

Presentado en la sesión del 16 de Diciembre de 1931

Preside el Dr. D. Prat

Úlcera simple del intestino delgado.

Por el Dr. ENRIQUE LAMAS - Dr. J. C. DEL CAMPO. relator.

Hemos reunido para presentar a la Sociedad de Cirugía esas dos historias de úlcera simple del intestino delgado, una de las observaciones la debemos a la gentileza del Dr. Iraola, la otra es personal. Recordamos a este respecto la rareza de la lesión. En 1920, Leotta, había reunido 22 casos y en una reciente presentación a la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires (Setiembre 1931), A. Zeno, Santanelli y Ercole, elevan hasta 48 ese número.

Los casos cuyas historias agregamos se presentaron como cuadros agudos de vientre; en uno de ellos (Dr. Iraola), se pensó en un *ulcus gástrico perforado*, por los antecedentes referidos por el enfermo.

En nuestro caso personal decidimos intervenir habiendo diagnosticado *peritonitis* de origen apendicular, *anamnesis* nos inducía a ello.

No podemos aportar a esta interesante cuestión el estudio histológico, en uno de los casos que fué autopsiado, la pieza se perdió; en nuestro caso personal, el enfermo curó y habiéndose limitado la intervención al cierre de la úlcera, no recogimos más enseñanza anatomopatológica que la ofrecida por el aspecto de la lesión. De los 22 casos presentados por Leotta, sólo hay 2 estudiados histológicamente. En la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires a propósito de la presentación del trabajo del Dr. Zeno y sus colaboradores, Braquetto-Brian hizo referencia a una pieza reseca por Delfor del Valle y que será motivo de una presentación anterior. Se trata de un caso de *úlceras múltiples* y que compara a la *gastritis ulcerativa múltiple*, en una región cuya mucosa recuerda a la del antro pilórico.

En la recopilación hecha por Leotta analiza una observación de Pauchet de *úlceras múltiples* y por su evolución clínica y caracteres anatómicos se diferencia de la lesión que nos ocupa.

Del análisis de nuestra observación personal surgen algunos hechos de interés:

a) La presencia de un cierto grado de *estenosis* por debajo de la ulceración, *estenosis discreta* sin dilatación en amont, de manera que podemos afirmar que no se trataba de una "úlcera de distensión", la *Dehnungs Geschwür* de Kocher.

b) El carácter de la ulceración, continuándose sin transición con

el resto de la pared intestinal. La perforación pequeña a nivel de la serosa, siendo la ulceración más estudiada del lado de la mucosa. El resto del intestino aparecía normal, sin espesamientos nodulares a nivel de las placas de Peyer y folículos cerrados como se observa en las lesiones típicas.

c) La presencia de una hernia inguinal derecha, a contenido epiploico y no habiendo dado, según el enfermo, ningún episodio de estrangulación en los antecedentes.

La úlcera que motivó nuestro estudio difiere anatomopatológicamente de todas las úlceras comunes del delgado, ocupa la pared intestinal fuera de las placas de Peyer y de los folículos cerrados, sin reacción inflamatoria apreciable a la simple inspección.

Historia clínica I.—Abril 21|1930. Guardia del Dr. del Campo.—F. R. R., brasileño, 25 años, empleado a bordo del vapor "Campos Salles". Concorre a la hora 16 con un cuadro agudo de vientre que comenzó la noche anterior a las 23, es decir, 17 horas de evolución. Comenzó con dolor periumbilical y en la fosa ilíaca derecha, irradiándose al flanco y luego a todo el vientre; tuvo vómitos alimenticios abundantes.

Examen (antes de ingresar se le había inyectado 2 c. c. de morfina).—Pulso 120, bien golpeado; 20 respiraciones por minuto. Inmovilidad respiratoria del vientre, defensa muscular generalizada. El dolor predomina manifiestamente en el hemiventre derecho. Tacto rectal: Douglas doloroso. El enfermo tiene una hernia inguinal derecha oblicua externa, que no se manifiesta actualmente por ningún trastorno. Leucocitosis 14.520.

Antecedentes personales.—Ha tenido cuatro crisis diagnosticadas como apendiculares, la última tuvo lugar hace un año. Fue examinado a los rayos X confirmándose el diagnóstico de apendicitis y se aconsejó entonces la apendicectomía. El señor médico de a bordo que nos trae el enfermo confirma estos datos.

El examen radioscópico practicado por nosotros muestra una dilatación del ciego y colon. Con el diagnóstico de apendicitis aguda intervenimos.

Abril 21|1930. **Intervención.**—Dr. E. Lamas Pouey y Pte. Herrera Ramos.—Anestesia general, éter con el aparato de Ombredanne. Incisión de Mac Burney; al incidir el peritoneo sale una pequeña cantidad de pus, bien ligado, amarillo-verdoso. Se exterioriza el ciego, apéndice ascendente externo de aspecto sano. Apendicectomía; hundimiento del muñón con hilo de lino. No encontrando aquí la causa de la peritonitis después de una rápida exploración limitada por nuestra incisión, cerramos en tres planos y practicamos una laparotomía mediana sub-

umbilical, al exteriorizar un asa ileal a unos 30 cms. más o menos de la válvula ileocecal, encontramos una perforación del tamaño de una cabeza de alfiler dando salida al contenido intestinal. Esa perforación está casi a 2 cms. del borde mesentérico, rodeada de una zona en que la serosa está "depulida" y congestionada, la pared intestinal no está espesada, ni ha perdido su elasticidad normal. Cuatro centímetros por debajo de nuestra perforación hay una estrictura de aspecto cicatricial, pero cuya sección no compromete el tránsito intestinal; a nivel de ese anillo fibroso hay por debajo de la serosa como un brote, del tamaño de una lenteja, bien epitelizado. Hay muy poca distensión intestinal retrógrada de esa zona y por debajo el intestino tiene el diámetro normal. Es una lesión que, macroscópicamente, no hace pensar en la úlcera de distensión.

Grueso drenaje en el Douglas; cierre de la pared en tres planos, crin para la piel. Aspecto del apéndice: serosa normal, contiene tres cálculos fecales, no se ven parásitos.

Post operatorio.—Sin incidentes, no ha vomitado. A las 48 horas colera bien los líquidos. El trayecto herniario más arriba descrito está distendido y renitente, a la palpación no parece tener contenido intestinal ni epiploico. Tenemos la impresión de reducir parte del contenido durante el examen. Atribuimos este engoument a la participación del saco herniario en el proceso peritoneal general. Indicamos una bolsa de hielo, suero glucosado a la Murphy y suero fisiológico subcutáneo. Temperatura 37° 4, pulso 96. Posición de Fowler. A las 72 horas se saca el drenaje del Douglas. Abundante expulsión de gases por el recto. Continúa el engoument del saco herniario, purgante aceite castor. El tránsito intestinal se restablece normalmente.

Siete días después ablación de los puntos de crin de la incisión de Mac Burney.

Nueve días después (Mayo 1.º 1930) operamos la hernia inguinal. El contenido del saco es epiploico; la epiploitis hace difícilmente reconocibles los planos, el fondo del saco encierra unos 50 grms. de pus limitado por el tapón epiploico. Resección del epiplón y saco herniario. Reparación del trayecto inguinal siguiendo la técnica de Bassini-Forgue con gatgut cromado 3. Crin para la piel. Post operatorio normal.

Se levanta a las dos semanas. Se le hizo entonces un examen radioscópico del tubo digestivo no hallándose ningún aspecto anormal. Se queja de ardores después de las comidas.

Se va de alta 25 días después de la operación de su hernia y 34 días después de la operación de la úlcera del íleon (Mayo 25) en perfectas condiciones.

Historia clínica II.—Guardia del Dr. Iraola.—Setiembre 12 de 1931. G. A., español, 40 años. El enfermo refiere antecedentes de ulcus gástrico, tiene ardores y dolores después de las comidas. Esos trastornos se calmaban con el vómito o con la ingestión de alimentos. Sufre, por períodos de 2 a 3 meses, luego pasaba un tiempo bien.

Anoche se despertó con deseos vivos de orinar (tenesmo y luego sintió vivo dolor en el epigastrio con estado lipotímico). Desde entonces siguió sufriendo y tuvo vómitos.

Examen.—Sujeto algo ansioso, quejándose de dolores. Temperatura 36° 4/5; pulso 100, fino. Vientre inmóvil a la respiración, contractura generalizada. Doloroso en todas partes parece, sin embargo, más sensible en la región epigástrica. Desaparición casi total de la macidez hepática.

Operación.—Dr. Iraola y Pte. Brito del Pino.—Laparotomía mediana supraumbilical. Se encuentra líquido seroso con olor algo fecaloideo y fragmentos coloreados con bilis. Se explora el estómago y el píloro. El cardias mismo y no se encuentra nada. Se hace una incisión de Mac Burney, pero por ella no se puede explorar ni el ciego ni el apéndice. Se vuelve a la incisión anterior. se reclinan las asas delgadas y en el fondo, alto, en posición anómala (pre-renal), se encuentra el ciego con el apéndice, que está también intacto. Entonces se devana el delgado y en la última porción (probablemente corresponde al punto de implantación del divertículo de Meckel), se encuentra una zona estrechada, fibrosa, asiento de una vieja úlcera crónica que presenta una perforación bien visible. Además hay una brida fibrosa epiploica que parece hacer una estricción. Hay, además, otras adheencias epiploicas en esa zona. Se decide exteriorizar esa región del delgado, asiento de la lesión lo que se hace utilizando la incisión lateral y poniendo mecha dejadas a los lados. Se hace otra incisión suprapúbica para drenaje del Douglas, tubo de drenaje en la incisión superior, parte superior orientada hacia la logia de Contastinesco. Cierre de la incisión superior por planos. Carecemos de datos precisos en cuanto al post operatorio. Sólo sabemos que después de haber mejorado la primera semana, el enfermo presentó hipo y falleció a los 11 días. El doctor Domingo Vázquez practicó la autopsia y constató peritonitis generalizada. Es de lamentar que no haya podido conservarse la pieza anatómica.

Hasta aquí las consideraciones del Dr. E. Lamas, observaciones clínicas con control operatorio es de lamentar que la pieza de autopsia que pudo conservarse se haya perdido.

Si por su relativa rareza cada observación aislada constituye un documento interesante, su valor aumenta considerablemente con el exa-

men anatomopatológico, sobre todo en una afección cuyos límites no están bien precisados.

En general, resulta sencillo en cada caso eliminar las ulceraciones comunes del yeyunoíleon, ulceraciones traumáticas, tíficas, paratíficas, tuberculosas, sifilíticas, disentéricas, por enteritis, úlceras de distensión, úlceras en el curso de la uremia; esta eliminación se basa por una parte, en la clínica y, por otra, en la anatomía patológica.

Se trata, en general, de una úlcera **única**, de dimensiones reducidas, más ancha en la zona mucosa que en las zonas profundas y continuándose sin mayor resalto en las paredes del intestino. Histológicamente no había signos de infección y en los bordes de la úlcera se encontrarían necrosis de las diferentes capas.

Es a este tipo que pertenece la observación primera. Habría que ser extremadamente exigente para pensar en úlcera distensión, basándose en una cicatriz por delante de ella; cicatriz que, como lo dice el Dr. Lamas, no disminuye grandemente la luz intestinal. Por otra parte, no hay en los hechos relativos a su hernia nada que haga pensar en un estrangulamiento herniario.

Pero frente a este tipo de úlcera simple que correspondería a una úlcera más o menos reciente, nada se opone a que pueda haber otras formas, úlceras crónicas callosas, úlceras múltiples.

Baillof-Huse de Toulouse, admite una forma callosa, crónica, de la úlcera simple del delgado, forma cuya posibilidad admite Leotta. Es a esta forma que correspondería la observación II.

Es indudable, que estas formas son más difíciles de individualizar macroscópicamente de otras úlceras intestinales crónicas.

Algunos han relacionado estas úlceras simples del intestino delgado a las llamadas úlceras pépticas del divertículo de Meckel, punto éste que ha sido tratado en nuestra Sociedad por el Dr. Etchegorry a propósito de una observación de perforación de úlcera simple de divertículo de Meckel ("Anales de la Facultad de Medicina", Tomo XI, pág 621).

Sabemos que algunos autores han dado suma importancia patogénica en las úlceras diverticulares a la estructura anatómica divertículo en sí, en el cual al lado de zonas de mucosa de tipo intestinal hay zonas de tipo gástrico, esta última bordearía la zona de ulceración.

Esta apreciación sería un escollo para la unificación de las úlceras del intestino delgado, si no pudiera ser salvados en los dos sentidos por quienes han tentado la variedad o buscado el papel de mera coincidencia la existencia de estas zonas de estructuras gástricas, o suponiendo que puedan existir todo a lo largo del conducto intestinal.

Hay, sin embargo, en la presentación clínica un hecho importante a señalar, la úlcera del divertículo da muy a menudo hemorragias antes de la perforación, lo que no pasa con la úlcera simple del delgado.

Hasta ahora esas úlceras han sido reconocidas por una complicación de la perforación. Baillot cita observaciones en que es una oclusión la que descubre la úlcera.

El cuadro que presentan los enfermos es el de una peritonitis por perforación en peritoneo libre. Los antecedentes o la falta de ellos llevará a pensar en apéndice o más habitualmente en úlcera perforada.

Por el momento y en ausencia de datos de valor, la duración de frecuencia no permite hacer el diagnóstico de perforación de úlcera simple. Es una vez hecha la incisión que el cirujano corregirá el error y hará la terapéutica apropiada.

Es de pensar si no podría diagnosticarse la afección antes de la perforación. Ese paso se está dando en las úlceras diverticulares, dado que éstas sangran muy frecuentemente antes de perforarse. En las úlceras simples del yeyunoíleon, la ausencia de hemorragias, es un carácter negativo importante.

Pero puede haber antecedentes patológicos. En la primera de las observaciones del Dr. Lamas, el enfermo había tenido cuatro crisis dolorosas abdominales; se había pensado en apendicitis y se había hecho un examen radioscópico al parecer confirmatorio. Recordemos que el intestino tenía por delante de la úlcera una cicatriz lineal y un brote cicatricial atestiguando un proceso anterior y, lógicamente, relacionada a sus cuadros dolorosos.

El enfermo del Dr. Iraola es más interesante aún; tiene antecedentes de dolores, ardores y vómitos que calmaban el cuadro doloroso; su afección evolucionaba por crisis de unos tres meses de duración separadas por largos intervalos libres.

Y en la intervención se encuentra por una parte estómago y duodeno normales y, por otra, una úlcera crónica, fibrosa, rodeada de adherencias y bridas epiploicas que certifican la antigüedad del proceso.

Son casos así los que permiten pensar a quienes se han ocupado de este asunto, que con los progresos de otros medios de examen como el radioscópico (hasta ahora enteramente negativo), se puede algún día diagnosticar esta afección antes de la perforación.

Y, por lo menos, que cuando sufrimientos crónicos conducen a un enfermo a la mesa operatoria, la negatividad de la exploración gastro-duodenal o apendicular, objeto supuesto de la intervención, debe llevar al cirujano a explorar el intestino delgado.

En cuanto al tratamiento efectuado está dentro de lo lógico. El Dr. Lamas, en un caso reciente cerró la perforación. El Dr. Iraola, en un enfermo deprimido, después de una exploración un poco larga, frente a una úlcera callosa prefirió exteriorizar.

Creo que debemos agradecer al Dr. Lamas la presentación de los dos interesantes casos.

