

Abdomen.—No se palpa, ni percute aumentadas las áreas del hígado ni del bazo. Algunas adenopatías, duras, rodaderas, no dolorosas, de tamaño de lentejas, en ambas ingles.

La exploración neurológica es totalmente negativa. La radioscopia de tórax fué normal.

Análisis.—Orina: densidad, 1.030, reacción ácida. No hay glucosa ni albúmina. El examen del sedimento es normal.

Sangre.—Hemacias, 4.400.000. Hb., 94. Leucocitos, 7.000 por milímetro cúbico. Neutrófilos adultos, 50. Cayados, 4. Basófilos, 0. Linfocitos, 44. Monocitos, 2. Velocidad de sedimentación: índice de Katz, 4,5.

El informe oftalmológico que nos remitió el Doctor MARÍN ENCISO, señala la existencia de ligera anisocoria (midriasis de pupila derecha). Ectropia de ambos cristalinos, el del O. I. hacia arriba y adentro, y el del O. D. hacia arriba y afuera. Tamaño normal. Refracción miope.

Como en un principio dijimos, este enfermo presenta un síndrome bastante completo, aunque, sin embargo, hay que destacar varios hechos: la ausencia de aracnodactilia en manos, cosa que falta pocas veces en estos enfermos, no obstante ya E. ROSENTHAL publicó en 1945 un caso en que también faltaba este síntoma, y tampoco debemos olvidar que se trata de un muchacho, y que muy probablemente este síntoma se irá acusando más, conforme se vaya desarrollando. Por otro lado, llama la atención la luxación del cristalino, que en lugar de ser, como tipicamente hacia el mismo lado en ambos ojos, generalmente hacia arriba y afuera, en nuestro enfermo es de la siguiente forma: en el O. D., hacia arriba y afuera, y en el O. I., arriba y adentro.

También en nuestro enfermo hay que señalar las alteraciones existentes en el aparato genital, citadas en algunos casos en el sexo femenino, pero no en el varón.

RESUMEN.

Presentamos un caso de síndrome de Marfan en un muchacho de catorce años, con un cuadro bastante completo, en el que existen algunas particularidades, sobre las que se insiste.

BIBLIOGRAFIA

- FRANCO, MARÍN ENCISO y A. SALVADOR.—Rev. Clin. Esp., 29, 357, 1948.
- BARREDA.—Rev. Clin. Esp., 34, 408, 1949.
- E. ROSENTHAL.—M. C. Am. Jurnal Path., 10, 1945.

EL MECANISMO DE TORSION EN LOS VOLVULOS TUBO-OVARICOS (*)

L. GÓMEZ OLIVEROS

Cirujano del Equipo Quirúrgico Municipal. Madrid.

Hemos operado tres casos de volvulo, en los que la torsión comprendía la trompa uterina y el ovario. En ellos el mecanismo de torsión se había llevado a efecto, según nuestra interpretación de hechos operatorios, por tres causas distintas y a cual más interesantes.

(*) Leido en la Academia de Cirugía el 1 de diciembre de 1949.

En uno de los casos el volvulo se verificó en el lado derecho, y gracias a la trasposición de un tumor intraligamentario.

En otro, también en el lado derecho, la torsión de la trompa y del ovario acontecían durante el proceso patológico de una apendicitis aguda que, al parecer, precedió a la torsión y la desencadenó.

Y, en fin, el tercer caso, igualmente en el lado derecho de extraordinaria rareza, el volvulo tubo-ovárico se presentó dentro del cuadro de una rotura de trompa por embarazo ectópico. Casos como éste son muy poco frecuentes, y nosotros no hemos podido recoger en la literatura nada similar a nuestro caso. MONDOR alude a la posibilidad de que ocurra el volvulo tubo-ovárico durante la gestación, pero sin especificar si normal o patológica.

Estos tres casos los consideramos interesantes por varias razones que expondremos y que acaso justificarán la presentación de los mismos. He aquí las historias clínicas de los casos reseñados:

Primer caso.—Ingrresa en el Equipo Quirúrgico la enferma B. G., de treinta y ocho años, casada, la cual manifiesta que desde hace dieciocho horas tiene unos dolores atroces en hipogastrio y región lumbar derecha. Se suceden por crisis y los califica de superiores a los del parto. Se irradian hacia los grandes labios. No vómitos. Si heces, si gases; polaqueria no dolorosa. Nada genital anormal, así como de otros aparatos y sistemas. Un parto anterior. Hijo sano.

Enferma asténica, con cara angustiosa, piel pálida, lengua tostada y seca. Pulso rápido e hipotensivo (110). Tensión máxima, 10; mínima, 4,5. Temperatura, 36°.

Abdomen abultado en región hipogástrica y fossa iliaca izquierda. Depresible en toda su extensión excepto en estas últimas regiones, donde se palpa una tumoración grande, dura, tensa, pero no depresible y sin abolladuras, que se moviliza con dificultad en parte por ser dolorosa a la palpación.

Puntos apendiculares y ováricos derechos, electivamente dolorosos. Tacto vaginal y rectal positivos en cuanto a ocupación de los fondos de saco periuerternos; dolorosos, sobre todo el derecho.

La enferma refiere ahora que de toda su vida tiene un tumor en el abdomen, pero en el lado derecho, y que coincidiendo con el principio de su dolor actual el tumor se le nota corrido hacia la izquierda.

Con el diagnóstico de torsión de un tumor o quiste ovárico o paraovárico, intervenimos. Con anestesia raquídea, laparotomía infraumbilical media; al incindir peritoneo sale abundante líquido sanguinolento, que procede de cavidad pelviana. Tumor sólido sobre vejiga y útero, recubierto por serosa congestiva, que se exterioriza previa ampliación de la incisión cutáneo-aponeurótica; entonces se observa que la trompa y ovario derechos están torsionados—dos vueltas y media—apareciendo tumefactos, cianóticos y hemorrágicos, con focos de evidente infarto. La tumoración es intraligamentosa y sesil (con pediculación secundaria) exérésis del tumor y de las estructuras torsionadas en un solo tiempo. Aspiración y cierre de la pared por planos. Curso postoperatorio, normal. Alta, curada, a los ocho días.

Examen anatomo-patológico.—Adenomioma con formaciones microquisticas.

Segundo caso.—Ingrresa en el Equipo Quirúrgico la enferma A. C., de treinta y dos años de edad, casada. Dos días antes de su ingreso notó dolores agudos, pero irregulares en fossa iliaca derecha. Desde hace veinticuatro horas el dolor se hizo más vivo en epi-

gastro, desde el cual se corre a fosa iliaca derecha, en la que persiste, si bien un poco irregular en cuanto a intensidad, pues a veces es tan marcado, que pierde el conocimiento. Si náuseas, no vómitos. No heces, si gases. Orinas normales. No antecedentes de otros aparatos y sistemas. Tres partos normales.

Enferma piónica en buen estado de nutrición, boca con buena coloración, pero con las mucosas secas. Pulso taquicárdico (110) e hipotensio. Temperatura, 38,3°. El abdomen está distendido y es doloroso, preferentemente en fosa iliaca derecha, donde acusa todos los signos de apendicitis. Ligera contractura, especialmente en cuadrante inferior derecho, donde parece apreciarse a la palpación una tumoración dolorosa y no desplazable. Por tacto vaginal y rectal se notan ocupados los fondos de saco periuertínicos, principalmente el derecho, que es muy doloroso.

Se intervino bajo el diagnóstico de apendicitis aguda, con anestesia etérea y tras una laparotomía pararectal derecha; abrimos cavidad abdominal, donde existe un líquido serosanguinolento. En fosa iliaca derecha encontramos una tumoración rojo-negruzca cubierta de fibrina y muy adherida a las estructuras vecinas. Tras interpretaciones minuciosas identificamos en dicha tumoración un apéndice vermicular inflamado con foco trombo-necrótico en punta, alrededor del cual se arrolla la trompa uterina de este lado, y a la que está firmemente fijado. La trompa está infartada y muy distendida y su giro es de vuelta y media. Torsión de la que participa también el ovario, que aparece con focos necróticos y estasis vascular. El ligamento ancho está distendido por serosidad hemorrágica. Se practica apendicectomía y salpingo-ovariectomía en un solo tiempo. Aspiración y cierre de la pared por planos. Penicilina postoperatoria. Alta, curada, a los quince días.

Tercer caso.—Enferma H. J., de cuarenta y dos años, casada, ingresa en el servicio de urgencia del Hospital General con el diagnóstico de abdomen agudo.

Refiere el marido, pues la enferma está en tan mal estado general que apenas puede ser historiada, que desde hace una semana viene sufriendo molestias y dolores abdominales, sobre todo en fosa iliaca derecha. Pero desde hace hora y media su mujer tiene un dolor agudísimo, agonizante, en fosa iliaca derecha, que la inmoviliza y la impide casi respirar. Este dolor se acompaña de náuseas y no se difundió hacia ningún sitio. Desde hace media hora el dolor es tan fuerte, que la enferma perdió el conocimiento, para recobrarlo a los pocos instantes. Pulso muy rápido e hipotensio (130). Tensión máxima, 8; tensión mínima, 3,5. Temperatura, 38,5. Mucosas secas, piel sudosa y fría. Abdomen contracturado en cuadrante inferior derecho y doloroso en los puntos apendiculoovarícos. Tacto vaginal, especialmente doloroso en el fondo de saco parauterino derecho que está ocupado por una masa al parecer líquida.

Ante el mal estado de la enferma no se hace más exploración y se ordena una amplia transfusión en la mesa de operaciones. Mientras verifican ésta insistimos cerca del marido sobre la historia clínica pasada de esta mujer, pues sospechamos una hemorragia interna o una perforación apendicular agudísima, el cual no nos da solución al diagnóstico, pero insiste en que su mujer estaba anteriormente sana, que sus menstruaciones eran normales y que la última la tuvo hace veinte días.

Bajo anestesia etérea, laparotomía infraumbilical pararectal. Al abrir peritoneo se desborda un verdadero río de sangre, que invade todo el campo operatorio. Posición de Trendelenburg, aislamiento de intestino y aspiración y secado de la sangre. Localizamos en fosa iliaca derecha una trompa uterina angulada y retorcida, junto con el ovario de su lado, en dos vueltas, y estallada en su porción ístmica sobre la que se deposita un gran coágulo, que se extrae con cuidado, y que resulta ser el fruto de una gestación ectópica. Se practica una salpingo-ovariectomía rápida, y tras nueva aspiración se cierra la pared en un solo plano con puntos separados de crin.

Al terminar la operación la enferma había recibido 1.200 c. c. de sangre, cafeína y veritol intravenoso. El pulso estaba en 100 y era tenso. La tensión máxima era de 9,5 y la mínima de 5,5.

Diagnóstico postoperatorio.—Embarazo ectópico tubárico, ístmico, con rotura de trompa y válvulo de ésta y del ovario. El fruto se recoge y se estudia sobre vesícula coriônica y resulta ser un embrión de 14 milímetros (fig. 1).

En el curso postoperatorio la enferma tiene una bronconeumonía, que se trata con Cibazol y ácido ascórbico, a los que responde muy bien. Alta, curada, a los veinte días.

Entre los procesos que pueden desencadenar un cuadro de abdomen agudo está la torsión de la trompa uterina, torsión que al presentarse en forma aguda lo puede hacer según una de las modalidades siguientes: ya como una pelvi-peritonitis aguda, ora como una oclusión

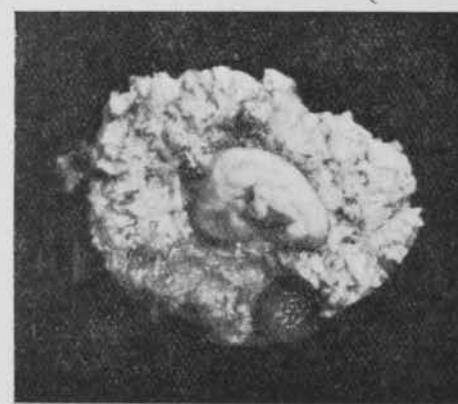


Fig. 1.

intestinal, ya como una apendicitis aguda, ya como una rotura tubárica por embarazo extrauterino, ya, en fin, como un aborto; tal disparidad de aparición clínica se debe a que el cuadro sintomatológico no es muy típico y a que entre los síntomas existen algunos que caracterizan en parte otros procesos abdominales agudos, como los acabados de reseñar. Es por ésto por lo que MONDOR tiende a crear para los válvulos tubo-ováricos distintas formas clínicas; así las febriles, así las metrorrágicas, así las hemoperitoneales, así, en fin, las que se presentan con gran meteorismo.

El válvulo de la trompa uterina con o sin torsión ovárica es una eventualidad patológica no muy frecuente. Los manuales ginecológicos lo suelen reseñar con brevedad o no lo reseñan. Otro tanto sucede en las publicaciones pretéritas o recientes sobre cirugía de urgencia, en las que tampoco se discute este momento nosológico de la patología abdominal, o, si se hace, es a través de breves referencias. Excepción a este respecto la merece el tratado de MONDOR. Realmente documentación sobre el tema sólo se puede adquirir en trabajos especiales, tales como los de AUVRAY, REGAR, CHARBONNIER y BRANDT, RICARD, FIOILLE, CASSIDY, THOREK, HARTINGUER, etc.

Nosotros creemos que el válvulo tubo-ovárico merece un apartado señalado, pues su co-

nocimiento nos llevará a un diagnóstico acertado y precoz, que evitará lesiones irreparables. Además, que su frecuencia es posible sea mayor que la que dan los autores clásicos.

Las torsiones tubo-ováricas las podemos clasificar en:

- A) Torsión de trompa normal.
 - a) Esenciales.
 - b) Traumáticas.

- B) Torsión de trompa con fondo patológico.
 - a) Por tumores ováricos, tubáricos, uterinos o paraováricos.
 - b) Por salpingitis.
 - c) Por hidrosalpinx.
 - d) Por quistes.
 - e) Por apendicitis.
 - f) Por embarazo normal; y
 - g) Por embarazo ectópico.

A su vez ambos grupos A) y B) pueden acontecer intraabdominalmente o ser intrasaculares (sacos herniarios).

En general, el mecanismo de torsión de la



Fig. 2.

trompa y del ovario tiene una justificación y suele ser fácil de explicar cuando se trata de torsiones del grupo B). Máxime si tenemos en cuenta las características anatómicas del ovario y de la trompa. Ambas son formaciones anatómicas de fácil desplazamiento, pues sus medios de fijación son más bien accidentes morfológicos, resultado del acoplamiento del peritoneo pélvano a las vísceras de la cavidad pélvica que amarras de sujeción.

Si se recuerda la disposición del ligamento ancho, forma y extensión y lo comparamos con las dimensiones de la propia cavidad pélviana y se estiman los órganos que ésta contiene y se valora el suelo elástico y relajable que le sustenta—sobre todo considerando las mujeres multíparas—es fácil imaginarse cómo un hidrosalpinx, por ejemplo, puede rotar una trompa o cómo se torsiona ésta tras el cam-

bio de posición de un tumor pélvico, sin más que recordar que en estos casos ya la propia *plica lata*, ya el mesosalpinx ora el meso-ovario o todos en conjunto, quedan como mesos de gran extensión, cual los mesosigmoideos de tipo abdomino-pelviano de base corta, que tan fáciles son a producir los clásicos vólvulos sigmoides. Pues justamente como en éstos, el mesosalpinx o todo el ligamento ancho, se extiende en los procesos patológicos en él contenidos o en sus vecindades más y más, solicitado por el crecimiento y peso del proceso tumoral o inflamatorio, y como no pierde su primitiva base de implantación, resultará que ésta es pequeña para la extensión del área del nuevo ligamento ancho o mesosalpinx. Y ya se sabe, en cirugía abdominal, que meso ancho y largo con base de fijación corta equivale a predisposición para los mecanismos volvulares.

Este es el caso de la primera enferma que presentamos, en la que un desplazamiento de un tumor sólido, intraligamentario, acarreó la torsión de dos vueltas y media de la trompa derecha en su porción ístmica con subsecuente rotación del ovario, en una vuelta, por el meso-ovario y el ligamento tubo-ovárico, lo que produjo la estrangulación de las vías arteriales de suministro y venosas de desagüe causantes del infarto y gangrena tubo-ovárica y del hematosalpinx tal como se aprecia en la figura 2.

Por lo que se refiere a las torsiones tubo-ováricas consecutivas o coincidentes con un proceso apendicular agudo, el mecanismo de torsión no siempre aparece tan claro como en los casos acabados de señalar.

Se deduce del estudio anatómico y patológico de los casos publicados, tales como el célebre de PICOT, referido a la Sociedad de Cirugía Francesa, o el de RICARD, o los de DOWNER y BRINES, etc., y de nuestra propia observación, así como la casi obligatoriedad de presentación volvular en el lado derecho, que la presentación del vólvulo es consecuencia de la apendicitis aguda, y ello simplemente por considerar las relaciones de vecindad, sobre todo en los apéndices de posición pélvica y con adherencias de tipo congénito o adquirido a las estructuras tubo-ováricas, como sucedió en nuestro segundo caso. Estas bridas apendiculoováricas normales—ligamento de Clado—o patológicas dentro del área de reacción inflamatoria perifocal que incluye el marco de una apendicitis aguda, pueden inducir a una torsión tubo-ovárica y aun ser el lugar axial sobre el que las estructuras rotan ante la congestión vascular que el proceso inflamatorio acarrea, junto con el aumento de tensión tisular y desplazamiento estructural que la apendicitis puede crear.

Por este mecanismo comprendemos nosotros el segundo caso que esquematizamos en la figura 3.

En cuanto al mecanismo de torsión de la trompa y el ovario en nuestro tercer caso, en

el que coincidía una rotura tubárica por embarazo ectópico, cabe pensar que el crecimiento embrionario, al determinar un aumento de volumen inusitado de la trompa con la congestión y tumefacción de las texturas anatómicas vecinas, crean un desplazamiento tubárico primario, que, secundariamente, al compás del aumento de las circunstancias aludidas por seguir su desarrollo el embarazo ectópico, provocan la rotación creadora del vólvulo.



Fig. 3.

Ahora bien, la rotura tubárica, ¿qué relación guarda con el vólvulo? ¿Sucede primero el vólvulo y es consecuencia de éste la rotura tubárica? o ¿Acaece primero la rotura y después el vólvulo? En este segundo supuesto, para nosotros el menos probable, el vólvulo habría ocurrido por un mecanismo de compensación y adaptación estructural y anatómica ante un hecho insólito y antifisiológico. Es decir, que el embarazo ectópico modificó primero la posición de la trompa y del ovario, quedando éstos en inestabilidad, que acentúa el vólvulo cuando la rotura acontece por la traslación tubo-ovárica que inevitablemente tiene que producirse con el estallido tubárico, junto con el desbordamiento sanguíneo por la hemorragia.

Cabe pensar en buena lógica que un embarazo ectópico tipo *Graviditas tubaria isthmica*, como el caso que presentamos, indujera al vólvulo simplemente por el mecanismo de traslación, con nuevo acoplamiento estructural ante las necesidades que la nueva ergología tubo-ovárica ocasiona. Es muy probable que el propio istmo tubárico sobre el que asienta el proceso gravídico sea fuente de estímulos mecánicos que recogen y ejecutan las otras porciones tubáricas y el propio ovario. Consecuencia de ello es el vólvulo, que por su cuenta estrangula las arterias genitales aórticas y las ramas tubáricas y tubo-ováricas de la uterina, con circulación placento-embriónaria que determina

nan por sí, ante el estasis, la rotura tubárica.

Si esto fuera así y la intervención no es precoz, debiéramos encontrar lesiones del tipo de los infartos en el propio embrión, cosa que en nuestro caso no sucedió, acaso por haberse declarado el propio proceso patológico.

DIVERTICULO DE YEYUNO (*)

A. GÓMEZ FERNÁNDEZ DE LA CRUZ

Málaga.

Historia clínica núm. 2.021 (17-I-1949). Mujer de cuarenta y tres años de edad, soltera, sin antecedentes familiares ni personales de interés. Tiene una historia de úlcera duodenal, que se comprueba en radiosкопia y radiografía.

El 4-XI-1949 la intervengo, confirmando operatoriamente la úlcera duodenal, que se extirpa, practicándose resección gástrica subtotal con anastomosis gastroyeyunal. Al tomar la primer asa observé en ella un divertículo, asentado en la proximidad del borde antimesentérico; en el vértice de la anomalía se inserta una hoja mesentérica, que se desprende del mesenterio común para a modo de arco llegar hasta el borde libre intestinal, llevando una arteria y una vena, claramente perceptibles, que se ramifican ampliamente poco antes de penetrar en yeyuno. En el doble esquema adjunto (fig. 1) se puede apreciar la descrita disposición, así como la proporción con respecto al intestino.

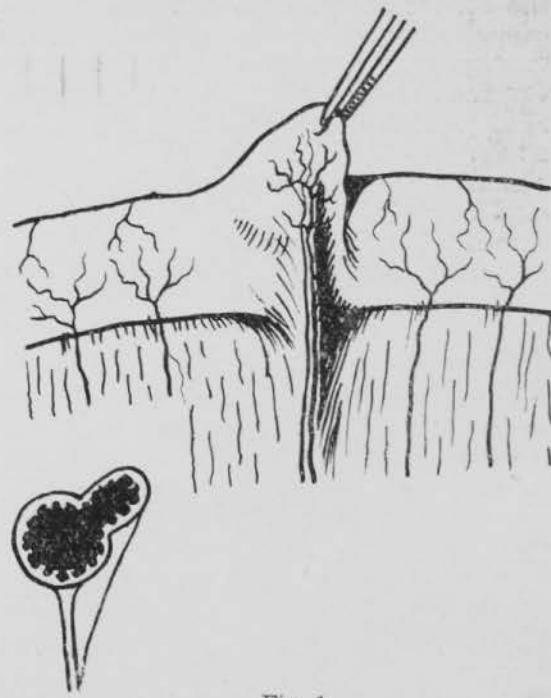


Fig. 1.

El aspecto del divertículo era el de una bolsita de goma desinflada. Se efectúa su exéresis y el estudio histopatológico revela una normal composición de todas las capas de la pared. (Véanse las adjuntas microfotografías, figs. 2 y 3). La muscular no presenta ninguna brecha.

(*) Comunicación al I Congreso Médico del Sur.