

Clínica Quirúrgica F. — Hospital Pasteur

*PERITONITIS ENCAPSULANTE TUBERCULOSA CON
ASCITIS TABICADA PREVISCERAL (*)*

Piosalpinx tuberculoso - Quiste de ovario

Dr. P. Larghero Ybarz

Enferma del Prof. J. C. García Otero.

Síntesis clínica. — Mayo 1946. B. B., 19 años, mujer. Hace 6 ½ años, pleuresía sero-fibrinosa derecha. Curación a los 12 meses. Hace 18 meses, ascitis, estado infeccioso. Adelgazamiento, sudores, inapetencia.

Desde hace 1 año no tiene fiebre. Aumento de peso.

Paracentesis en cuatro oportunidades, de enero de 1945 a octubre de 1945. Rivalta positivo. Linfocitos 92 %. No se buscó B. K.

Estudio radiológico digestivo y estudio radiológico de pulmón. — Dres. F. García Capurro y Vázquez Piera. Ninguna lesión pulmonar. Asa ileal última, descendente. Compresión extrínseca del sigmoide.

Examen físico. — Estado de nutrición bueno. Ascitis enorme. Ombligo desplegado. Macidez no desplazable en todo el plano anterior y flancos.

No hay edema de miembros inferiores. Cardiopulmonar: S/P.

Glóbulos rojos: 4.460.000, Hemoglobina, 100 %, Glóbulos blancos: 12.600, Polinucleares: 62 %, Eosinófilos: 7 %, Monocitos: 4 %, Linfocitos: 19 %, Basófilos: ½ %.

Tiempo de coagulación: 6'30".

Tiempo de sangría: 2'30". Urea 0.30 %. Protrombina: (Howell 12').

Orina: normal.

Proteinemia: 5 grs. 70 ½. Serina, 38.8 %, Glob. 1.9.

Protocolo operatorio. — Laparotomía mediana derecha, amplia con reclinamiento del borde interno del recto hacia afuera. Gruesos vasos subcutáneos y en la vaina del recto. La hoja posterior de la vaina está separada del peritoneo parietal por el plano celuloso subperitoneal normal.

(*) Esta comunicación fué leída en la sesión del 5 de noviembre de 1947.

Para evitar los efectos de la descompresión brusca (efectos peritoneales) y la posibilidad de corrimiento sanguíneo en caso de peritoneo muy vascularizado; y efectos reflejos cardiovasculares por alteración de la estática cardíaca, se punciona y se comienza a evacuar espontáneamente con trocar de 3 mm. Sale líquido citrino turbio, untuoso al tacto, flúido. 10 minutos después de comenzar a correr se abre una brecha de 1 cm. y se continúa la evacuación sin expresión del abdomen.

Pese a la descompresión lenta, aparecen extrasístoles durante varios minutos, sin ninguna alarma. La evacuación total se realizó en 20 minutos; el líquido al final era francamente puriforme, pero flúido, con abundantes copos fibrosos.

Total: 10 litros.

Se abre entonces ampliamente el peritoneo y se comprueba que el líquido estaba contenido en una enorme logia previsceral y epiploica, que se extiende de cara inferior del hígado a la entrada de la pelvis y de la parte más posterior de un flanco a otro.

Esta logia no contiene ninguna víscera y tiene la topografía y el aspecto de las cavidades de coleperitoneo hidático.

La membrana limitante desarrollada adelante y a los lados por el peritoneo parietal anterior y lateral, tiene un espesor de 2 a 3 milímetros; la membrana limitante posterior cubre el plano visceral epiploico y tiene un espesor algo menor.

La cara interna de la membrana limitante es rosada, un poco irregular, cubierta con pequeños copos fibrinosos no adherentes; se le puede comparar por su aspecto a la mucosa antral gástrica crónicamente inflamada de los ulcerosos. No se observa en ningún punto granulaciones caseosas o grisáceas que permitan afirmar su naturaleza tuberculosa.

La parte superior de la bolsa es una verdadera cúpula lisa, adivinándose a derecha el relieve del hígado; no se observa ninguna solución de continuidad. En cuanto al fondo pelviano de la bolsa, se insinúa hacia atrás en el estrecho superior, pero adelante aparece levantada por dos salientes, que correspondían como se verá después, la izquierda a un quiste mucoide del ovario del tamaño de un huevo de avestruz y la derecha a un pio-salpinx tuberculoso, en forma de tumor ovoideo de 10 cms. de largo por 6 de diámetro. Estas formaciones hacen relieve en la bolsa pero están, como el resto de las vísceras abdominales, por detrás de ella.

En su parte anterior y lateral, la membrana se puede despegar si se quiere, a favor del plano sub-peritoneal. En cuanto a la membrana posterior deja ver los relieves de asas contráctiles y de los latidos de la aorta. El colon transversal está hacia arriba, rectilíneo, sin bucle declive. Esta membrana posterior tomada con una pinza se levanta y despega del plano visceral aórtico, pudiendo ser levantada en carpa.

Se le incinde sobre la saliente aórtica; pequeños vasos gotean en la sección. Esta maniobra permite comprobar, que su cara profunda adhiere a la lámina epiploica, pero el epiplón no está engrosado. Es decir que la

histogénesis de la membrana se ha realizado a expensas de una neo formación conjuntivo vascular a punto de partida de la superficie anterior del epiplón (en la parte correspondiente a este órgano).

Incindida la membrana y el epiplón, aparecen las asas con una serosa sana sin ninguna granulación tuberculosa, ni ganglios en el mesenterio.

Pero existen velos delicados que van del epiplón a algunas asas (proceso de peritonitis plástica discreta).

Hacia la pelvis los velos inflamatorios son más compactos y cubren como una telaraña los órganos intrapelvianos.

El único exudado contenido en la cavidad serosa visceral, está constituido por algunos grumos y óvulos gelatinosos.

Se ensancha la incisión de la membrana visceral para explorar la pelvis. La cavidad pelviana está ocupada por un quiste mucoide del ovario izquierdo, laxamente adherente al peritoneo pelviano parietal y visceral.

Se le enuclea por la maniobra clásica de despegamiento digital desde el Douglas hacia arriba y se exterioriza. A fin de conservar en lo posible parénquima ovárico, en vista de la posibilidad de que la extirpación de la trompa derecha obligue a una anexectomía, se incide como muestra el esquema, circularmente la albugínea ovárica cerca del polo ovárico del quiste. En la fotografía de la pieza puede observarse el casquete dejado en la superficie del quiste por la enucleación.

El ovario con su pedículo queda como una copa de champagne. Hemostasis del corte de sección y afrontamiento de los mismos. Salpingectomía derecha previa liberación de la tumoración de sus adherencias velamentosas al peritoneo parietal y visceral pelviano y a la membrana limitante de la bolsa.

Se drena el Douglas con un tubo y mecha.

Conducta con la brecha de la membrana posterior. — Se resuelve dejar la brecha abierta, fijando con puntos sus bordes al peritoneo visceral y parietal posterior, puesto que la pared de la bolsa ya no reabsorbe dada su constitución granulante fibrosa.

La reabsorción por el peritoneo pelviano no tiene inconvenientes, puesto que si hay contaminación ya se hizo en la operación.

La bolsa no es drenada. Se deja un tubo y mecha en la pelvis.

Cierre de la pared en dos planos: (peritoneo); hoja posterior con catgut cromado; hoja anterior de vaina, con alambre de acero.

Post operatorio. — Sin incidentes. Se retira el tubo al 3er. día y la mecha al cuarto; viene sólo serosidad sanguinolenta con coágulos fibrinosos.

Análisis de líquido peritoneal. — Serina: 31 grs. ‰; Globulina: 19 grs. ‰; Fibrina: 4 grs. ‰; Grasas totales: 7 grs. 6 (Normal 6 a 8 grs. ‰). Colesterina: 0 grs. 88 (normal 1 gr. 50).

Aspecto microscópico purulento.

Citológico. — Masa completamente anhista, amorfa.

Ex. bacteriológico. — Directo y cultivos de 48 horas: negativos.

Inoculación al cobayo de líquido peritoneal: negativo.

Inoculación en el peritoneo del perro, de 150 c.c. de líquido peritoneal: Curso clínico del animal: al 3er. día, decaimiento e inapetencia. Muerte al 8º día.

Autopsia del perro. — Peritoneo normal. Hígado congestivo. Hepatización del lóbulo pulmonar izquierdo.

Inoculación de un ganglio mesentérico al cobayo. (El cobayo vive a los 2 ½ meses).

Evolución alejada. — Enero de 19 7: La enferma se encuentra perfectamente bien. Ha aumentado de peso y la ascitis no se ha reproducido. El vientre es normal, no ha hecho fiebre.

Radiología post-operatoria. 35 días después de la operación. — El estudio radiológico simple del abdomen muestra una imagen hidroaérea topografiada hacia la parte anterior y media, correspondiendo lo más probablemente a restos del líquido contenido en la gran logia prevíscero-epiploica.

Estómago y duodeno sin particularidades morfológicas ni funcionales.

El tránsito del intestino delgado se realizó dentro del horario habitual, no presentando en los distintos enfoques modificaciones de la conformación de las asas.

El tránsito del colon se llevó a cabo también dentro de un horario normal, no pudiéndose apreciar alteraciones en la forma, ni vicios de acomodamiento. Apéndice látero-cecal interno, irregularmente relleno.

Para un mejor estudio de la mucosa del colon se realizó un enema, mostrando que el recto y sigmoides en las distintas incidencias son completamente normales.

Estudiado nuevamente luego de la evacuación espontánea se apreció perfectamente una contracción total del colon transverso, descendente y sigmoide, con los respectivos pliegues, los cuales salvo un moderado aspecto de irritabilidad no se configuran bajo condiciones patológicas dignas de mención.

No se ha producido la evacuación del ciego porque aún existía sustancia barita ingerida en el día anterior.

CONSIDERACIONES

El conocimiento de esta forma de peritonitis crónica encapsulante, así llamada por su tendencia a englobar el intestino relativamente indemne, en una bolsa fibrosa, blanca, brillante, data

para nosotros de la memoria de Wilmoth y Patel (1), que publicaron la primera observación de la literatura francesa. La búsqueda bibliográfica les proporcionó en esa época, 30 observaciones, la mayor parte de ellas tomadas de las obras alemanas; conocida desde muchos años antes por los alemanes que le aplicaron la denominación zuckerguss-darm (intestino glaceado) (2).

En 1932, Ch. Lenormant, relatando en la Sociedad de Cirugía de París una observación de R. Soupault (3), agregaba a ésta, 2 observaciones de Pistocchi, 2 de Sockarjo, 2 de Hochmillen, 2 nuevos en Francia y 14 de la literatura rusa. Las citas bibliográficas de estos casos se encuentran en el relato de Lenormant.

En el mismo año nuevas observaciones fueron aportadas a la Sociedad de Cirugía de París; lo mismo en 1933, 1934, 1935, 1937, 1938 hasta 1939.

La literatura médica norteamericana es escasísima sobre el tema y en los 4 tratados y textos de cirugía más usados (Nelson Surgery, E. Graham, Babcock y Christopher, la afección ni siquiera es mencionada.

En la última sesión de la Sociedad de Cirugía del Uruguay, A. Karlen (4) presentó un caso nuevo, documentado con la bibliografía nacional y con una exhaustiva bibliografía extranjera, a la cual nos remitimos.

De acuerdo con las conclusiones del Dr. Karlen, nos parece que el tema, pese a la rareza de los casos tiene un interés permanente:

- 1º porque el diagnóstico preoperatorio no se hace nunca o casi nunca.
- 2º porque la lesión es desconocida para muchos cirujanos jóvenes, que se encuentran una vez el vientre abierto y

(1) P. WILMOTH y PATEL. — La peritonitis chronique encapsulante. *Journal de Chirurgie*, T. XXXVII, p. 341, año 1931.

(2) LAWEN. — Ascitis bei Zuckergussmilz and Zuckergussleber, geheilt dursh Talmasche operation, sect 6. *Münchener Med. Wockenschrift*, 1912, N° 39, p. 2082.

(3) R. SOUPAULT y Ch. LENORMANT. — Un cas de peritonite encapsulante de nature tuberculeuse. *Bulletin et Mémoires de la Société National de Chirurgie*, 1932, pág. 809.

(4) A. KARLEN. — *Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay*, año 1947, pág. 670.

a veces por una incisión pequeña, con un hallazgo anómalo, que puede desconcertarlos.

- 3º por la etiología tuberculosa de una parte de los casos; esta etiología es seguramente más frecuente de lo que se piensa.
- 4º por la forma anatómica del encapsamiento, lesión ésta fundamental del cuadro patológico, al que le da nombre.
- 5º porque el desconocimiento de la probable etiología tuberculosa, de la anatomía patológica y de un hecho básico, cual es: la tendencia natural de este proceso a la curación espontánea o después de laparotomía exploradora o simplemente evacuadora de la ascitis asociada, puede inducir a quien no conoce el problema a emprender operaciones laboriosas, traumatizantes, erizadas de riesgos de ruptura del intestino.
- 6º porque cuando la etiología es tuberculosa en la mujer, debe pensarse en la lesión anexial (salpingiana) que le dió origen y aplicarle la terapéutica adecuada.

Por los motivos enunciados creemos que el conocimiento de esta afección debe basarse en el aporte documental lo más completo posible de cada caso. La historia que presentamos llena esta condición:

- 1º por tratarse de una peritonitis encapsulante asociada a una ascitis de 10 litros de líquido.
- 2º porque su naturaleza tuberculosa está probada:
 - a) por los antecedentes: pleuresía serofibrinosa 6 años antes, curada.
 - b) por el examen histológico de las paredes de la bolsa.
 - c) por el hallazgo operatorio concomitante de un grueso pio-salpinx tuberculoso.
- 3º la topografía de la bolsa ascítica, y su extensión, y la ausencia de todo órgano peritoneal reconocible dentro de la bolsa, no tiene documento igual en la literatura cono-

cida (ver esquemas). Esta topografía es idéntica a la que los cirujanos de los países del Plata hemos visto a veces, en las formas de peritonitis crónicas enquistadas consecutivas a la ruptura de un quiste hidático del hígado en el peritoneo, con derrame de bilis y elementos hidáticos (coleperitoneo hidático o coleperitonitis hidática enquistada crónica (J. C. del Campo) (1) y V. Pérez Fontana (2).

- 4º porque la terapéutica de la lesión se guió por los principios fundamentales del tratamiento quirúrgico de las tuberculosis sean ellas óseas, viscerales o serosas.

De estos principios uno es incommovible: la elección de la oportunidad operatoria, que debe ser lo más diferida que sea posible, siempre que factores intercurrentes no obliguen a hacer otra cosa "cuando ha pasado el período de anergia y cuando el organismo se ha defendido para convertir la lesión en una cicatriz".

Como cicatriz en materia de tuberculosis no es esterilización de la lesión, las maniobras deben limitarse a favorecer el proceso espontáneo de curación. Por esta razón no se tocó para nada la cáscara envolvente, pero se resecó la trompa asiento de un proceso piotuberculoso y punto de partida verosímil de la peritonitis.

Nos parece de interés mencionar la conducta adoptada frente a la concomitancia de un quiste del ovario de gran tamaño. Desde que la extirpación del piosalpinx impondría el sacrificio del ovario derecho, debimos asegurar la persistencia de la función del ovario izquierdo a fin de no condenar a esta joven de 19 años a la castración. Por ello se hizo la extirpación del quiste por incisión circular de la albugínea y enucleación del tumor de con el parénquima ovárico. La evolución clínica confirmó que ese tejido ovárico era suficiente.

(1) J. C. DEL CAMPO. — Hidatoperitoneo. *Anales de la F. de Medicina de Montevideo*. 1927, p. 702-719.

(2) V. PEREZ FONTANA. — Quistes hidáticos rotos en el peritoneo. *Anales de la F. de Medicina de Montevideo*. 1932, p. 687.

Hay otros hechos a explotar en esta observación; ellos se refieren:

- 1º a la patología y patogénesis de la lesión.
- 2º a la conducta adoptada para asegurar la curación de la ascitis.
- 3º al síndrome humoral.
- 4º al diagnóstico radiológico.

Patología y patogenia de la lesión. — La lámina N° 1 muestra que la bolsa ascítica estaba limitada por detrás por una membrana productiva con elementos tuberculosos. La cara posterior de esta membrana tenía el aspecto del epiplón con adherencias en telaraña al contenido visceral. Lo que indica que el proceso fibroplástico nació y se desarrolló a expensas de la superficie anterior del delantal epiploico. Sea que la siembra venga de arriba como en el coleperitoneo hidático, o de abajo como en esta salpingitis tuberculosa, el delantal epiploico obra como verdadero delantal; el exudado reaccional de su superficie provoca una reacción vascular y fibroplástica, a la que ha escapado la cara posterior del órgano. Las asas han quedado aisladas y libres y si hubo contaminación las lesiones desaparecieron o se enquistaron; exactamente lo mismo que ocurre en el coleperitoneo, donde en ciertos casos puede encontrarse detrás de la bolsa y entre las asas, elementos aislados de siembra hidática secundaria o granulaciones pseudo tuberculosas hidáticas.

El estudio histológico de la membrana de enquistamiento, tanto anterior como posterior, revela que la lesión es cicatrizal, con pocos elementos tuberculosos típicos, de tipo fértil.

Esta constitución explica:

- 1º La ausencia de B. K. en el líquido, tanto al examen directo, como cultivo, como inoculación al cobayo.
- 2º El carácter fibroso da cuenta del enquistamiento y no reabsorción del líquido ascítico. Es por esta cualidad ne-

gativa que se decidió, en el acto operatorio y después de evacuar la ascitis, abrir una ventana en la membrana posterior.

Si la ascitis se reproducía, el líquido iría a caer en peritoneo sano o casi sano y podría ser reabsorbido. Parece que las cosas ocurrieron así, porque la ascitis no se reprodujo.

Síndrome humoral. — Esta enferma tenía una hipoproteinemia (5 grs. 70 %) con índices serina-globulina normal, con una ascitis de 10 litros y una numeración de glóbulos rojos de 4.460.000 y hemoglobina de 100 %. El examen del líquido ascítico reveló una constitución sensiblemente igual a la del plasma, en el total de proteínas (5 grs. 40 %) pero con aumento relativo de las globulinas y de la fibrina.

Las grasas eran normales y el colesterol descendido; existía además abundante material amorfo por destrucción leucocitaria y celular.

La expoliación de plasma exudado hacia la bolsa previsceral determinó una hipoproteinemia por el mecanismo tan conocido de la reposición del plasma perdido por linfa intersticial más pobre en proteínas. Esta enferma tenía una verdadera oligohemia (hipovolemia) por pérdida de plasma, con aumento relativo del número de glóbulos rojos y de la hemoglobina. Este hecho y la hipoproteinemia fueron tenidos en cuenta en la terapéutica profiláctica del choc operatorio y profiláctica de la dehiscencia de la sutura de la amplia laparotomía.