundidad igualmente normales; clítoris normalmente conformado; meato urinario en su sitio anatómico, un poco dilatado; horquilla vulvar aparente; periné de longitud y consistencia normales. Al intentar hacer el tacto vaginal, no fue posible, por el hecho extraño de existir un tabique unido y fuerte, tendido según el plano frontal, entre el borde posterior del vestíbulo y la horquilla vulvar; al hacer presión con el dedo sobre este tabique, que correspondía precisamente al lugar donde normalmente se halla el orificio inferior de la va-



Enferma antes de la intervención. Obsérvese la vulva sin orificio vaginal. A fin de dar mayor precisión al orificio uretral, se le ha colocado una sonda.



Enferma después de la intervención. Obsérvese la vulva con su orificio vaginal, absolutamente normal después de trasplantado el intestino para formar la nueva vagina.

gina, se tenía la sensación clara de que hacía cuerpo con un bloque de consistencia muscular que se continuaba hacia arriba, y que ocupaba el sitio en donde debería existir la cavidad vaginal, la cual, como se comprende fácilmente, tampoco existía. El tacto rectal demostró que no había útero; sólo se percibía un pequeño nódulo duro, situado hacia el lado derecho de la línea media y que solamente representaba un vestigio de la matriz.

Por los antecedentes, y por los datos suministrados por el examen ginecológico, se concluyó que, además de su enfermedad aguda por la cual entró al Hospital, la enferma adolecía de una ausencia congénital de la vagina y de un útero rudimentario.

Los senos presentaban el volumen, la coloración y la consistencia de la nulípara normal. A la expresión de ellos no se obtuvo secreción alguna.

VI—EXAMENES DE LABORATORIO.—Por la circunstancia de existir algunos síntomas y signos que autorizaban a pensar en una fiebre tifoidea, se ordenó el día 30 de marzo un hemocultivo para bacilo tífico, cuyo resultado fue: "Negativo para B. de Eberth".

Simultáneamente se practicaron los siguientes exámenes: a) Numeración globular y fórmula leucocitaria: "Hematíes 4.040.000 por mm.³".

Leucocitos 14.800 por mm.³.

Polimorfonucleares neutrófilos 68%.

Linfocitos pequeños 24%.

Metamielocitos neutrófilos 8%.

Azohemia 0.39 grs. por mil.

Glicemia 1.29 grs. por mil.

Tiempo de coagulación (Método de Howell). 7 minutos.

Exámenes bacteriológico, citológico y químico de orina:

Piocitos +

Bacterias ++

Hematíes +

Células de descamación ++

Albúmina: Ligeras huellas.

Glucosa: No hay.

Densidad: 1,020.

VII—DIAGNOSTICO.—Por la ausencia de las reglas y por el examen objetivo, el diagnóstico de malformación anatómica por ausencia congénital de la vagina y por útero rudimentario, quedó claramente establecido. En cuanto a la enfermedad febril, la apendicitis aguda, sólo pudo esclarecerse al cabo de algunos días de observación, sometida a tratamiento médico; por otra parte, los resultados obtenidos por el laboratorio, sugerían este diagnóstico clínico.

VIII—PRIMERA INTERVENCION QUIRURGICA. — Conocidas ya las dos entidades que hemos anotado, se procedió a operar la enferma el día 5 de abril, con el doble objeto de extirpar el apéndice, y de explorar los órganos genitales internos.

Acto operatorio:

Cirujano: doctor Ernesto Andrade Valderrama.

Ayudante: señor Joaquín Silva S.

Anestesia raquídea: Se inyectó Metycaine al 10%. Luego se aplicó 1 c. c. de Cafeína por vía intramuscular.

Incisión mediana infraumbilical. Abierta la cavidad abdominal se procedió a explorar los órganos genitales internos, maniobra que se facilitó mucho, gracias al completo silencio abdominal.

El fondo de saco de Douglas no era, como normalmente, recto-uterino, sino recto-vesical, por ausencia casi total del útero. Las Trompas de Falopio se hallaban representadas por un repliegue peritoneal, en cuyos extremos se encontraban pediculizados los ovarios, de tamaño mediano, consistencia, situación y coloración normales; el izquierdo presentaba un quiste seroso del tamaño de un huevo pequeño de paloma, el cual fue extirpado con su cápsula. Hacia la extremidad interna del repliegue peritoneal derecho, vecino de la línea media, se halló un nódulo entre las dos hojas peritoneales, de consistencia firme, del volumen de un guisante, aplanado de adelante atrás, cuya coloración no difería de la de las partes cinquenvecinas, que posiblemente representaba un vestigio de la mitad derecha del útero. Al hacer presión con el dedo en el sitio en donde normalmente debería existir el orificio superior de la vagina adherido al cuello, se percibía la sensación de consistencia de tejidos musculares interpuestos entre el peritoneo y los órganos genitales externos, y por lo tanto, ningún esbozo de cavidad vaginal. Los contornos de la grande y pequeña pelvis, eran absolutamente normales.

Extirpación del apéndice.—Localizado el ciego fue fácil poner al descubierto aquel órgano, que se encontraba tumefacto, congestionado, con la serosa desplumada y cuya longitud alcanzaba unos 10 centímetros. Ligado él y su meso, se seccionaron ambos por encima de las ligaduras, se invaginó el muñón apendicular por medio de una bolsa serosa, y los cabos de ésta se anudaron luego con los de la ligadura del meso.

Restablecido el intestino a su sitio natural, se cerró la pared en cuatro planos: seroso, muscular, aponeurótico y cutáneo.

No se presentó ninguna complicación operatoria.

IX—POST-OPERATORIO.—Primer día: La tensión arterial inmediatamente después del acto quirúrgico, era de 100 mm. la máxima; el pulso ascendía a 100 pulsaciones por minuto.

Se le aplicaron 500 c. c. de suero glucosado isotónico por vía

subcutánea, seguidos de 10 unidades de insulina. Por la tarde la temperatura subió a 37 grados. Por la noche se le aplicó una inyección de morfina que permitió el sueño por algunas horas. Por la tarde y por la noche, sobrevinieron tres accesos de vómito sin carácter particular ninguno.

En los días siguientes la enferma mejoró lenta y progresivamente hasta que al cuarto día, el pulso y la temperatura fueron normales.

La lengua húmeda. Se le retiraron los ganchos de la incisión cutánea abdominal; y se le aplicó un lavado intestinal.

Al día siguiente, todo entró en orden.

X—SEGUNDA INTERVENCION QUIRURGICA.—Una vez que la paciente se restableció completamente de la intervención anterior, y para corresponder a las exigencias que ella misma hacía de que se le corrigiera su anormalidad congénita, se procedió a prepararla para la nueva intervención. Esta se llevó a efecto el día 13 de abril a las 11 a. m.

Acto operatorio:

Cirujano: Profesor Manuel José Luque.

Primer ayudante: señor Joaquín Silva S.

Segundo ayudante: señor Bernardo Montes.

Anestesia raquídea con Novocaína.—Inmediatamente después de la aplicación de raquianestesia, se inyectaron 1 c. c. de Cafeína, y poco tiempo después, 1 c. c. de Sedocardil, por vía intramuscular.

Como el efecto de la anestesia raquídea no alcanzara para todo el tiempo necesario a la intervención, esta se terminó con anestesia por inhalación de éter.

DESCRIPCION DEL ACTO OPERATORIO.—En líneas generales nosotros seguimos el procedimiento de Baldwin, el cual podríamos dividir en cuatro tiempos principales, los cuales se siguen sucesivamente así: perineal; abdominal; abdomino-perineal y nuevamente perineal.

Para comprender fácilmente el acto quirúrgico hemos representado en ocho dibujos lo que juzgamos esencial en la intervención. Agregamos a continuación un dibujo (Fig. 9) que muestra la situación de los órganos después de ella.

Tiempo perineal.

Figura 1^a Colocada la enferma en posición ginecológica se precisa el lugar donde debe hacerse la incisión. Ella debe situarse en el vestíbulo vulvar por detrás de la papila uretral y por delante de la horquilla, transversal, y de un pequeño labio al otro. (punteado de la figura).

Figura 2^a La incisión transversal, será el principio de la sepa-

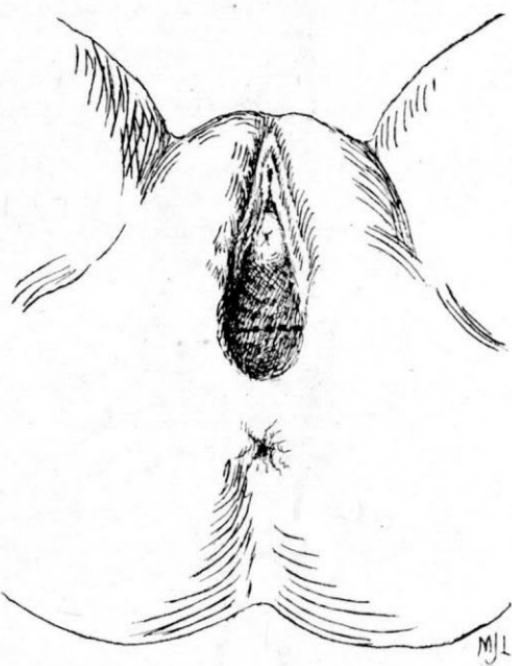


Fig. 1.—Punteado que indica el lugar donde debe hacerse la incisión.



Fig. 2.—Manera de hacer la incisión para separar la uretra y la vejiga del recto.

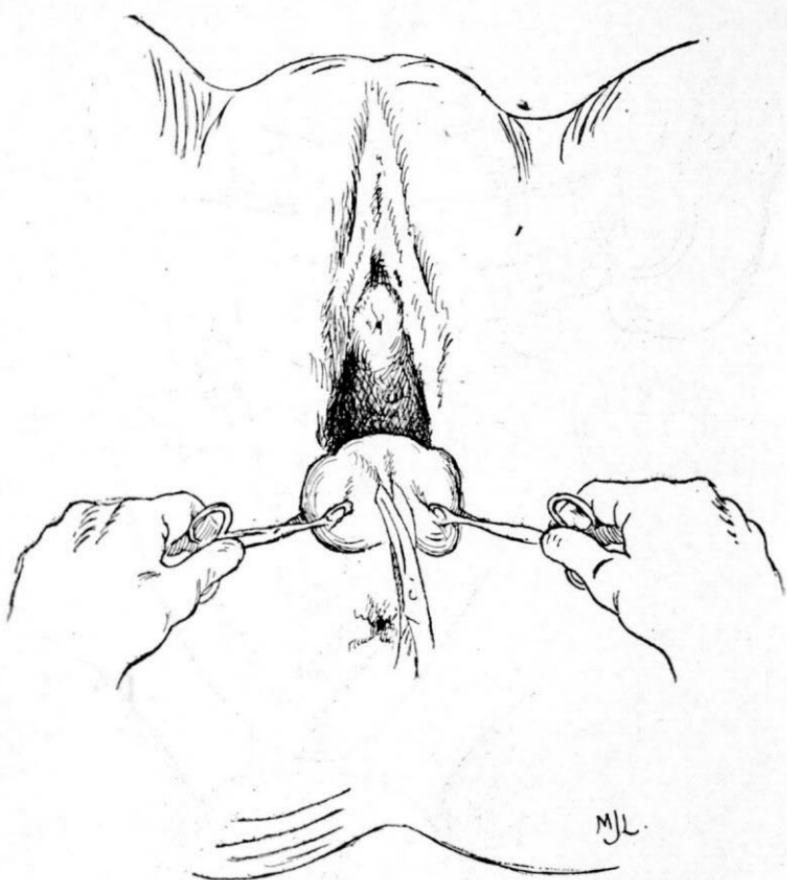


Fig. 6.—Sección transversal del vértice del asa, situada en el periné y ya colocada en la vulva.



Fig. 7.—Por puntos separados y opuestos, en cada extremo de los diámetros, se fija la pared del intestino seccionado y trasplantado a la mucosa vulvar.

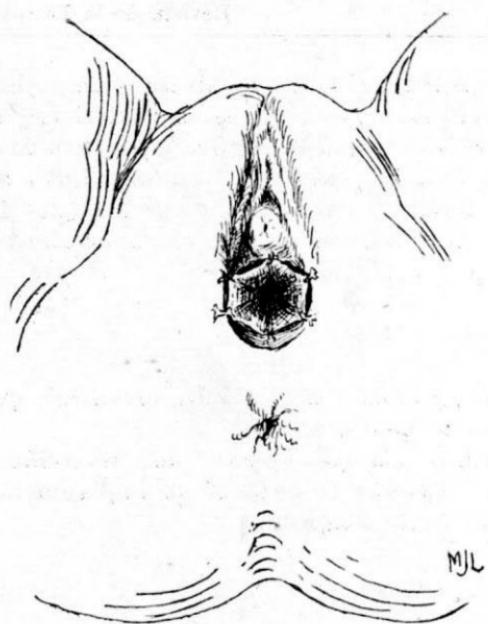


Fig. 8.—Operación terminada.

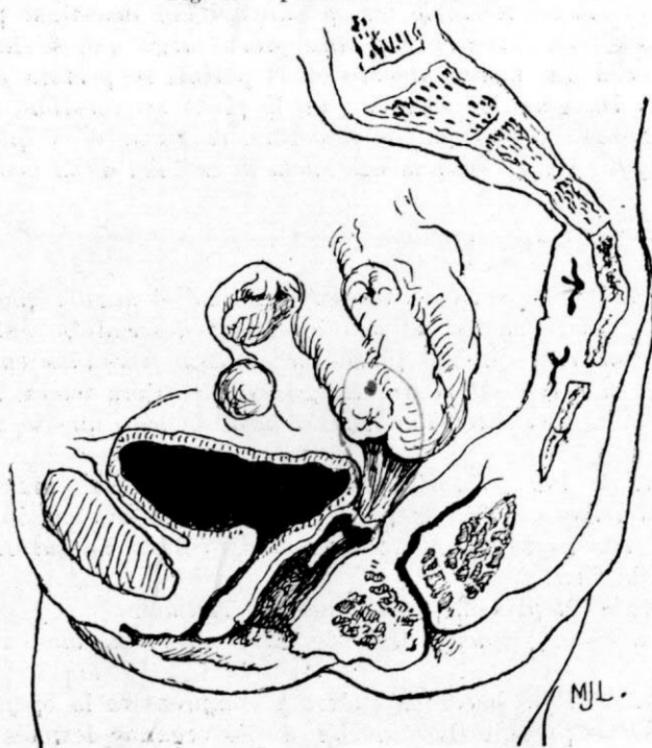


Fig. 9.—Corte, en el sentido antero-posterior, que muestra el asa intestinal colocada para formar la nueva vagina. Obsérvese el meso sin mayor tracción.

ración que debe realizarse entre la uretra y la vejiga en el plano anterior, y el recto situado en la región posterior. Cuidando de no herir ninguno de estos órganos, se van separando las diversas formaciones perineales y se penetra en la profundidad hasta alcanzar el peritoneo que forma el fondo de saco de Douglas. Los vasos, que sangran en abundancia, deben ligarse cuidadosamente hasta lograr una hemostasis perfecta.

Tiempo abdominal.

Figura 3^a Laparotomía media infra-umbilical, que va del ombligo a la sínfisis del pubis.

Figura 4^a Entre clamps, se hace una resección del intestino delgado, a cuatro travces de dedo de su implantación cecal y que tenga 20 centímetros de longitud.

Tiempo abdomino-perineal.

Figura 5^a Se cierran en bolsa las cuatro extremidades del intestino seccionado. Restablecida la continuidad intestinal por una anastomosis latero-lateral, con una pinza larga que se introduce por la brecha que hemos abierto en el periné, se perfora el fondo de saco de Douglas. En seguida, con la pinza en cuestión, se toma por la parte media el segmento intestinal en forma de V que hemos separado y se desliza suavemente hacia la cavidad de la neo-vagina.

Tiempo perineal nuevamente.

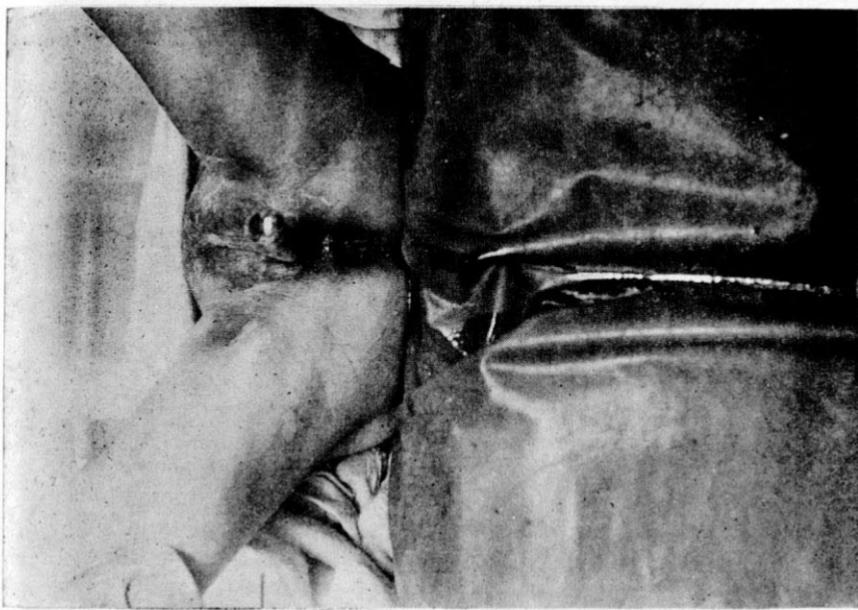
Figura 6^a Una vez colocado en el periné el ángulo que corresponde a la parte media del asa intestinal descendida, cuidadosamente la tomamos con dos pinzas de corazón colocadas en los extremos de su mayor diámetro. Luego, con la tijera curva, abrimos el intestino en una extensión igual a la de la boca que se abrió en la vulva.

Figura 7^a Por puntos separados y opuestos, en cada extremo de los diámetros, se fija la pared del intestino seccionado y transplantado, a la parte cruenta de la mucosa vulvar. La sutura se hará con seda fina.

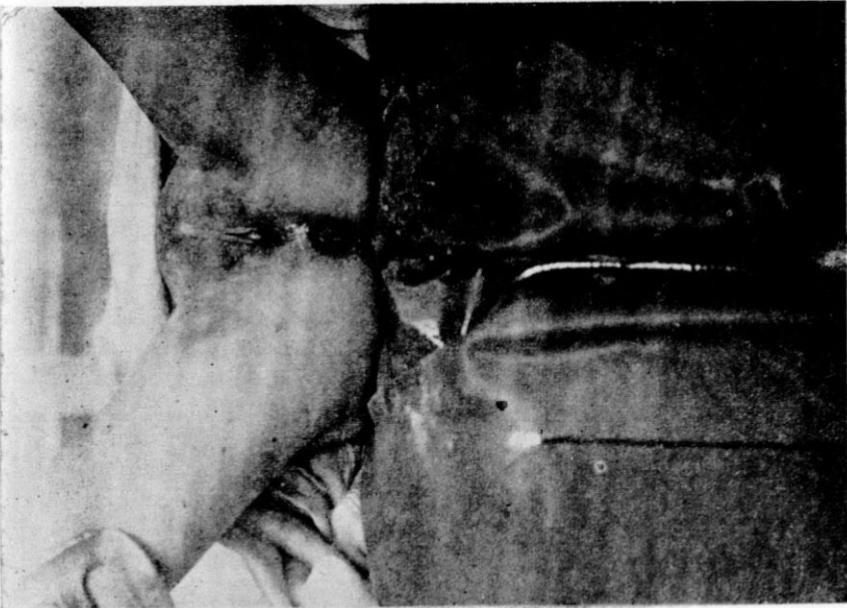
Figura 8^a Representa la operación terminada.

Dejamos un pequeño dren de gasa que retiramos al día siguiente.

Figura 9^a Para hacer más clara y comprensiva la operación, y para poner de presente la situación de los órganos después de ella, hemos hecho un dibujo que representa un corte, en el sentido anteroposterior, y que muestra el asa intestinal colocada para formar



Brújula de Hégar, N° 30, colocada en la cavidad de la neo-vagina.



Orificio vulvar de la vagina, tal como se aprecia sin dilatación de ninguna especie. Vista tomada 10 días después de haber traspantado el asa intestinal, para crear la nueva vagina.

la nueva vagina. En él pueden verse también, esquemáticamente, el asa anastomosada, y su situación en la pelvis, el pequeño núcleo que representaba la matriz; la vagina de nueva formación con un saliente en el fondo y sus relaciones con los órganos vecinos.

XI—POST-OPERATORIO.—Primer día.—La tensión arterial inmediatamente después de la operación fue la siguiente: Mx. 90 mm.; Mn. 50 mm. El pulso, de 80 pulsaciones al minuto. Schock operatorio bastante marcado. Se le aplicaron 1.000 c. c. de suero glucosado y 1.000 c. c. de suero salino, utilizando las vías endovenosa, subcutánea y rectal. Presentó en el curso de la tarde y de la noche varios accesos de vómito. La vejiga se evacuó cada 4 horas por medio de sonda a permanencia. Morfina por dos veces.

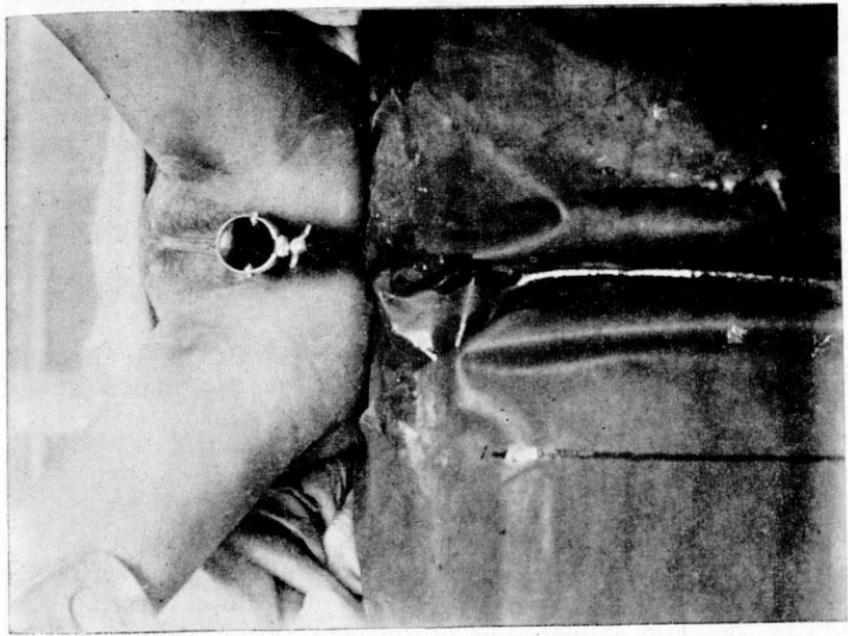
Segundo día.—Temperatura de 37.8 grados; pulso de 120 pulsaciones por minuto; lengua muy seca y saburral; facies demacrado, pálido y sudoroso; abdomen depresible. Presentó dos accesos de vómito. Transfusión de 300 c. c. de sangre total. Suero glucosado y salino en gota a gota permanentemente por las vías anotadas. 20 unidades de insulina. Evacuación de la vejiga cada 4 horas. Morfina por dos veces.

Tercer día.—Temperatura de 39 grados; pulso de 130 pulsaciones por minuto; lengua seca y saburral; facies ansioso; abdomen depresible. Transfusión de 300 c. c. de sangre total. Suero glucosado y salino como el día anterior. 20 unidades de insulina. Evacuación de la vejiga cada 4 horas. Morfina por dos veces. Presentó tres accesos de vómito bilioso.

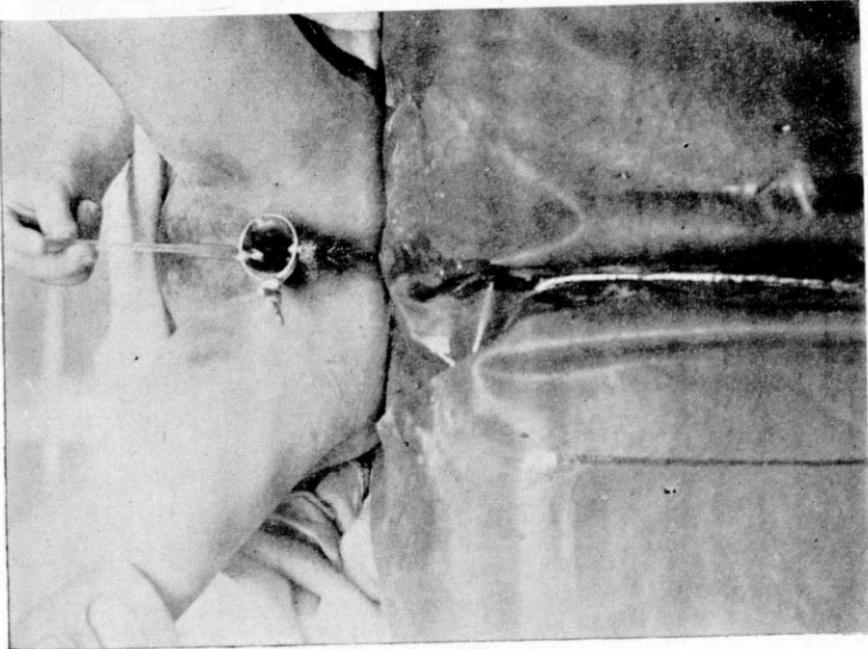
Cuarto día. Temperatura de 37½ grados; pulso de 110 pulsaciones por minuto; rostro pálido y un poco sudoroso; lengua ligeramente húmeda; abdomen normal. Suero glucosado 1.000 c. c.; Suero de Hayem 1.000 c. c. Suero dextrosado 500 c. c. 20 unidades de insulina. Evacuación de la vejiga cada 4 horas. Se aflojaron los ganchos de la incisión abdominal. Morfina por la noche.

Quinto día.—Temperatura de 37½ grados; pulso de 100 pulsaciones por minuto; lengua más húmeda y menos saburral que el día anterior; abdomen normal. Suero glucosado 1.000 c. c. Suero dextrosado 500 c. c. 20 unidades de insulina. Ingestión de pequeñas cantidades de aguas aromáticas, estimulantes y carminativas. Se quitó la sonda uretral y se retiraron los ganchos de sutura. Se aplicó un lavado intestinal. Del sexto día en adelante, los síntomas y signos anotados en los días anteriores, fueron desapareciendo, poco a poco hasta llegar al estado normal al décimo día.

Al duodécimo día se cortaron los hilos de seda que formaban la corona de puntos de sutura en el orificio inferior de la nueva vagina, pues ya se hallaban soldadas las superficies afrontadas. La cicatrización una vez consolidada, al vigésimo día se iniciaron las dilataciones vaginales, necesarias sobre todo para el orificio de



Espéculum, cuyas valvas están colocadas verticalmente, en la cavidad de la nueva vagina.



Espéculum, cuyas valvas están colocadas transversalmente, en la cavidad de la nueva vagina.

entrada a la vagina. Ellas se hicieron con bujías de Hégar principiando por la N° 18, y terminando con la N° 30, después de practicar sesiones diarias de media hora, por espacio de ocho días. Es de anotar que la enferma acusaba sensación de peso doloroso sobre el epigastrio, cada vez que el orificio inferior del asa vaginal era distendido por la penetración de las bujías dilatadoras. Dicha sensación, que posiblemente no era otra cosa que un reflejo nervioso transmitido por los nervios mesentéricos del asa hacia el plejo solar, fue haciéndose cada vez menos notoria, a medida que esta se hallaba más dilatada.

TACTO VAGINAL. — Los datos tomados del tacto vaginal practicado el día de dar de alta a la enferma, son los siguientes: Al penetrar los dedos a la vagina creada, se observa que el orificio inferior del asa vaginal sólidamente cicatrizado a los bordes de la brecha abierta a través de los tejidos interpuestos entre la cavidad peritoneal y los tegumentos, se continúa con éstos sin solución de continuidad y sin que se perciba saliente de ninguna especie. Al hacer presión con el dedo de un lado y otro, se aprecian los elevadores del ano formando un ojal, en un todo semejante al constituido según la anatomía normal. Más profundamente a unos 8 centímetros del borde inferior de la vagina, se toca el espolón formado por el borde mesentérico del asa, que ha ido retrayéndose paulatinamente. A la derecha y a la izquierda de él, se penetra en los fondos que todavía quedan como vestigios de las cavidades laterales del asa doblada en cañón de fusil. Este conjunto compuesto por el espolón central rodeado por las cavidades laterales que a su vez se hallan unidas por delante y por detrás de éste, da la impresión de encontrar en la profundidad de la vagina, el cuello uterino rodeado por los fondos de saco vaginales, cual si se tratara de una mujer normalmente construída.

La enferma salió del servicio el día 11 de mayo de 1944, es decir, 28 días después de la trasplantación del intestino, por curación.