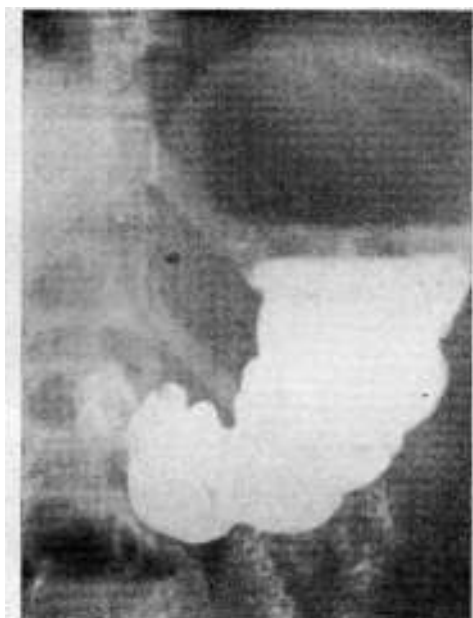
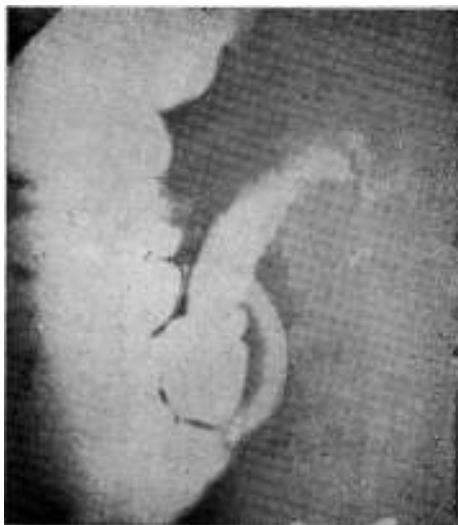


ESTUDIO RADIOLOGICO PREOPERATORIO

Dr. F. García Capurro y A. Vázquez Piera



RAD. 1. — Estómago levantado. Píloro desplazado a izquierda: Gran cámara gástrica. Asas yeyunales altas normales.



RAD. 2. — Colon proximal. Ultima asa ileal descendente.

Diagnóstico radiológico. — La documentación radiológica relativa al estudio morfológico y funcional del tubo digestivo, en la peritonitis encapsulante, comprende aún pocos documentos. Brocq, Patel y Gosset ⁽¹⁾ y Mondor, Porcher y Olivier ⁽²⁾ han

(1) PIERRE BROCCQ, JEAN PATEL et JEAN GOSSET. — Documents a mettre au dossier de la peritonite ancapsulante. *Lyon Chirurgial*, T. 40, N° 2, 1945, p. 153. *Mémoires de l'Academie de Chirurgie*, T. 70, N° 11, 1944.

(2) MÔNDOR H., P. PORCHER, C. OLIVIER. — Radiodiagnostics urgents: abdomen, 1943, Masson et Cie. Paris, p. 120-130.

aportado algunos documentos que revelan que la sintomatología radiológica es variable, como la anatomía patológica de la lesión y se resumen en desplazamiento de órganos (estómago), apelo-tonamiento de la masa de intestino delgado sin posibilidad de diso-ciar sus componentes por la compresión, o en los casos de enema opaco, el colon ha aparecido como encuadrando el tumor abdomi-nal formado por el delgado conglomerado.

En nuestro caso en el estudio radiológico pre-operatorio, he-cho por los Dres. F. García Capurro y Vázquez Piera, el delgado no



RAD. 3. — Recto y sig-
moide. Deformación del
sigmoide por compresión
extrínseca por el quiste
del ovario.

pudo ser estudiado en detalle, debido a la enorme distensión por la ascitis. A nivel del sigmoide, una compresión extrínseca que la operación reveló ser debida al quiste del ovario izquierdo.

En el estudio radiológico po t-operatorio, encontramos anormalidades, que hemos interpretado a la luz del conocimiento de la lesión anatómica y que el Dr. García Capurro nos ha con-firmado con su autoridad.

Las radiografías simples muestran solamente pequeños nive-les, restos del derrame. (Radiografías 4 y 5).

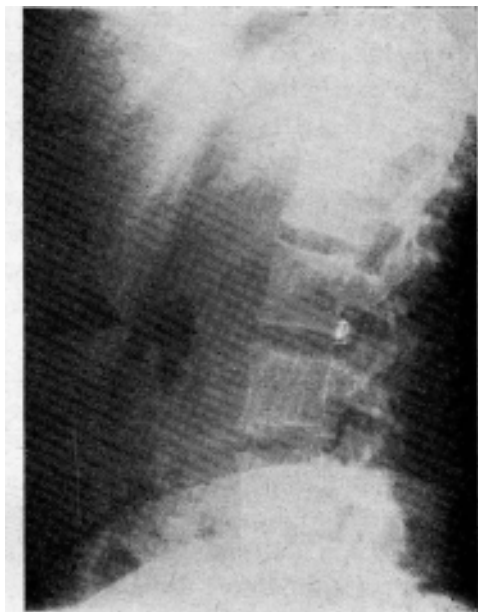
La deformación del sigmoide ha desaparecido y el asa se ha elevado en el vientre, contrastando con el aspecto aplastado pre-

RADIOGRAFIAS POSTOPERATORIAS

Radiografías postoperatorias 35 días después de la operación



RAD. 4. Pequeño nivel residual de la cavidad ascítica.



RAD. 5. Radiografía lateral. Se ve también el pequeño nivel residual.



RAD. 6. — La deformación del sigmoide ha desaparecido y el asa se ha elevado en el abdomen.



RAD. 7. — Disposición del intestino en alforjas a ambos lados del raquis.

operatorio. Este hecho revela que la cavidad peritoneal retroepiploica ha recuperado espacio una vez aliviada de la compresión de la ascitis.

Es el relleno del íleon lo que hace la particularidad de este caso. Todo el yeyuno-íleon está a la izquierda del raquis; el colon proximal ocupa la gotera derecha. Ambos están unidos por la última asa ileal que atraviesa el vientre como una banda acostada sobre el raquis. Se puede observar la menor densidad de barita en el asa que cruza el raquis; esta menor densidad se acentúa por la compresión (Rad. N. 7).

El intestino delgado y el colon proximal se disponen en alforja o árgana a ambos lados del lomo constituido por el raquis. La última asa ileal forma la cuerda que los une. Es lo que podrá llamarse imagen en alforja o árganas. Si miramos el esquema de la lesión en corte transversal (Fot. N.º 3), nos explicamos esta disposición determinada en este caso particular por la topografía previsceral total de la bolsa de peritonitis encapsulante, que ha comprimido el contenido visceral hacia los huecos paravertebrales, quedando en el centro, estirada sobre la columna, el asa ileal que une ambos sectores.

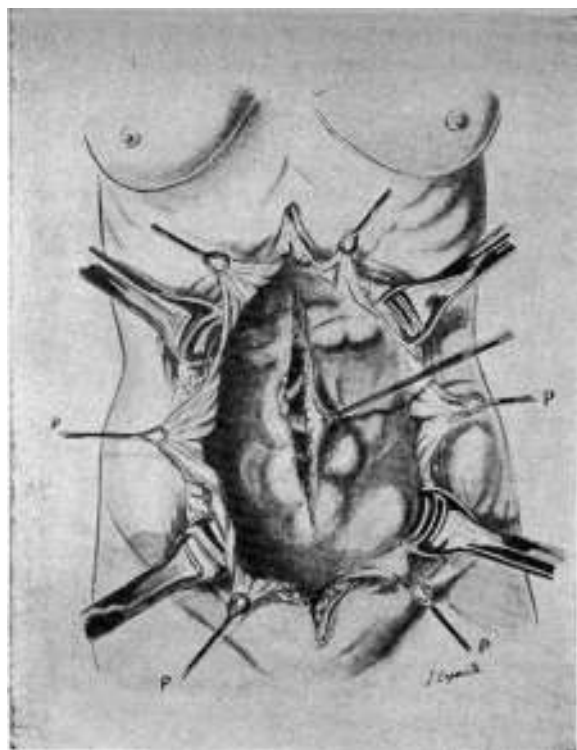


Foto Nº 1. — P.P.P. Am-
plia laparotomía media-
na. Peritoneo parietal
anterior flácido, exte-
riorizable, pese a su engro-
samiento, a favor de la
conservación del plano
subperitoneal laxo. Las
asas y el colon hacen re-
lieve detrás de la hoja
posterior de la bolsa. In-
cisión de esta hoja: su
cara posterior tiene as-
pecto de epiplón, en tan-
to la cara anterior es
granulosa, semejante a
mucosa gástrica antral
en las gastritis hipertró-
ficas.

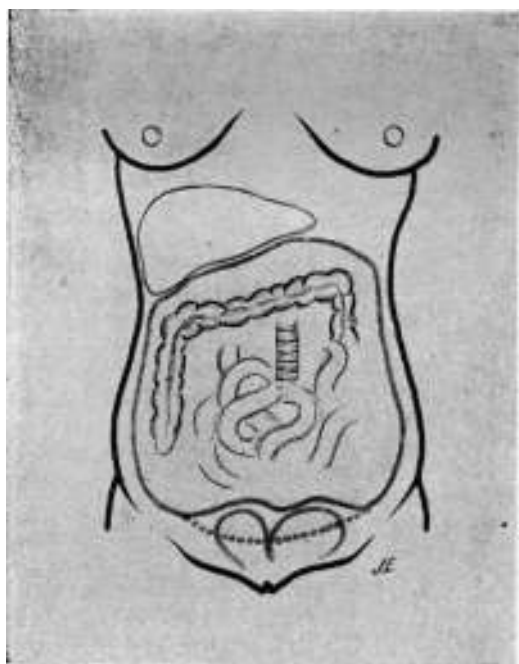
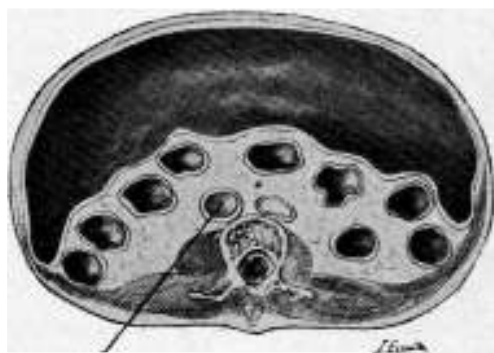


Foto Nº 2. — Topografía
frontal de la bolsa pre-
visceral.



Aorta.

Foto Nº 3. — Topografía en corte transversal.

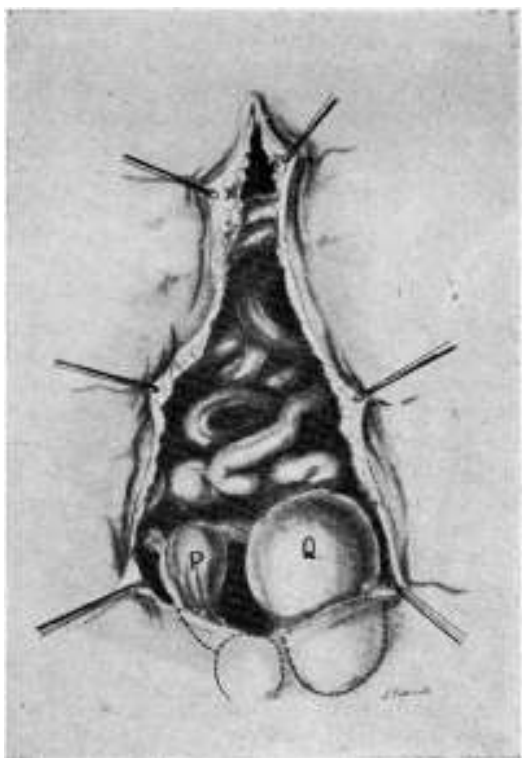
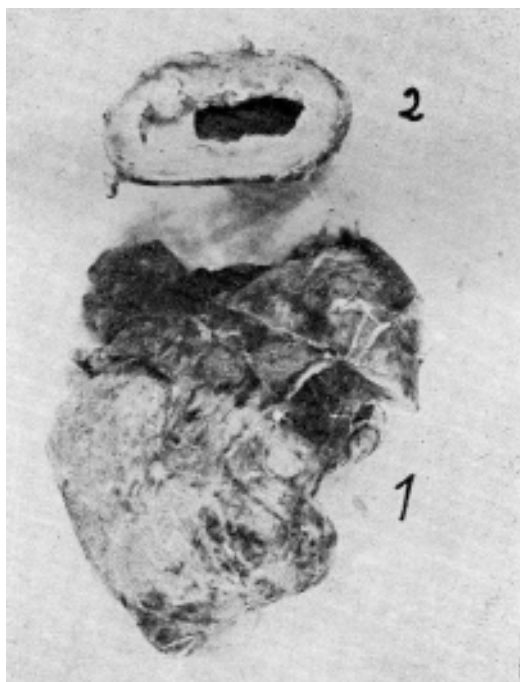


Foto Nº 4. — La amplia brecha creada en la hoja posterior de la bolsa da entrada a la logia visceral abdómino pelvianó. P. piosalpinx. Q. uiste.

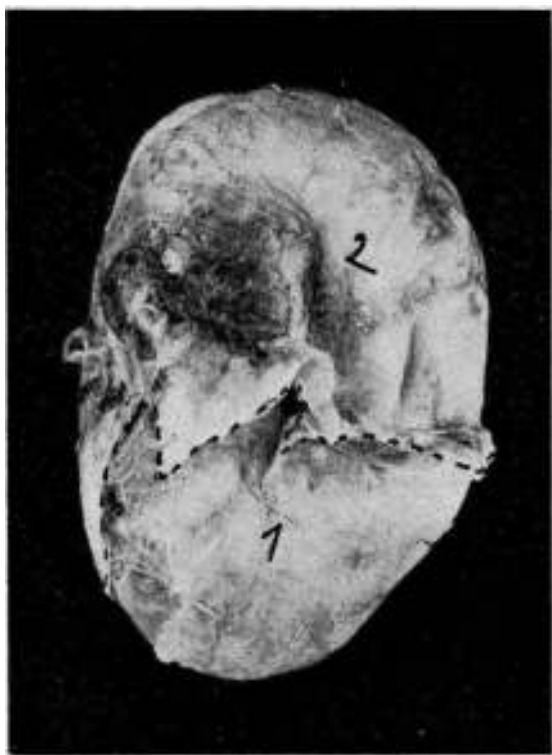


Foto Nº 5. — Esquema en corte sagital. Relaciones del bajo fondo de la bolsa con el contenido pelviano. Q. quiste ovario. P. piosalpinx.



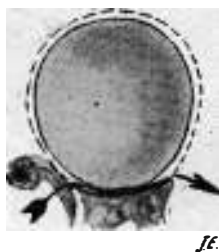
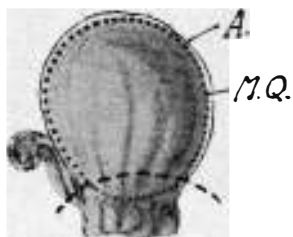
Piosalpinx

1. aspecto exterior.
2. corte de tumor.

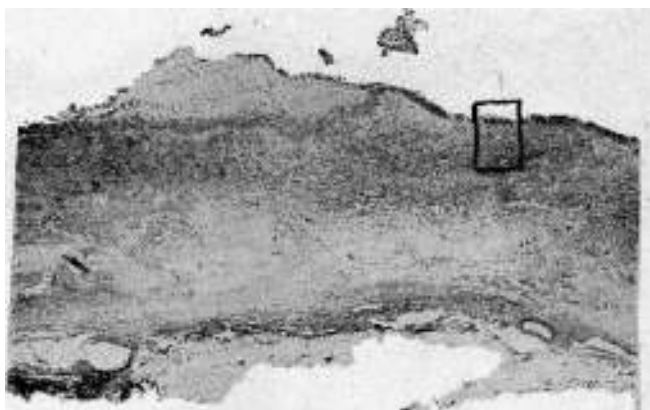


Quiste del ovario.

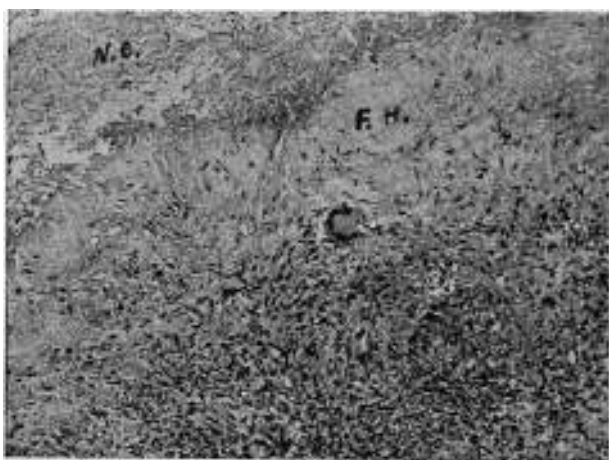
1. superficie de enucleación de, con el parénquima ovárico.
2. superficie libre del quiste (en punteado: límite de la superficie de enucleación).



Enucleación del quiste ovárico.



Peritoneo parietal. — Corte topográfico. El recuadro corresponde a la microfotografía siguiente.

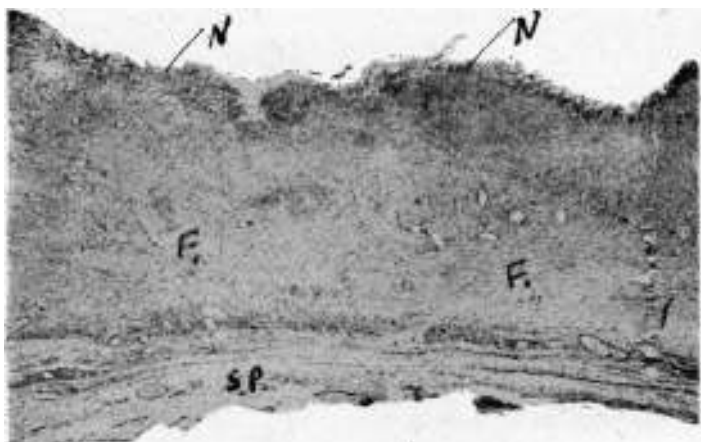


Peritoneo parietal. Su zona interna, vista a mayor aumento.

N.C. necrosis caseosa.

F.H. fibroesclerosis hialina.

Folículos tuberculosos escasos.



Piosalpinx. Corte topográfico.

N. Necrosis caseosa.

F. Fibroesclerosis parietal.

S.F. Plano de enucleación.



Corte microscópico a mayor aumento. Necrosis caseosa.
Fibrosis y folículo tuberculoso.