

A PROPOSITO DE LAS ESTENOSIS NEOPLASICAS DEL COLON

Extirpación del Colon derecho. Curación (1).

Por el Prof. *Manuel José Luque*.

Queremos hablar hoy de tres historias clínicas, referentes a estenosis del colon. Las enfermas llegaron al Pabellón Sta. Helena y ocuparon nuestro servicio del Hospital de San Juan de Dios, en donde se hizo el correspondiente estudio. Uno de los casos en cuestión fue operado. Salió por curación, continuó después en perfecta salud y se controló recientemente, radiológica y clínicamente, ratificando el concepto de sus funciones absolutamente normales. Los otros dos, no operables, continuaron agravándose progresivamente y terminaron por la muerte en un tiempo más o menos lejano.

Vamos a considerar, en primer término, estos últimos con el ánimo de establecer una comparación que nos llevará necesariamente a la diferenciación del diagnóstico con la estenosis izquierda del colon. Finalmente nos proponemos presentar, sin mayor comentario, la historia clínica de la enferma curada a fin de que el lector puede deducir por sí mismo los efectos de la colectomía hecha en oportunidad. Y deseamos insistir especialmente en el hecho de que durante dos años se siguieron, de una en una y en todos sus detalles todas sus manifestaciones y su evolución, hasta alcanzar el resultado que hoy publicamos.

PRIMERA HISTORIA

“Clínica quirúrgica”.

Prof. *Manuel José Luque*.

Historia Clínica del alumno *Miguel A. Tello*.

Iniciales del nombre de la enferma: *L. O.*

Edad: 55 años.

(1) Conferencia dictada en el curso del Prof. *Manuel José Luque*. Clínica Quirúrgica. Hospital de San Juan de Dios.

Profesión: oficios domésticos.

Natural de Sopó.

Estado civil: soltera.

Procedencia: Bogotá.

Entró al servicio el 15 de abril de 1941 en el Hospital de San José.

Pasó al Hospital de San Juan de Dios el 7 de junio de 1941.

Antecedentes hereditarios: sin importancia; la madre sana. El padre falleció a causa de un traumatismo. No recuerda más.

Antecedentes personales. Muy joven tuvo viruela y fiebre tifoidea. Hace tres años le apareció un reumatismo; de resto ha sido sana. Bebedora habitual de chicha. Ha sufrido varios golpes y ha tenido numerosas caídas probablemente a causa de su oficio, que es el de cargar canastas y valijas.

Antecedentes genitales. El período menstrual comenzó entre los 13 y los 14 años sin turbación alguna. Continuó cada mes, en ocasiones cada 15 días, de 2 a 3 días de duración, pero nunca tuvo alteraciones como cólicos, hemorragias excesivas, etc. Hace 10 años se suspendió sin accidente alguno y desde entonces no ha tenido hemorragias genitales ni ninguna turbación. No ha tenido embarazos. Examinada por nosotros en el Hospital de San José, obtuvimos los siguientes datos:

Evolución de la enfermedad. Cinco meses antes de hospitalizarse, empezó a sufrir dolores abdominales tolerables, localizados en el epigastrio y tuvo vómitos. Después de las comidas sentía pesantez abdominal y ruidos al parecer del intestino. Tomó algunas medicaciones y el vómito, que aparecía sobre todo después de comer, se le suspendió. Los dolores, que continuaron no muy intensos, le permitía trabajar, pero persistió la pesantez abdominal post-prandial y hubo además, cierta constipación intestinal. En este estado, con alternativas de recrudescimiento y mejoría, siguió hasta principios de abril en que habiendo hecho un grande esfuerzo en un día por la mañana, en las horas de la noche sintió un gran dolor en el abdomen que irradiaba a la región dorso-lumbar con sensación de desgarramiento del pecho, (como "alambres" dice la enferma) más la impresión de que todos los órganos abdominales se salían por el periné. Apareció abundante vómito que persistió por un día y una noche, en especial al ingerir alimentos o agua, y diarrea sanguinolenta. Los pies se edematzaron ligeramente, tuvo palpitaciones y angustia acentuadas al comer o al caminar. Todos estos síntomas se intensificaron en forma tal que la obligaron a hospitalizarse. En ningún día hubo fiebre. Orinas turbias. Y, repetimos, la mortificaba un gran peso abdominal, especialmente después de las comidas.

Estado general de la enferma. Primer examen; (a principios del mes de mayo de 1941). Dice la enferma que no tiene vómito ni diarrea y que hace deposición diaria, en ocasiones hasta dos y tres veces. Goza de apetito pero no puede comer nada con sal, por que siente náuseas y llenura. Refiere que tiene una masa en el lado derecho del abdomen, un tanto dolorosa, que en esa región experimenta un marcado malestar después de las comidas. No tiene palpitaciones ni angustia. Los pies, en el momento no están edematizados.

Inspección general. Es persona de aspecto esquelético, normal. Piel y conjuntivas pálidas y en la cara empieza a aparecer un tinte amarilloso, no francamente ietérico. No está demasiado enflaquecida. Permanece acostada más frecuentemente sobre el lado izquierdo y siente molestias abdominales al sentarse en la cama.

Aparato digestivo. Lengua limpia y de humedad normal. Dentadura en mal estado. Amígdalas sanas. Abdomen de paredes flácidas, un tanto meteorizado, especialmente en el lado derecho. La palpación profunda despierta dolor que localiza exactamente en la fosa ilíaca derecha, en donde se percibe una masa dura del tamaño de un huevo de gallina, adherente a la pared posterior de la fosa ilíaca. El hígado baja un poco del reborde costal. Bazo no percutible. Después de la palpación abdominal experimenta gran malestar en la fosa ilíaca derecha. Deposición dura, en ocasiones estriada con sangre. Al tacto rectal, no hay hemorroides.

Aparato urinario. No hay dolor en los puntos renales ni ureterales. Cuando hace mucho frío dice sentirlo en la región lumbar. La orina, turbia, en ocasiones.

Aparato respiratorio. No se encuentran alteraciones ni a la auscultación ni a la percusión. Cuando entró al servicio se quejaba de ligero dolor en la espalda.

Sistema linfático. No hay infartación ganglionar en ninguna parte del cuerpo.

Aparato genital. Vulva sana. Himen desgarrado. Matriz pequeña al tacto vaginal y exploración bimanual. Vagina normal y fondos de saco libres.

Sistema nervioso y Órganos de los sentidos. Reflejos y equilibrio, normales. Las sensaciones dolorosas ya citadas. Es de anotarse que la enferma tiene un temperamento un tanto irritable.

Temperatura. La curva térmica oscila entre 36° y 36°5.

Exámenes de laboratorio. Orinas. (Abril 18 de 1941). Albúmina, huellas. Glucosa, acetona, pigmentos biliares e indican, no hay. Urobilina, normal. Reacción ácida. Como sedimento se encuentran glóbulos de pus, glóbulos rojos y células vesicales.

Materias fecales. Negativo para parásitos.

Examen radiológico. (Abril 29. Hospital San José). En la ra-

diografía de la pelvis no se aprecian signos visibles que indiquen una deformación osteosarcomatosa del hueso coxal derecho. Hay una sombra opaca del tamaño de un huevo, en la región del ciego y que parece debida a una sustancia opaca. (Bario, coprolito?).

Nuevo examen radiológico. (Mayo 6). "En el examen pielográfico con uro-selectan, descendente, los riñones con sus cálices y pelvis renales presentan un aspecto normal en su forma, tamaño, posición, funcionamiento y no hay cálculos en los parenquimas ni en los ureteres. Hay una pequeña pelvis supernumeraria del lado derecho. Persiste la sombra opaca en la fosa ilíaca derecha, la cual es independiente del uretere y de la vejiga".

Hemos dicho que esta enferma entró al Hospital de San José en el mes de abril. Al mes siguiente observamos una sintomatología semejante en su aspecto general, pero acentuada en determinados síntomas. Es decir: había pesantez abdominal después de comer; "molestia" que ella señalaba con la mano, en la fosa ilíaca derecha, ligero soplo sistólico. Pero encontramos además, que el tinte amarillo especial de la cara y el tumor abdominal iban en aumento. Especialmente éste, que crecía hacia el flanco derecho formando una masa alargada, dura en el centro, ligeramente móvil en el sentido lateral y algo sensible a la palpación.

Veamos otros exámenes.

Sangre. (Mayo 12/41).

Numeración globular.

Glóbulos rojos	.....	.....	.....	.....	.....	2,280,000
Glóbulos blancos	.....	.....	.....	.....	.....	6,640

Fórmula leucocitaria.

Linfocitos	.....	.....	.....	.....	.....	.....	20%
Monocitos	.....	.....	.....	.....	.....	.....	5%
Polinucleares	.....	.....	.....	.....	.....	.....	74%
Eosinófilos	.....	.....	.....	.....	.....	.....	0%
Metamielocitos	.....	.....	.....	.....	.....	.....	1%

El día 7 de junio del mismo año (1941) la enferma se trasladó al Hospital de San Juan de Dios, a nuestro servicio, donde se observó diariamente y en donde le fueron practicados varios análisis.

En la nueva exploración clínica hallamos:

Inspección general. Enferma enflaquecida y debilitada. Piel amarilla especialmente en la cara. Conjuntivas muy pálidas.

Aparato digestivo. Disfruta de apetito y come cuanto se le da, pero siente llenura y malestar después de la ingestión de alimentos. Peso y molestia en el lado derecho del abdomen en el cual se pre-

sentan dolores, más o menos tolerables. Deposición normal y dia-
ria. Ni diarreas ni vómitos. Lengua limpia como lavada. Dentadura en mal estado. Abdomen de paredes flojas, algo saliente, leve-
mente meteorizado y doloroso a la palpación derecha e indoloro a
la izquierda. Se percibe un tumor, ya mucho más grande, en la fosa
iliaca derecha que sigue el flanco y el hipocondrio de ese lado y
parte de la región umbilical: fijo, doloroso al palparlo y al per-
cutorlo, duro en el centro, de dirección hacia abajo y hacia adentro.
Hígado y bazo normales.

Aparato urinario. Orina turbia en ocasiones. No hay trastor-
nos miccionales, ni dolor en los puntos ureterales ni renales. En
las orinas existen alteraciones sin importancia.

Aparato circulatorio. Pulso irregular e hipotenso. Taquicardia
(100 pulsaciones). En el cuello, hay "danza arterial". Ventrícu-
lo izquierdo ligeramente dilatado. Punta del corazón en su lugar nor-
mal. Soplo sistólico ligero en el orificio aórtico que se propaga a la
clavícula derecha e invade el foco pulmonar. En este sitio pueden
percibirse ruidos, velados por el soplo descrito, especialmente sis-
tólicos. Normales los ruidos del foco tricuspidiano. Tenemos la im-
presión de que el soplo sistólico pudiera ser anémico.

Tensión arterial. (Aparato de Vaquez). Brazo izquierdo: Max
12,2—Mn. 4,8. Brazo derecho: Max. 12—Mn. 4,5.

No existen várices, ni edemas, ni hemorroides.

Aparato respiratorio. No hallamos alteración alguna. Al exa-
men radioscópico está normal. 18 respiraciones en el minuto.

Sistema nervioso y órganos de los sentidos. Sin alteraciones.

Aparato genital. Conserva los mismos caracteres que en el pri-
mer examen.

Temperatura. Raramente ha tenido ligeros ascensos de 37.—37°
4.—37°,6. En general, oscila entre 36 y 37.

Otros exámenes de laboratorio. Practicados en el Hospital de
San Juan de Dios. (Junio 16 de 1941).

Sangre.

Hematies	...	...	...	...	...	...	...	1,680.000
Leucocitos	...	...	...	...	...	...	...	5.400
Hemoglobina	...	...	...	...	...	...	...	40%
Valor globular	...	...	...	...	...	...	...	1,06

Azohemia.

0,30 por litro. (U. de Montoya).

Glicemia.

1 gramo por litro.

Tiempo de coagulación.

6 minutos (Howell).

*Materias fecales.*Quistes de *E. histolytica*.Quistes de *E. coli*.

Sangre positiva.

Orina.

Albúmina: ligeras huellas.

Glucosa: no hay.

Pus y sangre: no hay. Sedimento: bacterias; células de descalcación.

Diagnóstico positivo. (Hecho por un alumno).

“Parece tratarse de un tumor canceroso del ciego y del colon ascendente por estas razones:

“1º: Por la edad de la enferma: 55 años”.

“2º: Por los paroxismos dolorosos que hubo en diciembre pasado y en abril del año en curso: reemplazados en el intervalo de tiempo que transcurrió entre ambos, por sensación de plenitud post-prandial, pesantez, malestar en la fosa ilíaca derecha, síntomas estos que han persistido después de abril.

“3º: Por los dolores a distancia: epigástrico, región lumbar y por fenómenos también a distancia, de orden reflejo como el vómito.

“4º: Por la diarrea, signo extraordinariamente significativo en las afecciones cancerosas del colon derecho.

“5º: Por la melena que acompañó a la diarrea, síntoma especialmente importante, ya que no existe en la enferma otra lesión que la haya producido. Pues, si bien es cierto, que en recientes exámenes se hallaron quistes de *E. histolytica*, debemos recordar que en las primeras investigaciones los resultados fueron negativos, no obstante haber sido verificados poco después de la diarrea.

“6º: Por la presencia de un tumor en la fosa ilíaca y en el flanco derechos; vertical, que sigue la dirección del colon respectivo y del ciego, duro en el centro, móvil, en un principio y posteriormente adherente, doloroso a la palpación; que ha tenido la tendencia a crecer cada vez más y más, en espacio de tiempo relativamente corto.

“7º: Por el estado general que se ha agravado, como los demuestran la anemia indicada en la fórmula y la numeración globulares. Como lo prueba la clínica por la palidez cada día más mar-

cada, por el tinte pajizo canceroso de los tegumentos, el debilitamiento general, el soplo, anémico, etc.

Comparemos ahora las fórmulas sanguíneas en fechas distintas:

"8º: Por los informes radiológicos que confirman el diagnóstico. Estos son: "Junio 16. Hospital de San Juan de Dios. En el examen radiológico del colon hecho por medio de enema opaco, y también con insuflación de aire, después de la evacuación del bario, no se encuentra nada patológico en el colon sigmoide, el descendente y el transverso. Tanto el aire, como el bario se detienen bruscamente hacia la parte media del colon ascendente y no se logró llenar la primera parte de esta porción ni del ciego. La detención de la sustancia opaca se hizo bruscamente, formando una línea nítida y de concavidad inferior".

“Diagnóstico diferencial. En un principio, cuando el tumor no llegaba al flanco derecho, pensamos en varias entidades, de posible localización en la pared posterior de la fosa ilíaca. Son las siguientes:

"I—Exostosis, que es indolora, sin fenómenos digestivos, salvo que sea de gran tamaño y sea vista a la imagen radioscópica. En nuestro caso, no hay dolor; existen las turbaciones digestivas y la radiografía de la pelvis fue negativa.

"II—Un osteosarcoma. Es doloroso, se presenta en los jóvenes con predilección; no tiene fenómenos digestivos salvo invasión que ocurre, no al principio de su desarrollo y que presenta fenómenos compresivos, como neuralgias, edemas, etc. Aquí el dolor no ha sido intenso ni continuo y carece de los demás caracteres. Radioscopia negativa.

"III—Osteitis. Cualquiera que ella sea, no hay fenómenos dolorosos.

(Fdo.) *M. A. Tello*”

SEGUNDA HISTORIA

“Clínica Quirúrgica,

Prof. Manuel José Luque.

Historia Clínica del alumno Santiago Rengifo Salcedo.

Iniciales del nombre de la enferma M. B.

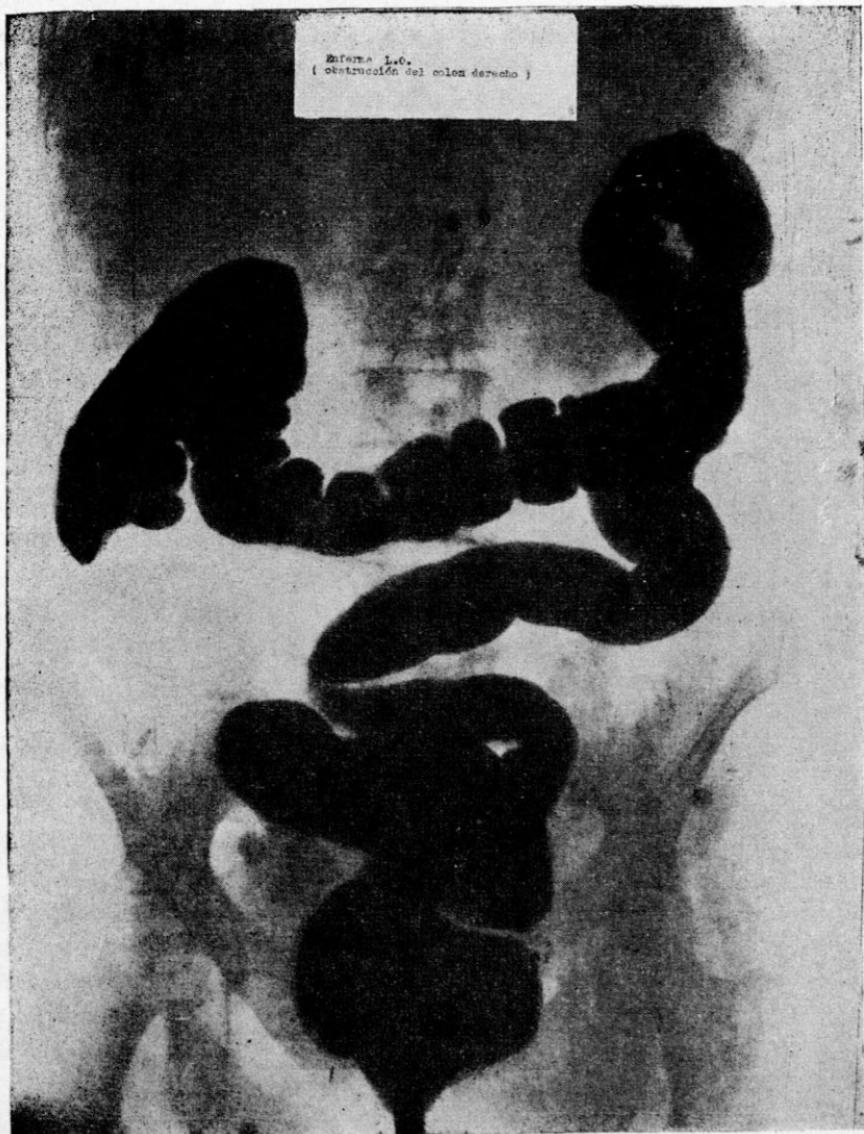
Edad: 46 años.

Eduardo: 10 años.

Procedencia: Puerto Salgar

Procedencia: Puerto Barrios

Enferma L.O.
(obstrucción del colon derecho)



Fecha de entrada al Hospital de San José: junio 20 de 1941.

Fecha de entrada al Hospital de San Juan de Dios: junio 25 de 1941.

Antecedentes familiares. Los padres, ambos alcohólicos. El padre falleció a edad avanzada, de gota, y sufrió durante muchos años de ciática. La madre, de 60 años, tiene una úlcera en la pierna derecha. La paciente que estudiamos tuvo seis hijos nacidos a término: 2 hombres y 4 mujeres. El segundo murió a las dos semanas. Una de sus hermanas tiene una úlcera en el dorso del pie derecho, que apareció después de su segundo parto. Parece que hay atrofia muscular de la región correspondiente. Uno de los hermanos tiene un labio leporino incompleto y bilateral. Una de sus hermanas tiene 4 hijos, tres mujeres y un hombre, este con pies chapines.

Antecedentes personales. Ha sido palúdica constante. Sufrió de neumonía hace 4 años, que evolucionó en 15 días. Tres meses después tuvo otra, con igual duración y, cuatro meses más tarde, una tercera con el mismo tiempo de enfermedad. Estas afecciones pulmonares las sufrió en "La Victoria", Caldas, clima medio.

Sarampión hace 20 años. Viruelas hace 17. Reumatismo hace 6. Catarros frecuentes. De joven tomó casi diariamente "guarapo" y aguardiente.

Enfermedad actual. La enfermedad que la obligó a hospitalizarse se originó cuando vivía en "La Fé" (Caldas) hace 10 años. Los primeros síntomas fueron agrieras después de las comidas, pérdida del apetito, deposiciones diarreicas en ocasiones, sanguinolentas, glerosas, hemorrágicas especialmente cuando tomaba bebidas heladas. Constipación, las más de las veces, permaneciendo hasta tres y cuatro días sin hacer deposición.

Dolor espontáneo en la fosa ilíaca izquierda, con los caracteres siguientes: tenue, un poco más intenso en las noches, permanente uno, dos y tres meses; con períodos de calma que llegaron a ser hasta de 2 años. Hace mes y medio, después de un período de dos años de alivio volvió a aparecer el dolor, más fuerte que antes, constante y en el mismo sitio anotado; dolor que, con los caracteres de las crisis anteriores, irradiia hacia la parte izquierda y media del hipogastrio y hacia el gran labio de ese lado.

Aparato urinario. Polakiuria diurna y nocturna. Disuria en ocasiones. Orina clara. Cantidad de cien C. C, aproximadamente, por micción.

Antecedentes ginecológicos. Menstruación a los 18 años. Ciclo de ella: 4/28 y 4/15, con los caracteres de abundante, dolorosa y con coágulos. Se suspendió hace tres años y medio. De esa época en adelante, le aparecen manchas equimóticas de unos dos centíme-

tres de diámetro localizadas indistintamente pero siempre en los miembros inferiores.

Hace tres años y medio flujo vaginal amarillo, fétido, cáustico y que manchaba las ropas. Se le suspendió hace un año después del tratamiento que le hicieron para eso en el Hospital de Honda. Ningún antecedente sifilitico.

Vulva de aspecto normal, vagina ligeramente granulosa. Cuello uterino de multípara, desgarrado. Movilidad de la matriz normal a la palpación bimanual. Tamaño, forma, posición absolutamente fisiológica.

Piel: Sana.

Corazón y vasos: normales.

Bazo y ganglios: bazo percutible en una zona de tres centímetros de diámetro. No hay ganglios.

Organos de los sentidos: Sólo es de anotar que siente dolor en los ojos al leer, pero usa anteojos indicados y comprados por ella, al azar.

Sistema nervioso: normal.

Tubo digestivo:

Dentadura: artificial desde hace 15 años.

Lengua: limpia, algo seca.

Al examen del abdomen se observa:

Inspección: paredes flácidas.

Palpaciones: se encuentra en el colon ilíaco una pequeña masa desalojable. Espontáneamente también se mueve.

Percusión: timpanismo exagerado en el ciego y el colon ascendente. Macicez en la masa anotada.

Rectoscopia: No hay hemorroides. Ano normal. Ampolla rectal también sana. A 9 centímetros se halla una masa poliposa que obs-

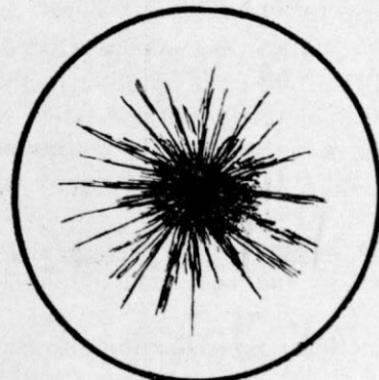


Fig. I.
ABO.

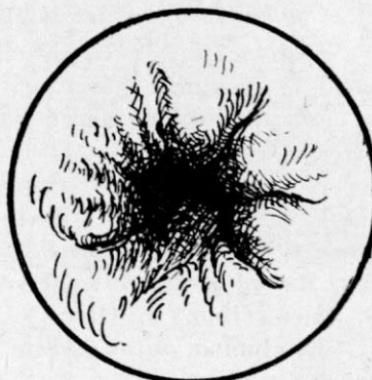


Fig. II.
A cuatro centímetros sobre el ano.

truye, de coloración roja encendida, sanguinolenta, que hace contraste con la coloración rosada de la mucosa sana. Sangra cuando se le toca, es dura e impide el paso del rectoscopio.

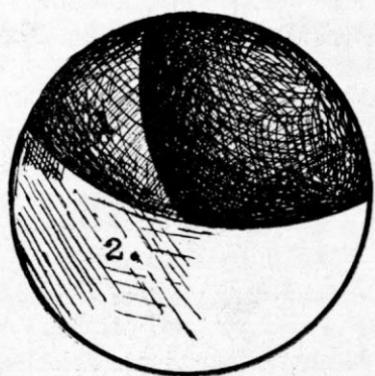


Fig. III.



Fig. IV.

NEOPLASMA (entre 9 y 10 centímetros).

A siete centímetros encima del ano.

1. Válvula sagrada inferior.
2. Válvula de Nelaton.

Exámenes de laboratorio.

Materias fecales: huevos de uncinaria —sangre oculta, no hay.

Blanca	4,000
Roja	2,620,000
Hemoglobina	80%

Junio 27/41.

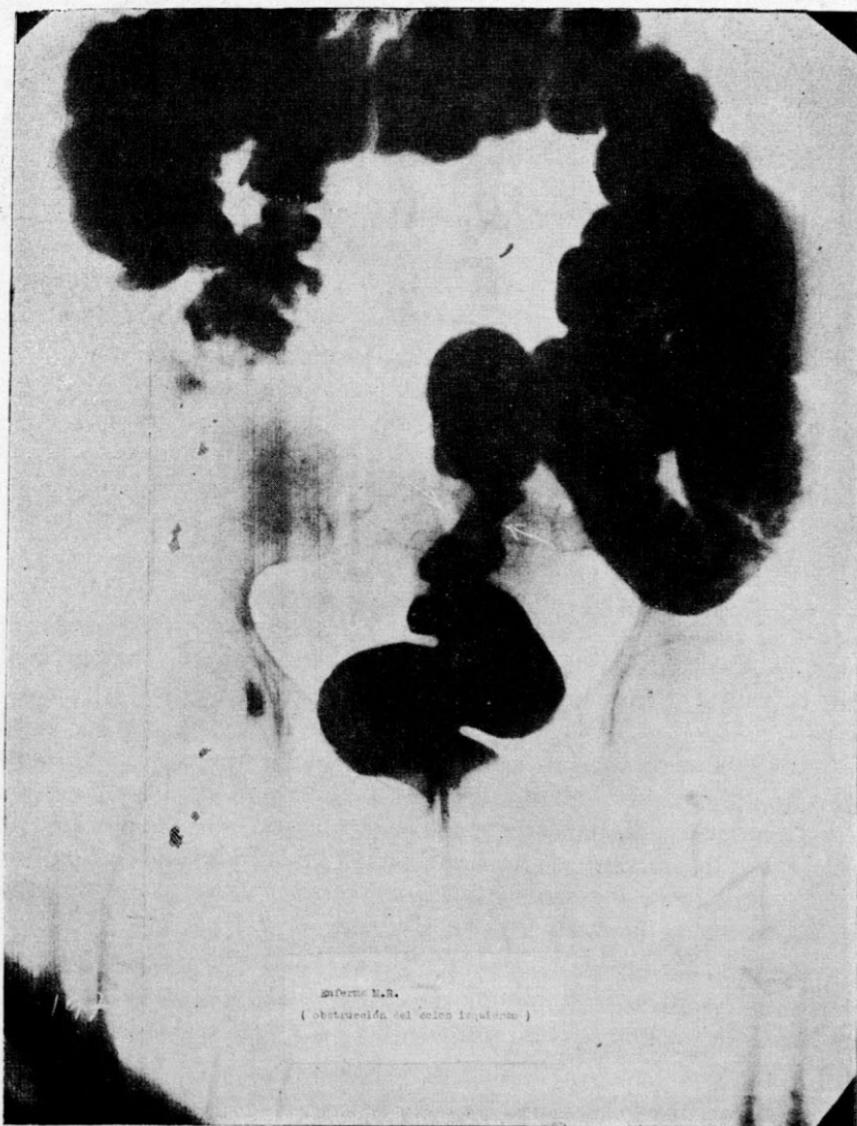
Tiempo de coagulación: 14 minutos (Howell).

Cuadro térmico. La temperatura oscila entre 36°4. y 36°8.

Radiografía. M. R. En el examen del intestino con lavativa de bario, la sustancia opaca penetra sin dificultad en la ampolla rectal, la cual presenta un aspecto normal. En la parte inferior de la S. ilíaca el calibre del intestino se reduce y las paredes presentan un aspecto pseudo-lagunar con sensibilidad a la palpación, pero sin que haya obstáculo al tránsito del bario. El resto del cuadro cólico presenta un aspecto normal, salvo una acodadura del ángulo derecho. Radiológicamente parece tratarse de una neoformación de la S. ilíaca. (Fdo.) E. Otero".

El alumno, autor de esta historia (Fdo.) Santiago Rengifo Salcedo".

Descritas las historias anteriores, hagamos un comentario de ellas.



enfermo M.R.
(obstrucción del seno maxilar)

Intencionadamente, y en gracia a la brevedad de la exposición, dejo de lado todas aquellas entidades, posibles, sin duda, pero que por su situación merecen que se les consideren como poco probables. Y queremos referirnos entre estas, por ejemplo, a las neoformaciones de la pared abdominal colocadas sobre el flanco o sobre la fosa ilíaca, netamente de origen parietal. Igualmente rechazamos las tumefacciones que se sitúan en la pared posterior de la fosa ilíaca: ya sobre el hueso mismo, (exostosis, osteitis, osteomas, osteosarcomas, etc.) ya colocadas en las partes blandas que recubren a éste, como las adenitis, los sarcomas músculo-aponeuróticos, los aneurismas de la arteria ilíaca externa, los quistes de origen Wolffiano. Formaciones, todas ellas, que tienen signos particulares, demasiado conocidas, inútiles de describir ahora y que no corresponden, en manera alguna, a las historias clínicas que consideramos.

Con todo, tocando de paso y como simple alusión, se me ocurre que, pudiendo tener un origen parietal, también pueden ser determinadas cuando la fascia ilíaca ha sido alcanzada por supuraciones pericólicas o por cáncer ceco-cólico en un período avanzado de su evolución; mas, carecemos de la flexión irreductible del muslo sobre el abdomen, que es el signo que indica la invasión o el desalojamiento del psoas.

Me es sin embargo imposible pasar en silencio una entidad, frecuente si las hay; el absceso pótico. Nacido de una osteitis tuberculosa de las últimas vértebras dorsales o de las primeras lumbares, sigue la vaina del psoas y, verdadero absceso migrador, viene a colocarse en la fosa ilíaca. Especialmente en el adulto, donde el mal de Pott es monosintomático, la tumefacción ilíaca es el sólo síntoma clínico evidente de ataque vertebral. Así, es de buena clínica, palpar la otra fosa y buscar signos locales en la columna lumbar o dorsal en presencia de una tumefacción fija y profunda de la fosa ilíaca, cualquiera que sea su tamaño. Felizmente, en el caso presente, la investigación vertebral ha sido negativa.

Sentado lo anterior, como si dijéramos en abstracto, ahora, en concreto, estudiemos detenidamente uno a uno todos los síntomas en busca de un diagnóstico positivo.

Refiere la observación de la primera enferma, que tuvo un fuerte dolor abdominal irradiado a la región dorso-lumbar seguido de diarrea con sangre en la deposición. El análisis de estas circunstancias tiene un gran valor. Hubo sin lugar a duda, una crisis cólica; una obstrucción incompleta y pasajera, que concluyó, como todas las crisis, por diarrea en este caso teñida de sangre. Pues bien; la oclusión intestinal, de tanta frecuencia en las obstrucciones del colon, está siempre precedida de turbaciones en la función

cólica. Y estas crisis, que se presentan en todas las afecciones ulcerosas del grueso intestino, no son sino fenómenos reflejos partidos de una lesión localizada. La opinión clásica de Mikulicz entre otros, de que el cáncer cólico se revela siempre por una complicación, frecuentemente por un ileus completo, dista mucho de estar en acuerdo con la realidad. Ese ileus completo de que se habla; ese ileus agudo, ordinariamente por no decir siempre, está precedido de occlusiones incompletas, como la que sufrió nuestra enferma.

Pero analicemos, aún más, el síntoma dolor. Cuenta ella que antes de hospitalizarse, empezó a tener dolores abdominales relativamente tolerables y que luego, continuaron tan poco intensos que le permitían el desempeño de sus ocupaciones. Con alternativas de recrudecimiento y mejoría, transcurrió un tiempo, pasado el cual, tuvo el pseudo-cólico que hemos mencionado y es interesante advertir que por aquella época después de las comidas, sentía pensantez y ruidos.

Justamente, los verdaderos cólicos intestinales son raros. Los enfermos experimentan en el cáncer cólico en evolución, más bien una sensación de impedimento, de incomodidad, fenómenos estos que se anotaron al comenzar la enfermedad y que persistían en las semanas que siguieron cuando hablaba de "pesantez" con sensación de "malestar". Posteriormente continuó refiriéndose a la "pesantez" y al "malestar" en el lado derecho del abdomen, sensaciones tolerables pero continuas; y, observación más interesante aún colocaba la mano en el lugar adolorido de la fosa ilíaca, en donde se producía el "gargoteo".

"La túnica muscular del intestino lucha contra el obstáculo; el espasmo determina el cólico, el gargoteo lo sigue y sucede el alivio. Es en este punto donde se halla la lesión; es allí de donde parten y donde terminan las contracciones, es también el sitio de la dificultad, que todavía permite el escape de los líquidos y de los gases.

Mas, si el dolor espontáneo y fijo tiene una gran significación en el diagnóstico, existen otros dolores que se sitúan a distancia del neoplasma y determinados por contracciones cólicas empeñadas en vencer la resistencia que origina la obstrucción del conducto. Son estos los "alambres" las "torsiones" los "calambres" que aludía nuestra enferma, que nacen en un punto cualquiera y se propagan inmutables, siempre en la misma dirección cesando exactamente en el lugar de la estenosis. Esta forma de dolor, descrita tan vivaz como detalladamente por los clásicos, no es lo común, casi es la excepción; basta poner atención a las historias leídas para encontrar bellos ejemplos. Impresionémonos más que por lo que dicen los libros, por lo que refieren nuestros enfermos, si queremos ha-

cer medicina colombiana. En resumen, el dolor agudo no es lo habitual; es el peso, la mortificación, el fastidio. *El cáncer se revela pues, funcionalmente por dolores tolerables y por crisis de subocclusión; objetivamente por la presencia de una masa, algunas veces perceptible a la palpación.*

¿Cómo es esta masa, donde se sitúa y qué caracteres tiene? El tumor del cáncer ceco-cólico se encuentra habitualmente en plena fosa iliaca derecha; algunas veces más arriba, frecuentemente más abajo. Y es clásico describir, al principio de la enfermedad, *una faz ascensional* que tiene cierto valor para el diagnóstico. En nuestra enferma, en los primeros exámenes, empezó a anotarse una masa pequeña en el lado derecho del abdomen, ligeramente sensible, que le producía malestar después de las comidas. En el Hospital de San Juan de Dios, como dice la historia, "se percibe ya mucho más grande un tumor que parte de la fosa iliaca derecha, sigue hacia el flanco y el hipocondrio de ese lado, e invade la región umbilical. De dirección oblicua hacia abajo y hacia adentro, cuyo centro es duro, doloroso al palparlo y percibirlo". La historia no trae la determinación exacta del neoplasma pero, en lo común, tiene límites netos hacia abajo y hacia afuera, perdiéndose insensiblemente hacia adentro y hacia arriba.

Si el síntoma tumor para el diagnóstico de cáncer ceco-cólico es de los más precisos, por desdicha carece de especificidad y es inconstante. ¿Quién, ante una masa colocada en esa región, podrá decirme si es un tuberculoma ileocecal, una acumulación de materias fecales, una pericolitis, o un cáncer? Y esta percepción es también contingente porque son numerosos los neoplasmas que conducen a la muerte, sin que la más meticulosa palpación, haya permitido sentir la menor induración.

Lenormant, en sus lecciones sobre diagnóstico quirúrgico trae estas palabras: "El tumor es habitualmente móvil, más móvil aún que la tuberculosis cecal". Cómo me mortifica separarme del maestro! No; los neoplasmas desarrollados en los segmentos fijos del colon son de conjunto inmóviles. El colon ascendente, el colon descendente y el colon ilíaco son los segmentos fijos. Los tumores del colon transverso y del colon pélvico, al contrario, tienen un período siempre largo de completa movilidad y así, en ocasiones, en las ptosis del transverso, pueden hallarse en la pelvis y se pueden confundir con neoformaciones de esa región. Y son estos, los móviles, justamente los tumores "intermitentes" que se disimulan, se ocultan, entre las diferentes formaciones abdominales.

Autores como Jaboulay admiten que por la influencia del peso del tumor, los mesos se alargan y por esa causa adquieren los tumores fijos una relativa movilidad. Muy al contrario; en cambio

del alargamiento de los mesos se observa no sólo la retracción de ellos sino la de los tejidos pericólicos, ya sea por linfangitis cancerosa, bien por linfangitis séptica.

Estudiemos en seguida un tercer síntoma: la diarrea y la constipación. *La diarrea es producida por los cánceres del colon derecho: en cambio, hay constipación cuando aquéllos se encuentran en el colon izquierdo.*

“En el embrión, el pequeño intestino, forma el segmento destinado a recibir la nutrición (esófago y estómago); el intestino medio forma el órgano que digiere y absorbe (intestino delgado y colon derecho); el intestino posterior forma la porción cólica que almacena los deshechos y los expulsa (colon izquierdo y recto). Mientras que la función del intestino delgado es absorber la alimentación sólida, la del ciego y la del colon ascendente es absorber el 90 por ciento de los líquidos; el hambre se apaga pues con el delgado y la sed con el grueso”, si hemos de emplear las palabras de Moynihan. Pero las materias sólidas han menester de agua para que sean vehiculadas en el intestino delgado y de ahí su presencia en él. Y, además, para favorecer la absorción las válvulas conniventes, que se hallan animadas de movimiento de vaivén, presentan al quimo, ya una de sus caras, ya la otra. Si por un momento supusiéramos que los líquidos fueran absorvidos por el estómago o por el duodeno, sin duda que el tránsito de los alimentos sería abolido o, por lo menos retardado.

Las neoformaciones colocadas en el ciego o en el colon ascendente comunmente obturan la luz de estos, al menos parcialmente. En tales circunstancias el intestino situado antes de la estrechez se contrae para lanzar con violencia las materias en él contenidas, y siendo ellas líquidas, se produce diarrea. El simple fenómeno de retención con absorción de los líquidos, ocurrido en las estenosis del colon izquierdo, explica la constipación.

Analizados ya los síntomas y signos, dolor, tumor, constipación, y diarrea, veamos a continuación un cuarto síntoma: las hemorragias y las secreciones.

Acabamos de decir que el aspecto de las materias fecales es variable en su consistencia, según que el colon estrechado sea derecho o izquierdo. Cualesquiera que sea su forma, pueden venir ellas acompañadas de gleras cuya eliminación se verificará en el momento de las deyecciones o mucosidades fuera de ellas. La sangre puede mostrarse, ya en la forma de coágulos: ya, como pinceladas sobre las materias; ya, en fin, con el aspecto de filamentos que nadan en el moco. Las hemorragias llamadas “ocultas” habitualmente se ponen de presente por los métodos químicos. Con nuestras enfermas se ha presentado un fenómeno curioso: en el caso del

cáncer del colon izquierdo en que debiera existir la sangre de manera notoria, fue negativo el informe del laboratorio; en la otra enferma, con neoplasma del ciego, que raramente determina sangre fecal, los informes fueron positivos. En este último caso es muy explicable la información, si reflexionamos que las investigaciones microscópicas se realizaron en las deyecciones de una enferma parasitada, con amibas en las deposiciones. Y pensamos en una equivocación de cualquier especie que ella sea, en la estenosis izquierda, pues se puede poner de presente la hemorragia, tantas veces cuántas queramos. Ahora, de la misma manera que estamos en el derecho de pensar en un cáncer del estómago siempre que presenciamos una hematemesis; con ese mismo hecho podemos juzgar que existe un cáncer del colon cuando hay hemorragias ocultas. En las diverticulitis son casi nulas. En ciertos casos de hemorragias ocultas, ignoradas, repetidas, especialmente frecuentes en el cáncer del colon derecho, pueden verse muy graves anemias determinadas por esa causa. Recordamos además, que para la prueba de sangre oculta, un mínimo de 3 días *sin comida de carnes* debe presidir a la prueba.

Estudiemos en seguida las contracciones del intestino: si en algunas ocasiones ellas se manifiestan sin maniobra alguna, también existen enfermos en los cuales es necesario determinar su aparición. A fin de percibirlas debe hacerse un masaje suave, por unos pocos minutos, cuatro o cinco y esto es suficiente para que la mano paseada suavemente se dé cuenta de las contracciones en cuestión y del órgano que las ha producido. Porque ellas difieren en su aspecto, según se trate del ileón o del colon. En el primero de éstos los movimientos del intestino se adivinan bajo la piel en forma de ondulaciones; el grueso intestino es tenso, endurecido, como una manguera inflada, como un útero en trabajo, y de manera lenta y durable. El ciego puede estar dilatado, distendido, cualquiera que fuese el lugar del neoplasma aun cuando sea lejano, como en el asa sigmoide por ejemplo.

Otro método de investigación de gran valor es la endoscopia rectocólica. Por desdicha, los datos que suministra son forzosamente limitados por la longitud de los aparatos de exploración. El cáncer sigmoideo puede ser reconocido por ella, la cual sólo permite explorar hasta 25 ó 30 centímetros del ano, a lo más.

En el caso que consideramos encontramos:

El ano. En seguida y hasta cuatro centímetros, arriba de éste, hallamos el aspecto general de la región esfinteriana; después vimos la ampolla rectal distendida, sin nada de patológico; luego, continuando la investigación, a siete centímetros encima del ano, aparecieron dos válvulas cruzadas en ángulo recto de las cuales, la

inferior, no era otra que la llamada de Huston, de Nelatón, o válvula coccigiana; y la superior, la conocida con el nombre de válvula sagrada inferior. Finalmente, entre 9 y 10 centímetros, se hallaba la lesión, constituida por una masa yemosa, sanguinolenta, que obstruía el conducto e impedía el avance del rectoscopio. Pensamos en una neoformación cancerosa por los caracteres siguientes: A)—Por la forma en masa roja, bien circunscrita, resaltando sobre la mucosa vecina que conservaba su coloración normal. B)—Por que sangraba espontáneamente. C)—Porque también sangraba cada vez que se tocaba y porque la salida de sangre persistía y los tapones sucesivos que la enjugaron se manchaban indefinidamente. D)—Por la consistencia dura del neoplasma, de la cual nos dimos cuenta tocando con una sonda e impulsando con el mismo rectoscopio. E)—Por la detención del instrumento en la progresión y la resistencia que oponía haciendo imposible franquear el obstáculo.

Interesante sería hacer un diagnóstico diferencial rectoscópico con las entidades con las cuales se pudiera confundir la lesión: colitis mucomembranosa; disenterías; tuberculosis; sífilis, etc., pero no podríamos, en el momento, detenernos en ese estudio, largo de suyo, a pesar de su grande importancia.

Veamos ahora los signos suministrados por la radiografía.

Los Rayos de Roentgen se suelen emplear con resultados muy interesantes. Sus enseñanzas positivas son de utilidad suma. Mas, hay que tener presentes los casos negativos, los cuales no tienen ningún valor: *30% de los cánceres del colon no dan signos radiológicos*. Entre estos, que recuerde como ejemplos, podría citar el de un tumor del colon que operé hace ya largos años en compañía de mi interno entonces, hoy Profesor Daniel Brigard, y que resultó ser microscópicamente un “cáncer medular del intestino”. Igualmente viene a mi memoria un neoplasma cólico derecho que operé en la Clínica de Marly con el Prof. Juan N. Corpas con investigación radiológica negativa.

Para terminar con el diagnóstico positivo, pensemos que la laparotomía de precisión tiene su más perfecta indicación.

El diagnóstico precoz, que es el fundamento mismo del éxito inmediato y lejano, suele ser en no pocas ocasiones de extraordinaria dificultad. Nuestros medios de certidumbre son frecuentemente insuficientes. Mas, la sola suposición del cáncer es un motivo suficiente para abrir el abdomen. Uno solo de los síntomas ya citados impone la laparotomía. Cuando ha existido una oclusión o una suboclusión; y con más razón si ellas existen todavía, hay que abrir el vientre. Siempre que por una razón de urgencia se ha hecho un ano cecal, sin exploración, es necesario después de la “debacle”, aún cuando el estado general sea completamente satisfactorio, también

hacer la laparotomía. Pero debe explicársele al paciente la razón de esa conducta; abstenernos de ello por temor a impresionarlo, callar el consejo para evitar inquietudes, es exponerlo a la muerte por la reserva del médico.

Enumerando ahora las adherencias que se suelen presentar y en el orden de su frecuencia, tenemos:

Epiplón.

Asas delgadas.

Hígado y vesícula para el ángulo hepático.

Páncreas para el ángulo esplénico.

Vejiga para el colon pelviano.

Refiriéndonos en seguida a la frecuencia del cáncer del grueso intestino podríamos decir, también en orden de frecuencia:

Recto.

Colon pelviano.

Colon transverso.

Colon ascendente.

Colon descendente.

En estos segmentos también existen lugares de predilección así:

Ciego.

Ángulo hepático.

Extremidad derecha del colon transverso.

Mitad del colon transverso.

Ángulo esplénico.

Colon descendente.

Ampolla rectal.

En mi hábito de sentar, a manera de postulados, los hechos de mayor interés, creo del caso antes de referirme al diagnóstico diferencial, dejar estas constancias:

1º Los tumores de los segmentos fijos se propagan rápidamente a la pared.

2º Los tumores del colon son circulares o laterales; estos, muy raros, salvo en la terminación del colon pelviano y en el segmento recto-sigmoideano.

3º La forma anular es más frecuente, (encefaloide o esquiro).

4º La mucosa es el punto de partida de los epitelios.

5º El espesamiento de la pared, siempre inflamatorio, no es invasión.

6º La ascitis es excepcional. De mayor frecuencia es la invaginación descendente.

7º La oclusión aguda será tanto más frecuente cuanto el neoplasm se halle en un sitio más bajo.

8º En el diagnóstico de cáncer cólico son posibles las más grandes dudas. Las dificultades clínicas legitiman la laparotomía.

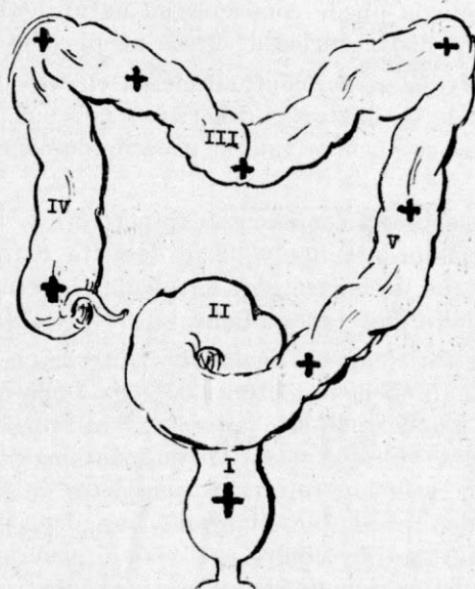


Fig. V.

Los números romanos significan el orden de frecuencia del cáncer en los colonos.

Los signos de más se refieren a los lugares donde habitualmente se desarrolla el cáncer en cada uno de los segmentos cólicos.

Consideraremos ahora el diagnóstico diferencial.

Recordemos que se piensa siempre en las diverticulitis y en la tuberculosis cuando se trata del diagnóstico diferencial del cáncer del colon.

Las diverticulitis, que pueden colocarse en las formas de origen inflamatorio, son, por decirlo así, hernias de la mucosa producidas a través de las fibras intestinales de origen muscular. De esta suerte, bajo la serosa, aparecen divertículos salientes, del tamaño de una arveja o poco más, en donde se suelen acumular las materias fecales. Si estas son estériles (esterilidad relativa, se entiende) quedan cálculos o coprolitos absolutamente inofensivos. Mas, si llegan a infectarse, entonces aparece la diverticulitis de que tratamos y que da lugar a perforaciones, peritonitis, abscesos, o tumores inflamatorios. Son la sigmoide y el colon descendente los lugares de elección de las diverticulitis y son en estos sitios donde comuniten

te se presentan los abscesos y los pseudo-neoplasmas. El primero de ellos fácilmente simula la apendicitis, es la "apendicitis izquierda"; los segundos, son en nuestro parecer, indiagnosticables. Solamente con la histología puede conocerse su naturaleza pues no tienen caracteres para distinguirlos de otros neoplasmas.

La tuberculosis del ciego, confundible en el caso de la enferma L. O. (la primera de las historias descritas) por tener predilección por el segmento ileo-cecal, bien vale la pena de detenernos unos instantes.

La tuberculosis cecal, comúnmente hipertrófica, fue estudiada primero por Hartmann y Pillet y luego descrita maravillosamente por Dieulafoy en sus lecciones de Patología Interna, y fue este quien le dio el nombre de "tuberculoma hipertrófico del ciego".

Comienza por turbaciones funcionales sin mayor significación. Dolores que se sitúan en la fosa ilíaca derecha, constipación, ligera contractura de la pared; todo esto tolerable, sin impedir al enfermo su vida ordinaria. A veces se acentúan los síntomas y la constipación llega hasta la oclusión intestinal completa, de la misma manera que se pueden presentar diarreas. Las deposiciones suelen contener ligera cantidad de sangre y el estado general queda satisfactorio. Después de un tiempo, siempre largo, dos, tres o más años, aparece un tumor que se puede palpar, colocado en la fosa ilíaca derecha; es bocelado, vertical, irregular, firme, ligeramente doloroso, mate en el centro y rodeado de una zona menos obscura. En este estado hay acentuación de los signos anotados; el estado general comienza a alterarse poco a poco, aparece la fiebre y el paciente sucumbe con los progresos de la caquexia tuberculosa.

Como para hacer contraste con el cáncer, *en la tuberculosis ileocecal el estado general se conserva muy bien, por largo tiempo; no hay enfلاquecimiento*. Este carácter es muy importante y tiene un valor semiológico tal que constituye un signo distintivo de gran significación entre las dos entidades. Los contornos del neoplasma canceroso, en general son más netos y se aprecian mejor que en la tuberculosis. Ella, siempre móvil, algunas veces muy móvil, no se adhiere jamás a la fascia ilíaca, y la movilidad, marcadamente acentuada en el sentido transversal, lo es mucho menos verticalmente. En el cáncer la melena es mucho más frecuente y las deposiciones son característicamente fétidas. La alteración rápida y profunda, la anorexia, el enfلاquecimiento en la neoplasia.

Hemos querido colocar dos casos característicos de cáncer de recho y de cáncer izquierdo del colon, para presentar la comparación entre ellos, así:

Enferma L. O. Colon derecho.

Tumor grande.
Tumor fijo.
Diarreas.
Pocas oclusiones.
Poca sangre fecal.
Tumor vegetante.

Enferma M. R. Colon izquierdo.

Tumor pequeño.
Tumor móvil.
Constipación.
Muchas oclusiones.
Sangre fecal abundante.
Tumor esquirroso.

Respecto del pronóstico en general de estos cánceres, yo soy de los que creen que estas neo-formaciones, como las de los labios y como las del fondo de la matriz son "buenos cánceres". Y pensamos que el cáncer cólico no tiene la malignidad de otros lugares porque su evolución es muy lenta. Por lo tardía de la invasión ganglionar. Porque los ganglios atacados, que encontramos en el acto operatorio, son únicamente la primera hilera. Por que la forma esclerocicatricial, la que obstruye, la que hallamos habitualmente es sin lugar a duda la más benigna.

Largo sería referirme en seguida a todas las modalidades del tratamiento quirúrgico: ya de la oclusión aguda, ya de la crónica, ya del cáncer derecho, ya del izquierdo, del cáncer sigmoideano, etc. Igualmente me abstengo de considerar todas las indicaciones y hacer sus análisis. Pero, de modo general, podríamos afirmar que la colectomía en un tiempo, u operación de Reynbart, da un 46% de mortalidad; en dos o más tiempos, desciende a 13%.

Bloch exterioriza el tumor, reseca el segmento neoplásico y más tarde cierra el "fusil de dos cañones" que ha dejado formado con los cabos del colon en la primitiva intervención. Miculicz en un primer tiempo hace un ano cerca del tumor; en uno segundo reseca ano y tumor completando con una colorrafia. Wolfler hace un ano; pasado cierto tiempo quita el tumor y sutura el colon; finalmente cierra el ano como tercer tiempo de la intervención. Pero también existen, desde luego, las operaciones paliativas: ano contra-natura; anastomosis intestinales, cortos circuitos, exclusión del segmento neoplásico.

Respecto del acto operatorio queremos recalcar en que no es necesario resecar todos los ganglios linfáticos. La invasión de estos se hace sucesivamente en el orden siguiente: 1º ganglios yuxtagástricos. 2º ganglios que acompañan las gruesas arterias cólicas. 3º ganglios preaórticos. Y es un hecho de observación corriente que casi siempre, sólo la primera serie está cancerizada, los demás ganglios solamente están inflamados.

Debemos insistir en que aquí, como en el cáncer del seno, es de

moderna cirugía extirpar en un solo bloque el neoplasma con las porciones vecinas y con el grupo ganglionar indicado.

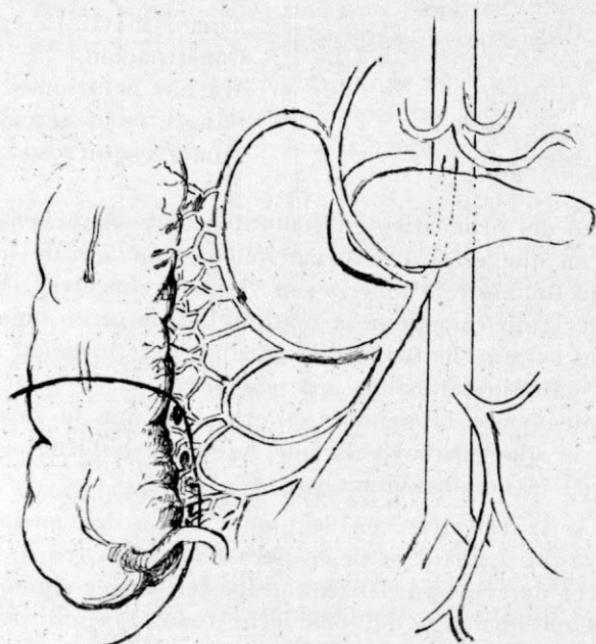


Fig. VI.

Esquema que representa la nutrición del colon ascendente.

Línea que indica los elementos que se deben quitar en bloque: ciego, apéndice, ganglios. Respetando la arteria marginal.

TERCERA HISTORIA

*Extirpación parcial del colon, por cáncer del ángulo cólico derecho
Curación.*

Historia Clínica.

Hospital de San Juan de Dios, Bogotá.

Clínica Quirúrgica. Servicio del Profesor Manuel José Laque. Sala Santa Elena (Mujeres). Cama N° 23. Historia Clínica N° 42335.

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

Edad: 37 años.

Estado civil: soltera.

Lugar de origen: Chía (C.).

Procedencia: Bojacá (C.).

Profesión: Oficios domésticos.

I—*Causa de entrada al Hospital.* La enferma llegó al Hospital por primera vez, el día 3 de octubre de 1942, con el objeto de solicitar tratamiento para un fuerte dolor abdominal que venía sufriendo desde hacia algún tiempo, acompañado de fenómenos dispépticos.

II—*Antecedentes familiares.* El padre de la enferma murió de una neumonía hace ya muchos años, y poco tiempo después, falleció la madre a causa de una lesión cardíaca. De dos hermanos que tuvo, uno de ellos murió sin que se sepa la causa, y el otro vive, pero padece de cólicos abdominales periódicos.

III—*Antecedentes personales.* a) *Patológicos.* La enferma dice haber gozado anteriormente de buena salud, y sólo recuerda de una fiebre tifoidea y de un ataque de viruelas que sufrió en los primeros años de su vida.

b) *Ginecológicos.* Menarquia a los 13 años. Reglas normales con ausencia de flujos patológicos.

c) *Obstétricos.* Negativos.

d) *Traumáticos.* Hacía diez meses que había sufrido un fuerte traumatismo sobre el abdomen, motivado por una caída accidental.

IV—*Enfermedad actual.* Cuando nuestra paciente vino al Hospital por primera vez, hacia ocho meses que había comenzado a sentir dolor, sobre todo post-prandial, que se iniciaba en el hipocondrio derecho, para irradiarse luego al epigastrio, al flanco y a la fosa iliaca del mismo lado, y por último, generalizarse a todo el abdomen. Simultáneamente fueron apareciendo otros fenómenos patológicos, tales como inapetencia, náuseas, vómitos y diarreas paroxísticas, sanguinolentas en algunas ocasiones. Todos estos síntomas se iban haciendo cada vez más intensos, hasta el punto que el dolor llegaba a privar a la enferma del conocimiento, quedando postizada, pálida y bañada en sudores fríos.

El cuadro clínico descrito, fue produciendo un estado de desnutrición muy marcado, que se manifestaba por el gran enflaquecimiento y pérdida de fuerzas que acusaba la enferma.

V—*Examen de la enferma.* a) *Inspección general.* La paciente, de raza mestiza, se presenta muy enflaquecida, deprimida, en estado asténico general.

b) *Piel y mucosas.* La piel presentaba algunas cicatrices de las antiguas viruelas, seca, de tono sub-ictérico, sin panículo adiposo. Pálida lo mismo que las mucosas bucal y conjuntival que demostraban un estado anémico, aunque no muy acentuado. El cuadro térmico era irregular, con febrícula cotidiana.

c) *Aparato circulatorio.* Pulso débil, hipotensio, de una fre-

cuencia de 100 pulsaciones por minuto. La tensión arterial Mx. era de 100 mm. de mercurio y la Mn. de 50 mm. Ruidos cardíacos atenuados.

d) *Aparato urinario.* Las orinas habían sido escasas y densas, quizás por los vómitos y la diarrea. A la palpación del abdomen se percibía en la región del hipocondrio derecho y parte alta del flanco del mismo lado, un tumor de contornos imprecisos, doloroso, moderadamente desalojable, de consistencia firme, que hacía pensar, entre otras cosas, en un tumor renal.

e) *Aparato digestivo.* Lengua saburral, dentadura incompleta y en mal estado. La inspección del abdomen no informaba sobre ningún dato especial. A su palpación se descubría el tumor a que ya hicimos referencia. La percusión era más timpánica del lado izquierdo, como si en esta zona se hubiese colectado grán cantidad de gases intestinales.

Los demás órganos y aparatos no presentaban anormalidad apreciable.

VI—*Exámenes de Laboratorio.* El día 14 de octubre se le practicaron exámenes de orina, sangre y materias fecales, cuyos resultados son los siguientes:

Orina: Albúmina, no hay.

Glucosa, no hay.

Sedimento, nada especial.

Sangre: Numeración globular y fórmula leucocitaria:

Hematies, 3.660.000 por mm³.

Leucocitos, 11.400 por mm³.

Polimorfonucleares neutrófilos, 60%.

Eosinófilos, 5%.

Linfocitos pequeños, 24%.

Grandes mononucleares, 4%.

Mielocitos neutrófilos, 7%.

Azohemia, 0.22 grs. por mil.

Glicemia, 1 gr. por mil.

Tiempo de coagulación (Lee y White), 10 minutos.

Materiales fecales: *Parasitismo intestinal*, negativo en la muestra examinada.

Sangre oculta, Positivo intenso.

Por haber tenido fundamentos para sospechar un tumor renal, el día 17 de octubre, la enferma fue enviada al Laboratorio de Rayos X, con el diagnóstico clínico de "Tumor del riñón derecho". El informe del examen radiológico practicado en la fecha, y marcado con el N° 37297, dice así: "En las placas radiográficas de la región renal, practicadas 5, 10, 20 y 25 minutos después de la inyección

intravenosa de 20 c. c. de Uroselectan, se ve la sombra del riñón derecho de tamaño, forma y posición normales; los cálices, bacinete y uretere se inyectan bien y la eliminación se hace regularmente. La vejiga muestra gran cantidad de líquido opaco. No aparece ninguna sombra que muestre tumor del riñón derecho.

Fdo. *Falla Orozco*"

El 19 de noviembre, la enferma fue enviada nuevamente para examen a los Rayos X, esta vez con diagnóstico clínico de "Carcinoma del ángulo cólico derecho. Este segundo informe marcado con el N° 37416, dice así: "En el examen radiológico del colon, hecho por medio de un enema opaco y por insuflación de aire, se encuentra una disminución del calibre del intestino, que interesa la extremidad derecha del colon transverso, el ángulo hepático y la extremidad superior del colon ascendente. Los contornos de este sitio son irregulares y la mucosa está completamente alterada. Este examen demuestra la presencia de un carcinoma del ángulo hepático del colon.

Fdo. *Francisco Convers*".

VII—Diagnóstico. El diagnóstico clínico de carcinoma del ángulo cólico derecho, que encuadraba en los síntomas y signos cardinales presentados por la enferma, fue ratificado por el examen radiológico del colon, cuyo resultado hemos transscrito.

Sentado en el diagnóstico positivo, se procedió a preparar la enferma inmediatamente, con medicaciones antianémica, antitóxica, tónica y estimulante general, para intervenir con la mayor celeridad. El día 3 de diciembre de 1942 se trató el caso quirúrgicamente.

VIII—Intervención quirúrgica. Anestesia general. Laparotomía infra-umbilical pero siguiendo el borde externo del músculo recto anterior derecho. Extirparamos en bloque, ciego, apéndice, colon derecho y mitad derecha del colon transverso con sus ganglios. Cerramos sin drenaje.

IX—Post-operatorio. La enferma fue sometida a un tratamiento a base de las mismas medicaciones que se habían empleado en el pre-operatorio, aunque en forma más intensa y multiplicando los cuidados de vigilancia. Dentro de los nueve primeros días que siguieron a la operación, la temperatura osciló entre 37 y 38 grados, y el pulso entre 100 y 115 pulsaciones por minuto, para regresar después de este tiempo, al estado normal. Por infección de la herida abdominal, se formó una fistula que fue desapareciendo lentamente, hasta extinguirse por completo dos meses más tarde.

La pieza extirpada fue remitida al Laboratorio de Anatomía Patológica el mismo día de la operación, es decir, el 3 de diciembre, con el diagnóstico clínico de "Carcinoma del ángulo cólico derecho". El 31 de diciembre fue enviado el informe N° 28667 correspondiente al examen practicado a nuestra pieza operatoria por dicho Laboratorio, y que a la letra dice: "*Descripción macroscópica*: La pieza se compone de la parte derecha del colon que comprende el ciego, apéndice y colon ascendente. La consistencia es blanda, excepto en la parte media de la masa, en donde se aprecia una zona dura, nodulosa, de bordes difusos, mal limitados. La pieza en conjunto mide: 19 por 9 por 3.5 cms. La superficie está recubierta por serosa, en donde se aprecian algunas adherencias. Color gris rosado. El corte practicado sobre la zona dura, descrita antes, presenta cierta resistencia al cuchillo. Las paredes son gruesas, de superficie lisa unas veces y finamente granulosa, otras. La luz del intestino está reducida y deja escapar un líquido viscoso de color chocolate.

Diagnóstico microscópico: Adenocarcinoma del colon. Los cortes muestran intestino grueso. Hay un neoplasma maligno, desarrollado a expensas de la capa interna. El poder de infiltración es muy moderado. El epitelio de los fondos de saco glandulares presenta hipertrofia. Las células son polimorfas, muy ricas en cromatina, de tamaño variado y con abundantes figuras de división indirecta. Se ven áreas de necrosis. En las capas muscular y serosa hay reacción inflamatoria con edema y abundante infiltración leucocitaria poli y mononuclear. No hay evidencia de invasión a los ganglios linfáticos. Apéndice normal. El Jefe de la Sección,

Fdo. M. Sánchez Herrera"

La enferma salió del Servicio, por curación, el día 26 de febrero de 1943.

Ocasionalmente nos la encontramos de nuevo el día 13 de septiembre de 1944, y le rogamos el favor de hospitalizarse para poder controlar el caso, clínica y radiológicamente. Atendiendo nuestra exigencia, reingresó al Servicio en la fecha indicada.

Al interrogarla sobre su estado general, nos confiesa cómo los síntomas tan variados y mortificantes que le indujeron a acudir al Hospital hace dos años, han desaparecido por completo después de la operación, pudiendo gozar desde entonces de un excelente estado de salud, que le ha permitido regresar a sus quehaceres habituales.

El examen físico demuestra una mujer robusta, de magníficas condiciones fisiológicas, en quien toda la economía funciona normalmente. Sobre el abdomen sólo se aprecia la cicatriz consecutiva

a la intervención quirúrgica, sin que a la palpación profunda se des cubra tumor ni dolor provocado alguno, en ningún punto de la cavidad abdominal en particular, ni del organismo en general.

El 15 de septiembre se le practicaron los siguientes exámenes de Laboratorio:

Orina: Densidad, 1020.

Albúmina, no hay.

Glucosa, no hay.

Células de descamación, ++.

Bacterias, +.

Sangre: Numeración globular y fórmula leucocitaria:

Hematies, 5.100.000 por mm³.

Leucocitos, 6.400 por mm³.

Polimorfonucleares neutrófilos, 66%.

Eosinófilos, 1%.

Linfocitos pequeños, 27%.

Grandes mononucleares, 5%.

Azohemia, 0.30 grs. por mil.

Glicemia, 1 gr. por mil.

Tiempo de coagulación (Lee y White), 6.5 minutos.

Materias fecales: Parásitos intestinales, negativo en la muestra examinada.

Sangre oculta, negativo.

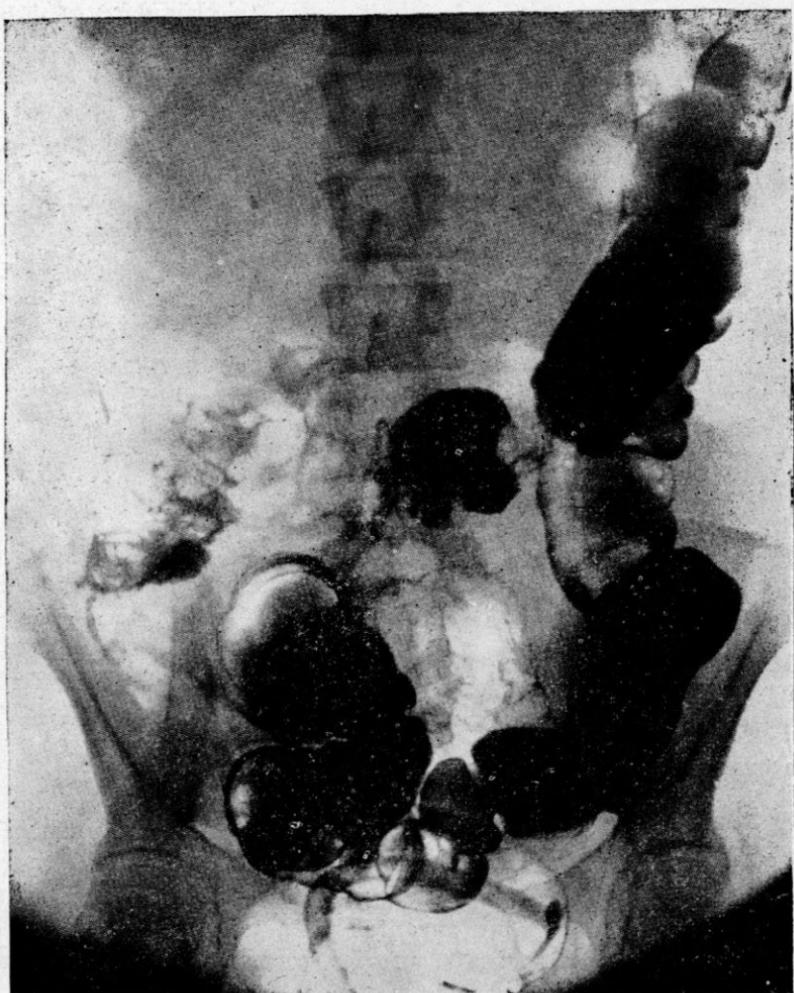
El 25 del mismo mes se llevó a efecto el primer examen radiográfico de control, con diagnóstico clínico de "Colectomía parcial derecha", del que se obtuvo el siguiente resultado: "En el examen fluoroscópico del tórax no encontré nada patológico.

El estómago es de tamaño y forma normales y no se ve ninguna deformación en sus paredes. La evacuación gástrica se realiza normalmente. La imagen del duodeno es normal. En el yeyuno solamente señaló la presencia de un áscaris. El recorrido del bario en el yeyuno y en el ileón es normal y desemboca en el colon transverso.

Fdo. *Francisco Convers*".

Esta placa está marcada con el número 40478.

Por último, la enferma acudió con el mismo diagnóstico clínico, a un segundo examen radiológico de control, el 28 del citado



Enferma M. del C. J.

Radiografía tomada antes de la intervención. (19 de noviembre de 1942). "Este examen demuestra la presencia de un carcinoma del ángulo hepático del colon". (Fdo.) Francisco Convers.



Enferma M. del C. J.

Radiografía tomada dos años después de la intervención. (28 de septiembre de 1944). "El recorrido del bario en el yeyuno y en el ileon es normal y desemboca en el colon transverso". (Fdo.) Francisco Convers.

mes de septiembre, en el que se obtuvo una segunda placa, señalada con el mismo número de la anterior, que puede apreciarse en la figura N° 2, y cuyo informe dice así: "Se hizo un examen por medio de un enema opaco que llenó este conducto hasta la parte derecha del colon transverso; de aquí el bario pasa a las ansas del ileon y no se nota ninguna irregularidad.

Fdo. *Francisco Convers*"

Una vez practicados estos exámenes de control, y convencidos del estado enteramente normal de nuestra paciente después de dos años de operada, se le dio de alta el día 6 de octubre de 1944.