

HEMANGIOMA CAVERNOSO DEL MESENTERIO YEYUNAL

Carlos STAJANO

Presentado el día 7 de Mayo de 1941

C. N. — 25 años, uruguayo.

Enfermo sano que consulta por un síndrome doloroso del hipocondrio y flanco izquierdo, iniciado hace un año y medio. Ese dolor apareció en el curso de una salud perfecta; duró esa crisis cinco días en forma intensa, quedando con molestias hasta hace pocos días en que reanudó su cuadro de vientre y nos consulta. Ingresa a la sala 21.

Refiere que tanto los dolores, como la sensación de tensión y plenitud aparecen en general de media a una hora post-ingestión de alimentos. Eructa fácil y abundantemente, pretendiendo así calmar la sensación de plenitud post-prandial, así como la distensión abdominal difusa, sin conseguirlo. Toda la medicación a base de alcalinos, bebidas calientes o alcoholizadas, no conseguían calmar el síndrome y sólo espontáneamente desaparecía a las 4 o 5 horas de iniciado.

Ultimamente recurrió al láudano. Nunca ha tenido regurgitaciones, ni vómitos. No ha podido culpar a ningún alimento especial como causa de trastornos, cualquier alimento lo produce por igual. Ha rebajado 10 kilos en un año. Es estreñido habitual.

Examen clínico: Buen estado general. Enfermo delgado, pálido, pulso regular a 70. Apirético. Dentadura en pésimas condiciones, con caries de tercer grado y raíces de molares en ambos maxilares.

Abdomen. — Móvil a la respiración e indoloro en la inspiración profunda y a la tos. Cicatriz de incisión de Mac Burney. A la palpación tumoración de hipocondrio y plano izquierdo alcanzando la línea umbilical no delimitándose con precisión su límite interno. El límite externo se siente en la prolongación de una línea vertical que pasa por el mamelón. El límite superior se pierde borrosamente por debajo del reborde costal. Ligeramente móvil a la respiración. Dolorosa a la presión. Superficie irregular. A la percusión, sonoridad por delante del tumor. Contacto y peloteo lumbar. Durante 10 días de observación, comprobamos diferencia apreciable de volumen de ese tumor de un día para otro, provocando divergencias de apreciación. El acto operatorio justifica esta fluctuación variable del tamaño

de un momento a otro, a la vez que explica la recrudescencia del dolor a plazo fijo 1 ½ a 2 post-prandial.

Examen radiológico: en diversas oportunidades antes de su ingreso, el gastro-duodeno fué descartado por los radiólogos. En su informe último nuestro radiólogo informa: parte baja de su estómago desplazado hacia la derecha por una masa. Es una imagen por lesión extrínseca al estómago. Duodeno normal. Colecistografía, imagen y contractibilidad vesicular normal. Estudio del colon por enema sin anomalías. La masa blanduzca desconcierta por su variedad de tamaño.

Estudio de su estado general completo y del resto de los aparatos sin particularidades, salvo un proceso crónico bronquial discreto. Estudio de sus humores. Sangre, orina, totalmente normales.

Se discuten varios diagnósticos de ubicación anatómica y de naturaleza del tumor de hipocondrio izquierdo, y ninguno se ajustó a la verdad. No se pensó en la verdadera naturaleza del tumor, y el tumor vascular del mesenterio no estuvo en ningún momento en tela de juicio. Se resuelve operar.

El 9 de octubre de 1939. — Raquipercaína con 0 gr. 008. Incisión paramediana interna izquierda supraumbilical. Tumorción blanda del tamaño de una naranja incluida en el mesenterio del ángulo duodeno-yeyunal. Tumor violáceo y de consistencia fluctuante. Intentamos la enucleación que se hace al final imposible, pues gruesos vasos del meso nutren al tumor. La vascularización del ángulo duodeno-yeyunal y del ansa la consideramos comprometida, decidiendo reseca todo un segmento intestinal con el tumor en su meso. Seccionamos el yeyuno en pleno ángulo duodeno-yeyunal y hacia abajo en una extensión de 20 cm. Cerramos ambos segmentos intestinales y restablecemos la continuidad del tránsito por una yeyuno-duodenostomía. Esta última al nivel de la tercera porción a la izquierda del cruce mesentérico previo decolamiento y por anastomosis latero-lateral. Procedimos a esta ubicación de la neo-boca por el temor de la irritación del ansa duodeno-yeyunal sabiendo bien, de acuerdo con las comprobaciones anatómicas de mi asistente el Dr. Chifflet, la variable disposición vascular de ese segmento de intestino. No nos era posible en el acto operatorio reconocer cuál era el tipo de la irrigación en este caso y decidimos por seguridad, la elección del lugar en la tercera porción del duodeno.

El diagnóstico operatorio fué pues de: *tumor cavernoso del mesenterio a 8 cm. del ángulo duodeno-yeyunal.*

Post-operatorio. — Post-operación chocante, pero que es tratada eficazmente, normalizándose la motricidad intestinal al tercer día. Se levanta a los 11 días. Alta a los 12. Vuelve a verse periódicamente. Sigue en perfectas condiciones.

El Bachiller Scandroglio estudia macro y microscópicamente el tumor, afirmando el diagnóstico histológico de *Hemangioma capilar y cavernoso del mesenterio.*

Los cortes muestran un tejido constituido por gran cantidad de vasos capilares, con contenido de glóbulos rojos, en una trama conjuntiva muy

tenue. Algunos son más voluminosos, ofreciendo cavidades anfractuosas de aspecto cavernoso. En algunas zonas la luz y pared vascular han desaparecido, existiendo en su lugar manchas de precipitación cálcica.

En el borde libre se esboza una cápsula muy tenue que limita la tumoración.

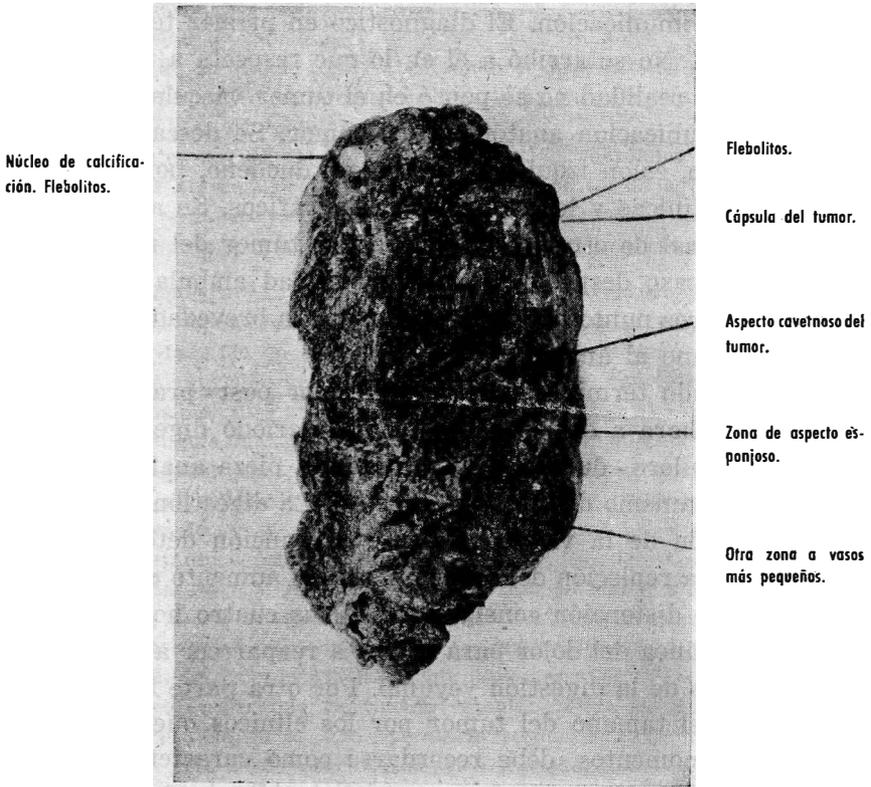
Brevemente consignados quedan los hechos salientes de este caso en esta comunicación. El diagnóstico en primer término fué muy discutido. No se arribó a él en lo que respecta a naturaleza del tumor. En realidad no se pensó en el tumor vascular, pero sí, se llegó a la ubicación anatómica del tumor. Se descarta riñón, páncreas, bazo, colon izquierdo, estómago, duodeno, por las comprobaciones clínicas y los controles radiográficos. Se admite por exclusión formal de otras causas el posible tumor del mesenterio alto, en este caso desprovisto de la movilidad ambulante de los tumores de otros puntos del mesenterio, por la brevedad del mesoyeyunal, cercano al ángulo.

En segundo término, el ritmo del dolor post - prandial a la una y media hora a dos, durante todo el período digestivo, hizo pensar en el píloro - duodeno. En realidad la pieza anatómica nos explica el mecanismo del dolor y su causa. La digestión intestinal y la congestión de la víscera durante su función determinaban seguramente la repleción del angioma, con su aumento de tamaño, y el dolor por distención consiguiente. A las cuatro horas disminución espontánea del dolor para volver a reaparecer a plazo fijo en el momento de la digestión yeyunal. Por otra parte la variable apreciación del tamaño del tumor por los clínicos que lo vieron en distintos momentos, debe recordarse como características de los tumores vasculares cavernosos sujetos a fluxiones de repleción variable como en este caso por la hipercirculación satélite del acto digestivo.

Técnicamente, este caso es ilustrativo respecto al tipo de irrigación del ángulo duodeno - yeyunal, que debe tener presente todo cirujano que intervenga en esta región. El Dr. Chifflet ha insistido precisando los tres tipos anatómicos corrientes, variablemente frecuentes, de irrigación del ángulo duodeno - yeyunal, encontrando en este fundamento el porque de mi conducta qui-

rúrgica, evitando el peligro de una anastomosis término terminal, en pleno ángulo duodeno - yeyunal.

Pieza operatorias — Histológicamente se comprueba un tejido constituido por gran cantidad de vasos capilares en su mayor parte, con contenido formado por glóbulos rojos, en un estroma conjuntivo muy tenue. Algunos



Tumor vascular del mesenterio

de ellos son más voluminosos dando cavidades anfractuosas de aspecto cavernoso.

En algunas zonas la luz y la pared vascular ha desaparecido, existiendo en su lugar un núcleo de precipitación cálcica. En el borde libre se esboza una cápsula muy tenue que limita la tumoración.

En resumen: Hemangioma capilar y cavernoso con pequeños flebolitos.

DISCUSION

Abel Chifflet. — La observación del Profesor Stajano tiene múltiples aspectos que la hacen interesante. Me referiré solamente a la técnica operatoria. Habiéndome ocupado en 1930 de la anatomía de esa región en vistas a la técnica quirúrgica, quiero aprovechar la circunstancia para citar los hechos de esta observación que confirman plenamente nuestro criterio. En lo que se refiere a los decolamientos posibles en las vecindades del ángulo, creo que a nada de particular dió motivo la operación del Prof. Stajano.

En cambio, el conocimiento de las disposiciones vasculares fué de grandísimo valor práctico. Era clásico describir la irrigación del ángulo duodeno - yeyunal, como dada por una arteria que iba a esa región, proveniente de la mesenteria superior y que dividiéndose en dos ramas se anastomosaba con la primera yeyunal y con una duodenal, para dar de estas arcadas anastomóticas la irrigación de la 4ª porción del duodeno y del comienzo del yeyuno. En mi trabajo, publicado en Anales de la Facultad (Marzo, Junio y Julio 1932, págs. 382 - 452) demostré, que si bien esa disposición era posible, eran también frecuentes otros tipos, de los cuales los más interesantes eran aquellos en que las ramas de la arteria del ángulo no llegaban a anastomosarse con sus vecinas y los casos en que faltando la arteria del ángulo, no se producía unión entre la rama ascendente de la 1ª yeyunal y la duodenal. Del análisis de todas las disposiciones posibles llegaba a la conclusión de que no existiendo en el acto operatorio nada que informase sobre la disposición arterial de ese paciente, era lógico aceptar que la 4ª porción del duodeno, el ángulo y la iniciación del yeyuno constituían una zona de riesgo de necrosis en cualquier caso de ligadura vascular vecina.

En la observación del Prof. Stajano, al seccionar el vaso de la primer asa yeyunal, a unos 10 cm. del ángulo, se vió rápidamente tomar un color violáceo al segmento de yeyuno que llegaba hasta el ángulo, lo cual demostró dos cosas: 1) que no había arteria propia del ángulo para irrigar los segmentos duodenal y yeyunal, y 2) que la arteria del segmento yeyunal venía de la yeyunal y no se anastomosaba con la duodenal vecina. Esta prueba evidente de pobreza de irrigación del ángulo obligó a

descartar toda posibilidad de usar ese punto para la entero-anastomosis. Se hubiese podido utilizar la 4ª D., a izquierda del mesenterio, pero era fácil predecir que una ligadura inadvertida tomando la arteriola de esa porción que era indudablemente la que llegaba al ángulo, hubiese provocado la necrosis y la inevitable falla de la sutura. Mas sencillo resultó, a favor de la falta de la primer asa yeyunal, ir a buscar en la 3ª D., a derecha del mesenterio, el punto de anastomosis con el cabo yeyunal inferior de la resección.

En un estudio de conjunto sobre cirugía del ángulo duodeno-yeyunal que voy lentamente preparando en la Clínica, la interesantísima observación del Prof. Stajano ocupa un lugar fundamental.