

ABSCESO BACILAR DEL HIPOGASTRIO

Por los Dres. Jorge Lockhart y Juan B. Castiglioni

Los procesos supurados limitados a la region hipogástrica, plantean siempre dificultades en el diagnóstico topográfico, teniendo en cuenta su constitución especial y las comunicaciones mediante espacios celulosos con las regiones vecinas.

Resumimos una historia clínica que presentó aspectos interesantes.

Se trata del enfermo A. A., de 25 años a quien veo de urgencia en el S. de Puerta del Hospital Maciel por cuadro doloroso de hipogastrio. Según el enfermo, 40 días antes, mientras jugaba al futbol y luego de dar un puntapié a la pelota, experimentó un dolor intenso al nivel del hemiescrotto derecho y de la región inguinal del mismo lado. Suspendió el juego volviendo a su casa, llamando al médico que le aconsejó bolsa de hielo y reposo. A los pocos días como no mejorara consultó nuevamente al médico en el H. Pasteur: se hizo diagnóstico de funiculitis y poco después fué dado de alta aparentemente en buenas condiciones.

En el momento de ingresar al Maciel ha desaparecido el dolor inguinal pero, en cambio, acusa espontáneamente intenso dolor en la región hipogástrica del lado derecho. Tiene además 38° y chuchos de frío. Al examen compruebo levantamiento ligero y tinte rosado de la piel, en el hipogastrio, a derecha de la línea media; en dicha zona el dolor es muy intenso y hay evidente calor local notándose la existencia de una zona fluctuante que no pasa la línea media y que hacia abajo llega hasta 2 traveses de dedo del pubis.

El diagnóstico de colección purulenta es pues evidente, pero faltaba precisar el diagnóstico topográfico y el origen de esta supuración. El examen de los huesos vecinos y en especial del pubis era negativo. El límite externo de la zona fluctuante se proyecta en el borde del recto derecho y con la contracción de la pared abdominal se hace más evidente pero hacia afuera y abajo, es decir, hacia el canal inguinal, la pared deja la impresión de que tiene una infiltración profunda. El resto del examen del vientre s/p. Al examinar las bolsas y los canales inguinales se comprueba la existencia de una epididimitis bilateral en cimera de casco, más extendida del lado derecho, donde al nivel de la cola hay zona abcedada y evidente infiltración

del ligamento escrotal. Los deferentes están muy engrosados, sobre todo, el derecho y en ambos cordones se palpa el linfático central.

Al tacto rectal, prostatitis nodular y vesículas inyectadas principalmente la derecha. Resto del examen s/p.

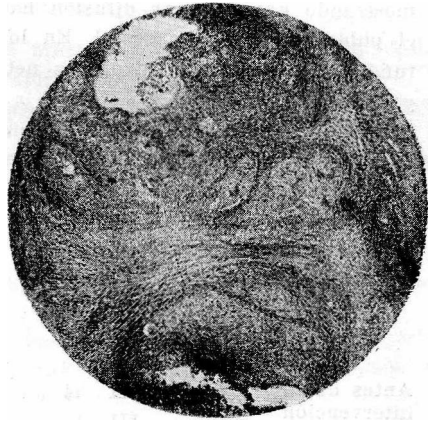
Consideraciones

El problema que planteó la colección supurada hipogástrica fué doble: de topografía y de naturaleza.

De topografía porque si bien era parietal podía haber venido de la profundidad para luego exteriorizarse. Los procesos del Retzius, los descartamos por la falta de antecedentes traumáticos (fractura del pubis) y vesicales: los hay también aunque ya muy



Deferente derecho. Tuberculosis nodular caseosa. Nódulo linfocitario perideferencia



Epididimo derecho. Tuberculosis nodular caseosa

raros, de origen metastásico y apendicular (caso del Prof. Nario) ; pero además son medianos, hemisféricos con el diámetro mayor al nivel de la sínfisis y se esconden detrás de ella, etc. Un plastrón apendicular abcedado tiene otra historia y en general otra topografía: faltaban los síntomas de comienzo, la repercusión peritoneal, etc.

Los de la vaina del recto son hematomas supurados o abscesos en el curso de infecciones generales (tifoidea, etc.) y además no tienen porque infiltrar la pared abdominal hacia afuera. El pubis era indoloro y existía zona de separación con el absceso, lo que

permitía poner en un segundo plano los procesos osifluentes. Quedaba, por fin, el proceso genital cuyos caracteres hemos descrito y que, clínicamente hacía sospechar su naturaleza tuberculosa. Pero el nexo de unión entre ambos procesos no era neto y, por otra parte, el absceso parietal, tenía el aspecto de una afección aguda que no correspondía exactamente con el carácter relativamente tórpido de la lesión genital y el estado infeccioso general.

Decidimos entonces hacer una punción del absceso y obtuvimos un pus mal ligado, que examinado previa coloración al Ziehl, mostró la presencia de bacilos de Koch en abundancia, lo que revelaba su alta virulencia. La naturaleza estaba aclarada pero, faltaba concretar el diagnóstico topográfico. Con ese fin y aprovechando la misma punción se inyectó yoduro de sodio al 12 % y se hicieron radiografías de frente y perfil que rellenaron el absceso, mostrando una zona de difusión hacia el canal inguinal: además aparecía el pubis con aspecto normal. En los días sucesivos el empastamiento profundo ya descrito se hizo más neto. La fiebre siguió oscilando entre 38° y 38°5.

Se hizo además un estudio completo desde el punto de vista general para ver las condiciones alérgicas del enfermo. La cuti y la intradermo con tuberculina mostró reacciones muy débiles. La velocidad de sedimentación aumentada (18). La radiografía de tórax, opacidad de ambos vértices y un nódulo de la base izquierda.

Los exámenes fueron hechos por el Jefe de Laboratorio Br. Gherardi.

	I. de Arneth		I. de Velez	H. de Shilling
Antes de la intervención	100	II 84 %	+ 68	Desviación a izquierda 62 % núcleos en cayado
	130	III 16 %		
Normal	100	II	- 10	2 a 5 % en cayado
	275	III		
Después	100	II 91 %	+ 82	Mayor desviación a izq.
	126	III 9 %		

Todos estos elementos que ahora buscamos sistemáticamente frente a una bacilosis quirúrgica, nos indicaban una actividad de la lesión tuberculosa importante y al mismo tiempo una disminución de las resistencias del foco genital era evidentemente el que creaba ese estado y se decidió la intervención.

Se hizo con raquianestesia:

Epididimectomía bilateral. Del lado derecho seguimos liberando el deferente hasta el canal inguinal: entramos en su interior y cuando estábamos al nivel del orificio interno, nuestro dedo, bruscamente abrió una colección

purulenta que venía evidentemente de la profundidad dando salida a pus mal ligado y en cantidad de unos 20 c.c.: pudimos comprobar también en ese momento que el absceso parietal y en apariencia superficial se vaciaba, corriendo el pus por la superficie exterior del deferente. Además haciendo presión sobre la región hipogástrica, el pus venía en mayor cantidad, consiguiéndose así vaciar el absceso casi totalmente. Terminamos la operación haciendo la resección del deferente, dejando su cabo superior abocado a la piel y sin ligadura previa de acuerdo con el procedimiento que sigue siempre el Prof. Surraco en el tratamiento de la tuberculosis uro-genital que permanece aún inédito. Al abrir el deferente venía también pus de su interior. El abocamiento se hizo además con el deferente del lado opuesto.

La evolución fué muy buena: el absceso a los 2 ó 3 días hizo una pequeña apertura en la piel pero que, en poco tiempo cerró perfectamente. A los 15 días la temperatura era normal y al mes era dado de alta con curación local muy buena y sin fistula de ninguna clase. Actualmente al enfermo lo seguimos viendo periódicamente repitiendo los estudios radiológicos y de la fórmula blanca.

El examen anatomopatológico fué practicado por el Prof. Agreg. Ardao y se estudiaron cortes de ambos epididimos y deferentes:

- 1) Epididimo izquierdo — pocas lesiones, alguna infiltración linfocitaria.
- 2) Deferente izquierdo, paredes con poca alteración, pero en su interior hay restos celulares de necrosis.
- 3) Epididimo derecho. Extensas lesiones de tuberculosis modular caseosa.
- 4) Deferente derecho, toda la pared está tomada por el proceso tuberculoso. Hay también nódulos linfocitarios perideferenciales.

Las microfotografías que presentamos muestran esos distintos aspectos y vamos a ver después que son de gran valor para la interpretación de nuestro caso.

En resumen, se trata de una tuberculosis genital bilateral con una complicación excepcional constituida por un absceso del hipogastrio por el cual consulta el enfermo y el que a pesar de su aparente superficialidad responde a una lesión profunda, como lo señaló en último término la intervención. Dicho absceso se presentó con ciertos caracteres de agudeza que hacían dudar en cuanto a su naturaleza: la punción y el estudio bacteriológico de inmediato tuvieron valor definitivo en nuestro caso. La inyección de líquido opaco si bien no aclaró totalmente, por lo menos orientó hacia un posible origen inguinal del cual ya se sospechaba por la existencia de una lesión deferencial y por el empastamiento profundo de la región.

Quedaría por explicar el porqué del origen y la difusión

particular que tuvo el absceso tuberculoso. Está demostrado por la anatomía patológica que la extensión de la bacilosis genital, se hace principalmente por los linfáticos submucosos y peri-deferenciales dando así la posibilidad de propagación hacia la atmósfera celulosa que constituyendo una logia envuelve al deferente. Pero éste sólo estaba engrosado al nivel del canal inguinal y fué únicamente cuando llegamos a su orificio profundo que se abrió el absceso; además la compresión de la colección parietal hacía correr el pus contra las paredes del deferente. El origen en esa logia peri-deferencial me parece, pues claro y en cuanto a que parte del trayecto fué el que sirvió de punto de partida de la lesión parece ser la porción situada inmediatamente después del orificio profundo del canal inguinal, es decir, el segmento retro-inguinal que es el único que toma contacto con la pared anterior.

A esa altura el deferente se hace descendente y un poco oblicuo hacia adentro y atrás. Tiene por detrás el peritoneo parietal y responde al espacio de Bogros cruzando en X a la arteria epigástrica y poniéndose en contacto con los elementos espermáticos y el filete genital del génito-crural cuando entra en el canal inguinal.

Luego abandona la pared abdominal para constituir el segmento ilíaco.

La peri-deferentitis retro-inguinal supuró y siguió posiblemente el trayecto de alguna gotera vascular para acercarse a los planos superficiales previa travesía de la pared abdominal. Es conocida esta tendencia de los abscesos tuberculosos de la pared abdominal, que aunque se originen contra la cara externa del peritoneo tienden a progresar hacia afuera, constituyéndose en cambio la serosa en una barrera casi infranqueable. Ya Lannelongue en su viejo libro de abscesos fríos hablaba de esta característica y atribuía a la presión intra-abdominal gran importancia en el sentido de favorecer dicha emigración.

Otra hipótesis sería la siguiente: según los anatomistas clásicos los linfáticos deferenciales van al ganglio retro-crural externo y al ganglio posterior de la cadena media de los ganglios ilíacos externos. Sin embargo existen normalmente 2 ó 3 ganglios al lado de la arteria epigástrica poco después de abandonar al deferente y que podrían haberse tomado en nuestro caso, originando una adenitis bacilar profunda, que luego siguiendo otros

trayectos linfáticos o por simple difusión a través de orificios vasculares habría atravesado la pared.

En resumen se trata de un absceso tuberculoso del hipogastrio de origen posiblemente perideferencial en su segmento retroinguinal, complicación excepcional puesto que no hemos encontrado ningún caso descrito en bibliografía a nuestro alcance.

Es importante señalar también la decisión quirúrgica adoptada por considerar que se trataba de una tuberculosis con tendencia a evolucionar, siendo en ese sentido el estudio del estado alérgico un factor que nunca se debe descuidar en estos enfermos que son siempre generales y donde en cualquier momento la afección puede tomar una marcha aguda y muchas veces fatal. Fué por eso que se atacó precisamente en su foco de mayor actividad haciéndose la exeresis de los epidídimos, con resección amplia de los deferentes y obteniéndose un drenaje peri-deferencial que facilitó la curación sin mayores incidentes.

Y finalmente el abocamiento de los deferentes a la piel permitió una regresión parcial de las lesiones próstato-vesiculares, cerrando luego la herida cutánea sin que se constituyera la fistulización.

Cuando ya habíamos finalizado la redacción de esta comunicación volvemos a ver a nuestro enfermo que ingresa a un servicio de medicina en estos días, con un síndrome meníngeo que tiene todos los caracteres de una meningitis bacilar. Esto no hace más que confirmar nuestro pronóstico que había sido severo, por mostrar las reacciones alérgicas y sobre todo, el estudio de la fórmula blanca, una infección tuberculosa evolutiva que en cualquier momento podía dar el cuadro de la generalización terminal. El estudio actual de dicha fórmula proporciona los resultados siguientes:

<i>Indice de Arneth</i>	<i>Indice de Vélez</i>	<i>Hemograma de Schilling</i>
100	II 83 % + 66	Desviación a izquierda
147	III 17 %	Mayor neutrofilia - linfocitopenia

Es sabido que la tuberculosis génito-urinaria, como todas las tuberculosis quirúrgicas, es una manifestación del tercer estadio de Ranke el que puede en virtud de la disminución de la inmu-

nidad, pasar al cuarto período de diseminación hematógica el que puede anunciarse y debe preverse por el estudio cuidadoso de la sensibilidad alérgica del enfermo.

Quedaría por analizar, luego de conocida la evolución del enfermo, la oportunidad de la intervención y la elección de la anestesia. Siendo la tuberculosis genital siempre quirúrgica, en nuestro caso, era fundamental actuar sobre ella por su modalidad evolutiva y por su tendencia progresiva, sin embargo nunca se debe ser categórico en cuanto a su resultado y siempre debe plantearse la posibilidad de una evolución desfavorable. En cuanto a la anestesia, en general, en las localizaciones génito-urinarias de la bacilosis, se emplea la raquídea. En nuestro caso, por otra parte, la anestesia al éter estaba contra-indicada por el estado pulmonar y la loco-regional no era posible por la infiltración de los cordones y de la región inguinal derecha.