

una coetaneidad de unas y otras o una sucesión en el tiempo, lo que se presta más a la confusión, y como ha dicho algún autor a apoyar la idea de que la estadística sea la mentira puesta en números.

RESUMEN.

Se analiza el diagnóstico diferencial entre las jaquecas y otras clases de cefaleas, insistiendo en cómo muchas veces se entremezclan procesos de distinta índole.

SUMMARY

The differential diagnosis between migraine and other types of headache is analysed. Em-

phasis is laid on the fact that conditions of different nature often merge into one another.

ZUSAMMENFASSUNG

Es wird die Differentialdiagnose zwischen Migräne und anderen Gattungen von Kopfschmerzen überprüft und die Häufigkeit hervorgehoben mit welcher dabei Prozesse verschiedener Art untereinander verflochten sind.

RÉSUMÉ

On analyse le diagnostic différentiel entre les migraines et autres genres de céphalées, en insistant sur la fréquence dont les processus de différents caractères se mélangent.

NOTAS CLINICAS

SOBRE UNAS IMAGENES DE DEFECTO EN COLON

E. DE ARZÚA ZULAICA.

Bilbao.

I

Presentamos los siguientes casos:

Caso 1.º B. S. M., de cuarenta y nueve años de edad, casado. Le vemos el 6-V-55.

Antecedentes personales.—Operado por una úlcera gástrica hace catorce meses. Resección tipo Polya.

Enfermedad actual.—Al mes y medio de la intervención tuvo un día dolor lumbar, vómitos de alimentos y fiebre de 38°, con dolor gástrico, que duró tres días más. Repitió todo ello al mes. Más tarde, cada veinte días, haciendo los dolores, con fiebre, cada vez más frecuentes y de mayor duración a medida que pasaba el tiempo. Dichos dolores duraban de ocho a veinticuatro horas y se manifestaban por pinchazos a la derecha de epigastrio, acompañados de retortijones y con fiebre, cediendo a la terramicina. El dolor es fuerte, con irradiación lumbar en ocasiones, quedando muy estreñido y con distensión abdominal.

El último cólico ha tenido lugar hace doce días, con fiebre como siempre, que dura en total una semana. Le da la impresión que algo queda "taponado" y que cede al quitar el "tapón". Dice que se le forma el obstáculo en pocas horas y se le quita en muchos días.

Señala la zona de molestias en región periumbilical, hacia arriba y a los lados. Se palpa en dicha región una tumoración como un melón mediano, unida a planos profundos, fija, dura, dolorosa, lisa, con bordes mal delimitados.

Rayos X (7-V-55).—Estómago: Resección tipo Billroth II. Vacia bien por asa eferente. Normal. (9-V-55). Colon: Enema opaco. En colon transverso distal hay una

zona estenosada (fig. 1) que corresponde a la tumoración palpable.

Laboratorio (doctor BARTUREN) (9-V-55).—Hemacias, 4.350.000. Valor globular, 0.98. Leucocitos, 7.725. Eosinófilos, 6. Cayados, 4. Segmentados, 46. Linfocitos, 37. Monocitos, 7. Velocidad de sedimentación, 10-35.

Intervención (doctor OBREGÓN) (21-V-55).—Gran absceso de pared, parcialmente organizado, que invade planos profundos y comprime colon. Incisión y drenaje.

Evolución (1-X-56).—El enfermo quedó completamente bien.

Caso 2.º E. B. R., de cincuenta y ocho años de edad, viuda. Vista el 11-XI-55.

Antecedentes personales.—Fué operada por apendicitis aguda hace dos años. Intervenida nuevamente por hernia operatoria al año, y de nuevo dos meses después por quedar una gasa en la intervención.

Enfermedad actual.—Hace veinte días tiene dolores de vientre, muy fuertes, con retortijones durante tres días. Ha quedado muy dolorido en fosa iliaca derecha, continuamente, hasta el momento actual, con algunos retortijones. Hace de vientre, en poca cantidad, cada dos días.

Exploración.—Señala, sin precisar, todo el vientre de recho, con preferencia hacia vacío y fosa iliaca. Se palpa tumoración en vacío derecho, mitad superior de herida operatoria, como un melón pequeño, mal delimitada, dura, lisa, dolorosa, fija, unida a planos profundos.

Rayos X (12-XI-55).—Enema opaco. Se aprecia en colon transverso proximal una zona estrechada que corresponde a la palpación del tumor (fig. 2).

Intervención (doctor OBREGÓN) (14-XI-55).—Tumor de aspecto inflamatorio, formando cuerpo con colon, y ocupando todos los planos desde piel a colon. Hay pus en el interior del tumor. La resección es laboriosa. Se reseca la parte afecta con sutura término-terminal.

Anatomía patológica (doctor TOLEDO) (20-XI-55).—Infiltrado linfocitario en submucosa, hialinizada en parte. No hay atipias celulares. Mucosa de colon normal.

Evolución (10-I-56).—La paciente quedó sin ninguna molestia y sigue bien.

II

Los dos casos que presentamos permiten el estudio conjunto, pues aunque hay algunas diferencias clínicas y radiológicas se parecen el resto de sus caracteres.

En los dos se trata de un absceso parietal postoperatorio visto muchos meses después de la intervención, que por compresión da lugar a

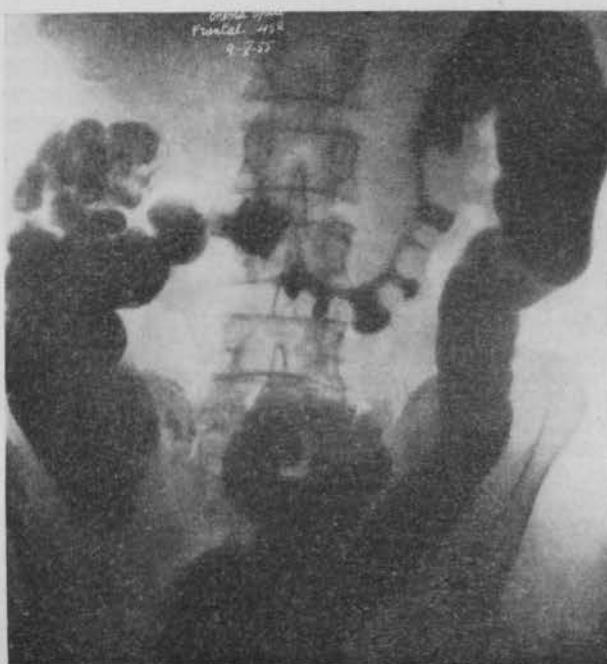


Fig. 1.—Se aprecian los pliegues conservados, la desaparición completa de las haustras en el borde superior y no en el inferior, así como la ptosis en dicha región, adivinándose en cierto modo la silueta de la tumoración que comprime y desplaza hacia abajo al colon transverso.



Fig. 2.—Se aprecian los pliegues y el desplazamiento con plicadas características a las descritas en la figura anterior. Hay una imagen de invaginación en el extremo proximal que recuerda al que se ve en los cánceres de colon. Aprecíese la estrechez de la luz cólica.

una imagen radiológica que recuerda las que son propias de los cánceres de colon, como en estas dos que presentamos (figs. 3 y 4), hasta el punto que en el segundo de los casos, el que ofrecía también mayores dificultades en el diagnóstico radiológico, ni la intervención permitió excluir se tratase de una tumoración maligna con un componente inflamatorio, como ocurre en ocasiones, procediendo sin dudar a la resección de la zona afecta, obligada por otra parte por la estenosis. La histología en última instancia pudo resolver el problema.

Clínicamente, en los dos casos había una oclusión incompleta, que se explica perfectamente por lo visto con rayos X, y que en el primer caso iba acompañado de accesos febriles.



Fig. 3.—Está practicada la radiografía en procubito, presentándola tal como se ve en radioscopía. No hay pliegues y los contornos son irregulares y mal delimitados. Su extensión es parecida a la de las imágenes anteriores.



Fig. 4.—No hay pliegues. La luz está muy estrechada. No se aprecia el contorno. Tanto en esta figura como en la número 3 no hay el desplazamiento de las dos primeras y la zona estrechada sigue el arco de las regiones vecinas.

III

Las imágenes seudoneoplásicas de colon por compresión han sido bien estudiadas, pero en nuestra breve revisión no hemos encontrado referencias a los abscesos de pared.

Creemos que los datos clásicos⁶ sobre las tumoraciones inflamatorias de pared con su cuadro infeccioso, dolor y calor en la tumefacción, situación superficial, inmovilización por contractura de los músculos abdominales anteriores y falta de movilización con la respiración, pueden ser útiles en algunos casos, pero en los abscesos postoperatorios, sobre todo cuando muchos meses transcurridos han permitido su organización nos ayudan poco, pues por su tamaño, dureza, fijeza a planos profundos, falta de calor y relativamente poco dolor, pueden plantear problemas diagnósticos que la radiología intentará resolver.

Se citan como causas de imágenes seudoneoplásicas de colon por compresión a las apendicitis tumorales, fibromas uterinos, salpingitis, quistes de ovario, de riñón, cáncer de riñón, hidronefrosis, cáncer de cabeza de páncreas, esplenomegalia, fibromas de ligamento gastrocólico y tumores suprarrenales³. Los hematomas del recto anterior recuerdan, desde el punto de vista clínico radiológico, en algunos casos extremos, a los abscesos de pared¹⁰.

La radiología puede ayudar a pensar que las imágenes son de origen extrínseco: por la conservación de pliegues de mucosa⁴, la gran longitud de la zona estrechada¹¹, la disminución de densidad en la región afectada con diferencia de tonalidad uniforme del centro a la periferia, el contorno regular⁵ y el desplazamiento de dicha zona.

Sólo en uno de los casos de DEBRAY de cáncer de riñón izquierdo encontramos parecido radiológico con los nuestros, aunque en el suyo se valora mejor la compresión.

En nuestros casos la imagen de pliegues, difícil de valorar en colon, y para lo que nos ayudará la mezcla de ácido tónico con el bario, nos resultó de utilidad, siendo más difícil la interpretación de los bordes y no apreciándose la tonalidad que hemos descrito. La diferencia de longitud no era apreciable. En el primer caso, la conservación de las haustras en su borde inferior, y su total desaparición en el superior, hacen pensar en la compresión, pues llama la atención que el tumor no invada toda la luz cólica.

Por otra parte, y en las dos imágenes primeras, parece adivinarse la silueta de una tumoración que comprime desde arriba y que desplaza al colon en esa zona más de lo que fuera de esperar, teniendo en cuenta el arco y la situación de las regiones próximas.

Creemos que el diagnóstico radiológico será tanto más difícil cuanto más afectada se halle la pared cólica, como en nuestro segundo caso, en el que formaba cuerpo con el tumor, dando lugar a una imagen de invaginación como las

que se ven en los cánceres. No hay que olvidar que en estos últimos son frecuentes las reacciones inflamatorias peritumorales, lo que aumenta las dificultades diagnósticas.

RESUMEN.

Presenta dos casos de imagen seudoneoplásica de colon por compresión, debidas a tumores inflamatorios postoperatorios.

Señala la falta de referencias a esta causa de imágenes seudoneoplásicas, apuntando los datos radiológicos que ayudan a resolver el diagnóstico, que puede ofrecer dificultades, sobre todo en los casos en que está afectada la pared cólica.

BIBLIOGRAFIA

1. BACHMAN, A. L.—Clin. North America, 35, 1.229, 1955.
2. BERCK, J. E. y BOEKUS.—Gastroenterología, 2, 803, 1948.
3. DEBRAY, J. E., NADAL, R., JOURDÉ, L. y PETT, F.—Semaine des Hopitaux, 30, 6, 1953.
4. FLEISCHNER.—Cit. VERDEJO VIVAS.
5. GALLART MONÉS, F., VALLS COLOMER, E. y PI FIGUERAS, J.—Patología y Clínica Médica de P. PONS, 1, 556, 1950.
6. GARCIA CAPURRO, F. y PIAGGIO BLANCO, R.—Semiología clínico-radiológica de las tumoraciones del abdomen, página 330, 1946.
7. PORCHER, P. y SAUVEGRAIN, J.—Encyclopédie Med. Chirurg. Radiodiagnostic, 4, 33.420, 10, 1954.
8. PRAT, D.—Semiología del cáncer del colon y del recto, página 87, 1951.
9. RUDLER, J. C. y LE CANUET, F.—Encyclopédie Med. Chirurg. Estomac Intestin, 2, 9.068, 1947.
10. SALLET, J., LEHMANN, R. y PEYROUTET.—Arch. Mal. Ap. Dig., 45, 11, 401, 1956.
11. SCHWARTZ.—Fortsch. Geb. der Röntgen. Band., 53, 380, 1940. Cit. VERDEJO VIVAS.
12. VERDEJO VIVAS, F.—Fev. Clin. Esp., 4, 247, 1956.

SÍNDROME DE FELTY

R. DEL VALLE ADARO.

Director del Hospital Provincial de Guadalajara. Médico de la Beneficencia Municipal de Madrid.

Servicio de Patología Médica del Hospital Provincial de Guadalajara.

Director: Doctor R. DEL VALLE Y ADARO.

I

El llamado síndrome de Felty ocupa una posición un tanto vacilante y confusa dentro de la nosología. Como es sabido, FELTY reunió en su descripción cuadros clínicos caracterizados por la asociación de artritis, esplenomegalia y leucopenia en adultos de edad mediana. En su opinión, el proceso era la consecuencia de la acción de una cierta noxa sobre las articulaciones, el bazo y los leucocitos. La relación de esta entidad con la señalada previamente en niños por STILL y CHAUFFARD, y por RAYMOND en adultos, ha sido objeto de grandes discusiones. El informe de la Sociedad Americana de Reumatismo (1949) incluye este cuadro "... entre los síndromes que no pueden ser claramente separados de la artritis reumatoide en tanto no se aclare exac-