
SOBRE UN CASO DE TUMORES BENIGNOS DEL YEYUNO - ILEON, ENCONTRADOS AL PRACTICAR UNA LAPAROTOMIA EXPLORADORA

CLINICA QUIRURGICA

Servicio Prof. Corpas, 1939.

Curso de Radiología.

Observación N° 1.

Alumno *Alfonso R. Méndez L.*

Cama N° 24.

Fecha de entrada: 14 de septiembre de 1939.

1° *Historia Clínica.*

José del Carmen López, de 29 años de edad. Casado. Jornalero. Natural y procedente de Iza (Boyacá).

Antecedentes Hereditarios: Sin importancia para el caso.

Antecedentes personales: Disentería amibiana hace tres años. Viruela. Niega antecedentes venéreos, de paludismo, y de alcoholismo.

Aspecto general: Sujeto de raza chibcha casi pura, de 1 metro y 60 centímetros de estatura, 120 libras de peso, con tinte amarillo terroso de la piel de la cara, y manchas hipercrómicas en el mismo sitio, asténico muscular, enflaquecido, con ligero tinte sub-ictérico de las conjuntivas, y cuyo abdomen se presenta aumentado de volumen. Mentalidad muy inferior, y de escaso cultivo intelectual.

Evolución de su actual enfermedad: Refiere el enfermo que su enfer-

medad actual se inició hace tres años y medio por trastornos digestivos consistentes en dolores muy intensos en el hipocondrio izquierdo, irregulares en su hora de aparición, pero lo más a menudo eran nocturnos, a la hora y media después de la comida de la tarde, pero que no siempre eran necesariamente condicionados o ritmados por la ingestión de alimentos. Dichos dolores no tenían modalidad alguna especial, pero sí tenían una duración de varias horas, comúnmente toda la noche, e irradiaciones al dorso, en el espacio omo-vertebral izquierdo, con carácter transfixiante, y en algunas ocasiones las irradiaciones se extendían hacia abajo, hasta el hipogastrio. Coexistiendo con su crisis dolorosa se presentaba un grado marcado de meteorismo o distensión gaseoso del vientre, perfectamente generalizado a toda su extensión, pero especialmente marcado en la fosa ilíaca derecha. Igualmente se presentaban vómitos alimenticios, abundantes, los cuales no calmaban la crisis dolorosa, y por otra parte, en muchas ocasiones faltaban, existiendo sola la crisis dolorosa. Refiere el enfermo que algunas veces las materias vomitadas eran un líquido de color de afrecho de café, y que solamente en una ocasión tuvo un verdadero vómito de sangre roja. Estas crisis sobrevenían casi diariamente, de tal manera que se puede afirmar que en esta forma transcurría el día en este enfermo con sintomatología digestiva.

Pero con respecto al año en la sucesión de su fenómenos morbosos, se desprende de su dicho, que no ha existido verdadero período de acalmia, sino que siempre ha sufrido de manera absolutamente irregular, sin períodos de tiempo de normalidad.

Anorexia desde el comienzo de su afección, la cual, ha sido electiva para las papas, particularidad digna de mencionarse, lo mismo que el haber sufrido casi continuamente de diarrea, sin caracteres especiales, pero que en algunas dos ocasiones fué de color negro, lo que hace sospechar hubiese existido melena. Un año después de iniciada su afección notó el enfermo que el vientre aumentaba de volumen. Como todos estos síntomas aumentasen progresivamente de intensidad, especialmente los vómitos, los que últimamente se presentaban también estando el enfermo en ayunas, en forma de un líquido blanco mucoso, ácido, abundante, que destemplaba los dientes, y con restos alimenticios, y su estado general decayese notablemente, sobreviniendo enflaquecimiento, pérdida de fuerzas, anemia, decidió el enfermo HOSPITALIZARSE.

Aparato Digestivo: Anorexia: Diarrea sin caracteres dignos de mención. Aumento de volumen del vientre. Lengua saburral. Dentadura en mal estado. Amígdalas normales. *Abdomen:* Inspección: Vientre aumentado de volumen, extendido transversalmente, de batracio. Piel lisa, tensa, pálida, sin circulación venosa colateral a su nivel, cicatriz umbilical desplegada. Palpación: sensación de renitencia, indolora, sensación de flote neta, buscada por el procedimiento habitual. No se aprecian masas duras o tumefacciones intra-abdominales. Percusión: macicez de los flancos y del hipogastrio estando el enfermo en decúbito dorsal; región umbilical

sonora, presentando el límite superior de la macidez el contorno de una línea curva de concavidad superior. Macidez desplazable con los cambios de posición del enfermo, lo que indica un derrame peritoneal libre. Este aumento de volumen o intumescencia de su vientre, refiere el enfermo, se produjo de modo lento e insidioso, y sin que estuviese acompañado de fiebre. Este síntoma ascitis, sólo se manifestó un año después del comienzo de su enfermedad, es decir, hace dos años y medio a partir de la fecha, que el enfermo se dió cuenta de su existencia, pero nunca por su volumen llegó a producir verdaderas complicaciones.

Como carácter que llamase la atención al examen del vientre de este enfermo, mencionaremos el que la macidez hepática al nivel de la pared antero-lateral del tórax estaba completamente borrada, y en su lugar se percibía sonoridad a la percusión. Bazo: no era percutible.

El resto de los síntomas funcionales correspondientes a este aparato han sido ya mencionados.

Funcionando su abdomen el 21 de septiembre de 1939, dió salida a un líquido mucoso y seroso, color amarillo cetrino, transparente, cuyos resultados de examen químico e histológico se indicarán más adelante.

Aparato Circulatorio: 65 pulsaciones por minuto en decúbito dorsal, tensión arterial: máxima 12; mínima 8. El resto del examen clínico de éste aparato NORMAL.

Aparato Respiratorio: Normal.

Aparato Uro-genital: Normal.

Sistema Nervioso: Normal.

Organos de los sentidos y piel: Normales.

El cuadro térmico de este enfermo muestra que ha estado apirético a su llegada al Servicio y durante toda su permanencia en él.

Diagnóstico: Con estos datos del examen clínico completo, a éste enfermo se le hizo un diagnóstico preliminar de PERITONITIS TUBERCULOSA, en su forma o variedad ASCITICA, ya que en ésta, en su período de estado, la sintomatología se resume en un solo signo: la Ascitis, y aun cuando su período de comienzo o iniciación tiene las características de ser lento e insidioso, con dolores vagos del abdomen, trastornos gastro-intestinales como náuseas y vómitos, diarrea, o más a menudo, constipación, temperatura vespertina de 38° ó 38,5 grados, con signos de reacción pleural y algunas veces ligero derrame de la misma, fatiga física, palidez, enflaquecimiento, al cabo de algunas semanas de evolución de la afección éstos signos funcionales generales desaparecen, en este enfermo nos escapa la manera precisa del comienzo de su afección, ya que sólo nos es posible examinarlo después de tres años y medio del comienzo aparente de ella. Por otra parte, el único signo físico que continúa aumentando de intensidad es el derrame peritoneal en la peritonitis tuberculosa de forma ascítica, y es el que en realidad de verdad era predominante en este enfermo.

Con respecto a su sintomatología gástrica propiamente dicha, no se

podían deducir del dicho del enfermo datos lo suficientemente claros como para llevar un diagnóstico de úlcera pilórica o duodenal, mucho menos de cáncer gástrico, ya que la estenosis pilórica que parecía existir por el síndrome relatado por el enfermo, no aparecía muy nítida y tal vez faltaban varios de sus signos clínicos cardinales, aunque radiológicamente sí fué posible ponerla de manifiesto, al mismo tiempo la dilatación y estasis gástrica por posible estenosis pilórica, sobre cuya naturaleza orgánica o espasmódica tampoco se pronuncia el radiólogo.

Todas las otras causas de la ASCITIS: cardíaca, hepática, renal, discrásica, etc., fueron eliminadas en el presente enfermo por falta de todos sus signos propios, y sólo quedaba como diagnóstico positivo CLINICO el de *Peritonitis tuberculosa de forma ascítica, crónica*, aunque esta variedad fuese más frecuente en los niños y adolescentes.

Pero como se sospechara que coexistiendo con la peritonitis existiese alguna lesión gástrica, y de que por la intervención quirúrgica alguna lesión ulcerosa del estómago se descubriese (se pensaba con más probabilidad en éste por el resultado de los exámenes radiológicos, que más adelante se indicarán), se decidió la intervención, y el enfermo subió a la mesa operatoria el 5 de octubre de 1939, y bajo narcosis, se hizo incisión media supra-umbilical. Al llegar a la serosa peritoneal parietal se notó ésta congestionada, color rojo oscuro, despulida, espesa, y aunque no se apreciaron adherencias al intestino u estómago, fué grande la sorpresa de ver escapar de la cavidad peritoneal, al incidir el peritóneo, gas y líquido al mismo tiempo, lo que por un momento se tomó por abertura accidental del estómago o intestino en este tiempo operatorio. Nada de ésto había sucedido, sino simplemente, que se había roto uno de los quistes que presentaba la pared del yeyuno. A la exteriorización de éste se notó que el segmento verdaderamente quístico medía unos 0.60 centímetros de longitud, y presentaba sacos gaseosos de volumen variable, muy numerosos, contiguos los unos a los otros, y cuyo tamaño variaba de el de una cereza y menos al de un huevo de paloma, su superficie externa estaba formada por el peritóneo visceral del yeyuno y del íleon, la cual sesora aparecía brillante, transparente, libre de adherencias, y sin que se apreciara líquido alguno en su interior. Una parte de la superficie de los quistes suberosos hacía saliente en la cavidad peritoneal y era la que permitía apreciar su volumen, pero seguramente el resto de su extensión hacía hernia en la luz del intestino, o en sus paredes, desplegando sus capas constitutivas.

Entonces se abrieron algunos de los quistes, y se descubrió que su contenido era gaseoso únicamente, y que estaba bajo presión, pero no se recogieron estos gases.

Simultáneamente se observaban modificaciones en el aspecto y consistencia de la *totalidad* del intestino delgado: estaba de color rojo violáceo en el segmento que correspondía a la zona quística, pero en las primeras ansas del yeyuno, que no presentaban quistes, se apreciaba igual

color rojo, aunque más pálido, del intestino, y un tinte blanco-grisáceo en su superficie, el cual se extendía hasta la zona correspondiente del mesenterio de estas ansas, dando como el aspecto de una linfangitis en capa de la sub-serosa. Allí, su consistencia era algo dura, sin ninguna otra particularidad. Continuada la exploración del resto del delgado, se observaba en las últimas asas ileales hasta su desembocadura en el ciego, —y que tampoco presentaban quistes—, igual congestión, Apéndice y ciego congestionados. Cólores de aspecto normal, Estómago normal: píloro: no se descubrió lesión alguna a su nivel. Existía en la cavidad peritoneal moderado grado de ascitis. No se descubrieron quistes en el mesenterio, epiploon grande, mesos, o peritoneo parietal. Hígado normal, pero ptosado hacia la izquierda. Al nivel del peritoneo parietal no se encontraron adherencias o tumoraciones, o granulaciones, y sólo presentaba las lesiones de congestión descritas.

Como terminada la exploración no se encontrase ninguna otra particularidad digna de ser anotada, se decidió cerrar la pared, sin practicar maniobra alguna en las vísceras.

El enfermo tuvo un post-operatorio completamente normal.

Por esta laparotomía se confirmaron y explicaron algunos de los datos radiológicos obtenidos en los exámenes que luégo describiremos, y también se pudo rectificar otros de ellos. En efecto, lo que el radiólogo tomó por ser el colon en aerocolia acentuada, y en situación de estar interpuesto entre el diafragma y la cara superior del hígado, es decir, un colon ectópico y suprahepático, con ptosis del hígado hacia adentro y a la izquierda, correspondía, en realidad a claridad anormal infrafrénica derecha, por los tumores gaseosos del segmento del delgado afectado, el cual había ascendido y había determinado a su vez, la ascensión del hemidiafragma correspondiente derecho, y había producido la ptosis del hígado, tal como se observaba en las placas radiográficas. Esto es posible, aun anatómicamente. En realidad era la imagen de un tumor gaseoso infrafrénico derecho, lo que se observaba, y lo cual se traducía clínicamente por la separación de la macidez hepática a la percusión.

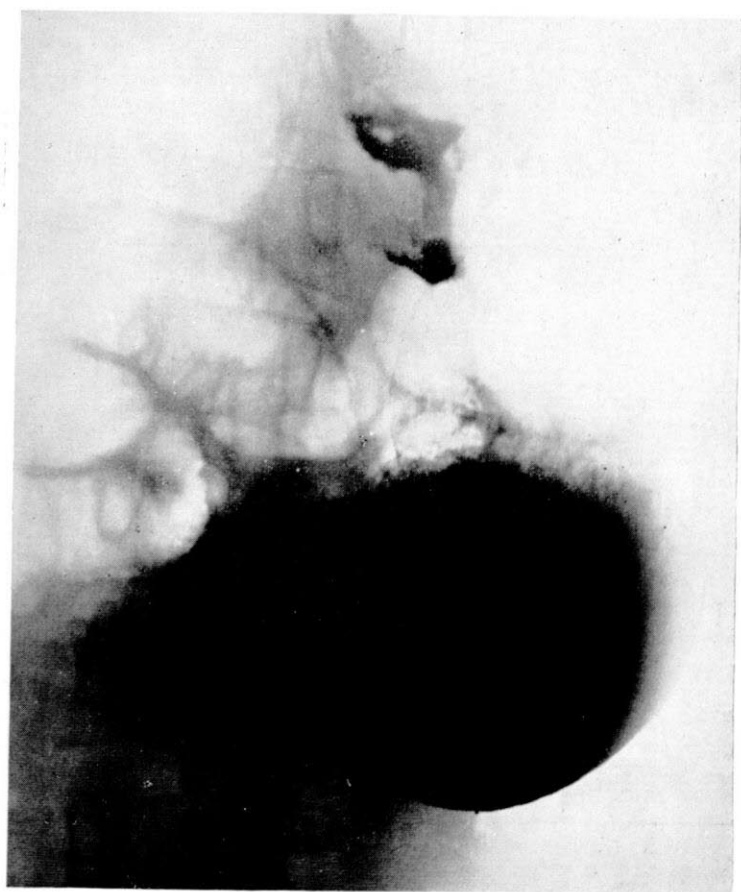
Exámenes Radiológicos:

“18 de septiembre de 1939. José del C. López. Diagnóstico clínico: estenosis pilórica. (?)”

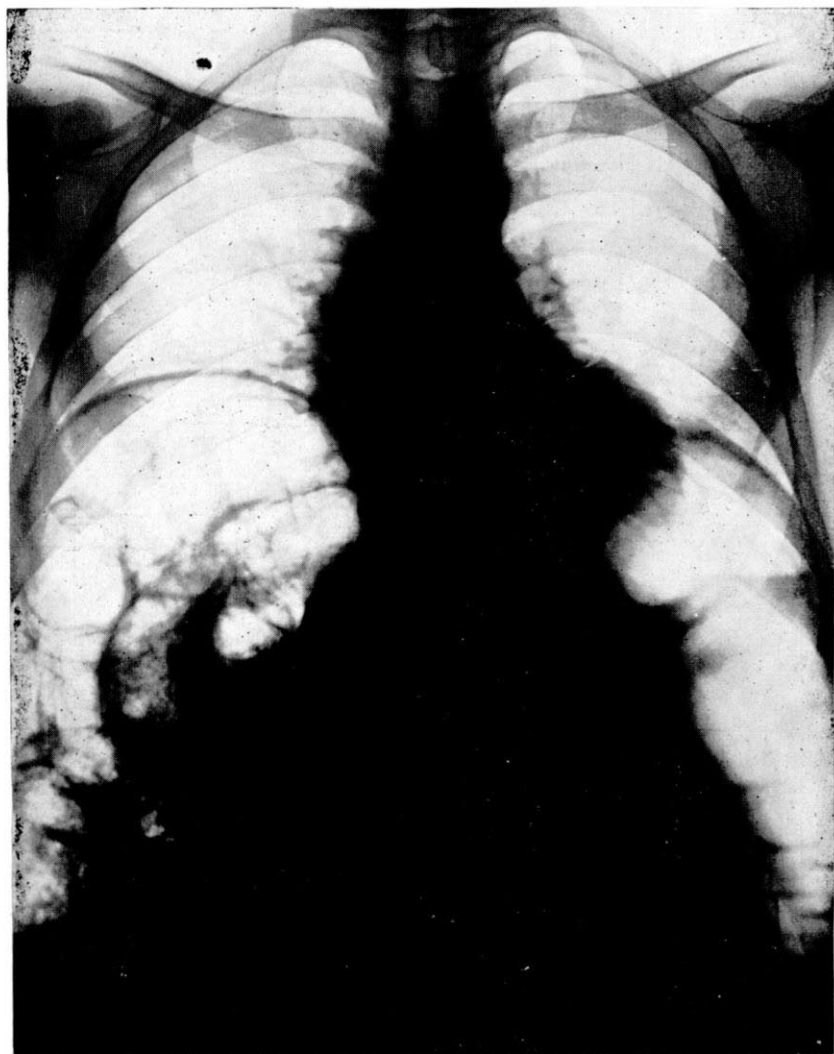
Resultado: En el examen radiológico del estómago aparece este órgano de tamaño bastante grande y situación un poco baja, la motilidad muy disminuída, la comida baritada no se vió pasar al intestino, ni en las placas radiográficas aparece imagen alguna que corresponda al bulbo duodenal. Debemos anotar que la aerocolia es muy acentuada especialmente del lado derecho, pues el intestino se ha colocado entre el diafrag-

ma y la cara superior del hígado, desalojando éste órgano fuertemente hacia la izquierda y hacia abajo. El hemi-diafragma derecho alcanza hasta la VII costilla. Por los datos radiológicos anotados creemos que exista una estenosis pilórica”.

Firmado, *P. E. Falla Orozco.*



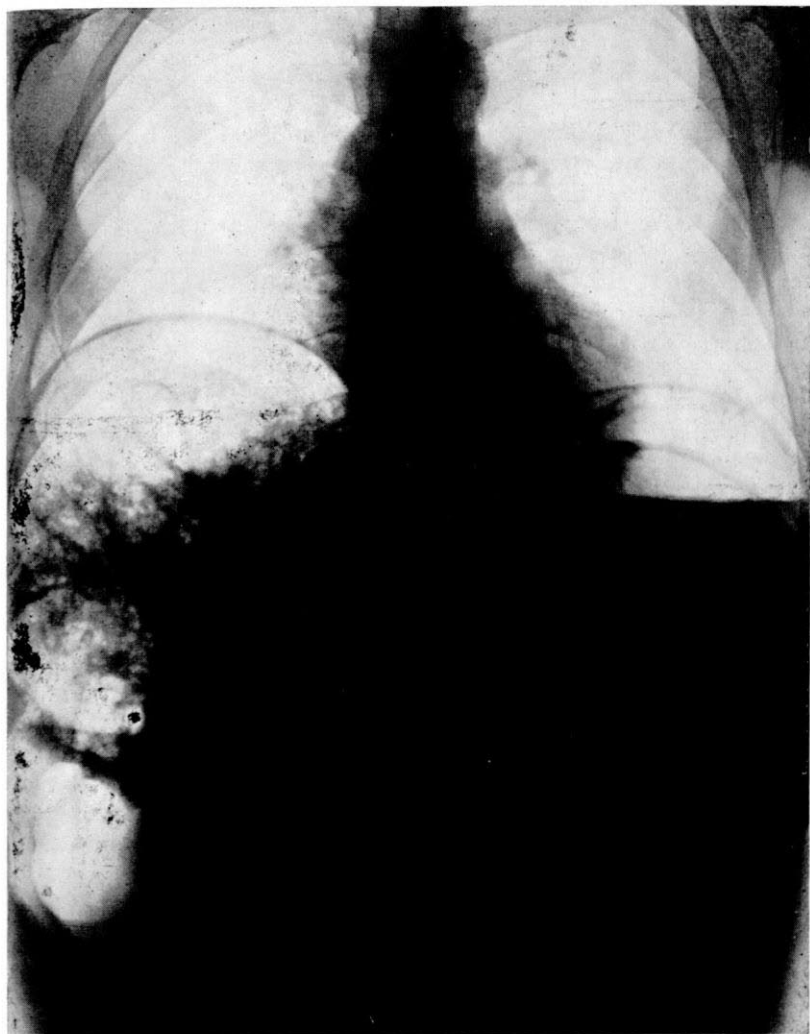
“23 de septiembre de 1939. José del C. López. Diagnóstico Clínico: estenosis pilórica, Peritonitis tuberculosa (?). Resultado: en el nuevo examen radiológico de este enfermo se ve que el nivel del líquido peritoneal ha bajado bastante, pero el colon sigue en la misma posición, interpuesto entre la cara superior del hígado y el diafragma”. Firmado, *P. E. Falla Orozco.*



Nótese que en primer resultado del examen radiológico no se habla de la presencia del líquido intra-peritoneal.

Hacemos notar que se pueden agrupar un conjunto de datos radiológicos, como resultado de los exámenes practicados a este enfermo:

1º Ectasia gástrica. 2º. Estenosis pilórica, puesto que la comida baritada no se vió pasar al intestino. 3º. Hepatopsis. 4º. Elevación anormal del hemi-diafragma derecho. 5º Claridad anormal infra-frénica derecha. 6º. Ascitis, o líquido intraperitoneal.



No obstante ésto, es prácticamente imposible hacer un diagnóstico radiológico cierto de estos quistes gaseosos, y lo más que podría indicarnos sería la presencia de tumores gaseosos en el abdomen, ya que la distinción con un colon ectópico, o con una gran distensión gaseosa del intestino sería casi imposible.

Ahora, CLINICAMENTE, el diagnóstico de esta afección no ha sido hecho, ni es posible hacerlo, ya que propiamente hablando, ella no tiene sintomatología propia, sino que es la de la afección gástrica o intestinal

coexistentes, o en otros casos, queda completamente silenciosa, y entonces éste será necesariamente diagnóstico operatorio, secundario, como en nuestro enfermo, o hallazgo de autopsia. Más adelante trataremos de la cuestión de la sintomatología de esta afección.

EL PRONOSTICO de esta afección es completamente benigno en sí ya que muchas veces ella regresa de manera espontánea, o después de una simple laparotomía. El asunto de que pueda dar lugar a complicaciones por su volumen o situación de grandes masas quísticas de tumores, sobre el intestino mismo, es una excepción. Como frecuentemente esta PNEUMATOSIS QUÍSTICA DEL ABDOMEN coexiste con otras lesiones gástricas o intestinales diferentes en su naturaleza, el pronóstico estará, entonces, condicionado por el de la afección predominante, en nuestro caso PERITONITIS CRÓNICA.

TRATAMIENTO. A este enfermo sólo se le practicó una *laparotomía* exploradora. Era el único realizable.

Exámenes de laboratorio. 1º. Coprológico: 16 de septiembre de 1939. Resultado: Hematíes y leucocitos en regular cantidad. Strongiloides stercolaris XX.

2º Líquido Ascítico: 21 de septiembre de 1939. Se solicita R. de Rivalta y examen citológico: Resultado: R. de Rivalta Positiva XXX.

Linfocitos: 30%. Polinucleares, 20%. Abundantes hematíes. Hasta 50 elementos por campo microscópico. Agregamos nosotros: es un derrame citológicamente hemorrágico.

3º Sangre: 15 de septiembre de 1939. Numeración globular y fórmula leucocitaria.

Resultado: Hematíes 5.040.000 por mm.³.

Leucocitos: 5.000 por mm.³.

Hemoglobina 80%. Metamielocitos neutrófilos 3%.

Ponucleares neut: 75%.

" eosinf: 6%.

" Bas:—

Linfocitos: 13%.

" medios: 3%.

4º Orina. 15 de septiembre de 1939. Albúmina N° Glucosa N° Pigmentos N° Sedimento Oxalato cal XX. Acido úrico X. Bacterias XX.

Bogotá, 11 de octubre de 1939.