

diaca resaltaba otra, casi circular, dotada de movilidad y con todo el aspecto de una gran cámara gaseosa. Examinada con todo detenimiento en las diversas incidencias, pudimos comprobar que estaba situada por encima del arco del diafragma izquierdo, cuya cúpula, por otra parte, no presentaba ninguna anomalía ni en su contorno ni en su movilidad. La administración de papilla de bario nos puso de relieve que se trataba de una auténtica hernia del hiato que condicionaba una ectopia parcial gástrica. Las imágenes, bien demostrativas por cierto, pueden apreciarse muy bien en las tres radiografías que obtuvimos y que, como podrán ver, se comentan ellas solas. Por esta causa, nada tenemos que añadir que las mismas radiografías no nos lo digan de forma mucho más elocuente (figs. 1 a 3).

Establecimos el diagnóstico de hepatitis en regresión, y además el de que existía una ectopia parcial del estómago por hernia hiatal, aconsejando el tratamiento que creímos más oportuno.

El interés único que creemos ofrece esta comunicación es el de decirnos que todavía hoy puede seguir siendo un verdadero hallazgo radiológico y también que una vez diagnosticada puede hacernos pensar muchas consideraciones con respecto a su etiopatogenia, ya que en este caso, por la absoluta negatividad de síntomas y antecedentes, resulta un poco difícil de interpretar de acuerdo con las ideas que actualmente se tienen sobre aquel aspecto de este interesante problema.

BIBLIOGRAFIA

1. WATTEBLEU, R.—"A propos des hernies de l'estomac par l'hiatus œsophagiennes du diaphragme chez l'adulte". Tesis doctoral. París, 1953.

DEHISCENCIA DE LA ANASTOMOSIS EN LA GASTRECTOMIA Y SU ASOCIACION CON URTICARIA

M. MARINA VÉLEZ.

Médico Interno del Servicio.

Casa de Salud Valdecilla. Servicio de Aparato Digestivo.

Jefe: Doctor A. GARCÍA-BARÓN.

Que nada es fruto de la casualidad y todo lo es de la causalidad, es un aserto que conserva su vigor en clínica como en todos los demás campos. Es solamente nuestra ignorancia de las causas lo que puede hacernos adoptar una cómoda salida, atribuyendo los hechos a la casualidad, sobre todo si su observación no es habitual, sino de tarde en tarde. Mas es probable que, si tuviéramos mejor memoria para recordar las casualidades, podríamos llegar a formar familias de ellas, con lo cual, si bien no siempre podremos descubrir la causa que las gobierna, estaremos en camino de encontrar afinidades que nos permitan entrever en qué dirección hemos de buscarla. Los casos clínicos que presentamos aquí son infrecuentes, solamente dos durante un

internado de tres años, en un Servicio en que se practica mucha cirugía gástrica. Pero al repetirse su presentación se transforma para nosotros en un hecho clínico, cosa muy distinta de lo que solamente hubiera podido ser casual coincidencia.

Enfermo S. C. C., de cincuenta y cuatro años, labrador, que acude por primera vez al Servicio de Urgencia el día 13 de agosto de 1954 con cuadro de perforación de cara anterior bulbar de ocho horas. En la intervención se hace simple cierre y el enfermo es dado de alta al catorce día postoperatorio. Reaparece en la consulta al año, manifestando que continúa con ardor de estómago a días sueltos, que cede con alcalinos; desde hace quince días, a diario, dolor y ardor de estómago, que aparece antes y después de las comidas, y cede con ingesta y menos con alcalinos. Se aconseja operación, que es efectuada por el doctor GARCÍA-BARÓN, con anestesia escofedolal. Se practica una gastrectomía Billroth I. La intervención resulta fácil, comprobándose en la pieza operatoria la persistencia del úlcus.

El curso postoperatorio es normal en los tres primeros días, pero en la tarde del cuarto día tiene un ascenso febril hasta 38°, aunque el enfermo no manifiesta nada de particular; en el quinto día, cuando el enfermo hace tomas pequeñas de leche y mosto, al toser notó dolor muy fuerte "en la herida al mismo tiempo que en bajo vientre"; el dolor fuerte "en la herida" duró cuatro minutos, pero el de hipogastrio continúa aún; el dolor no irradia a hombro. Tiene sudor frío y sensación de no poder respirar. Fatiga, pulso muy blando con 110 pulsaciones y tensión arterial de 10 máxima y 5 mínima. Temperatura, 37,8°. En abdomen no hay contractura ni defensa, pero existe bastante dolor provocado en mitad supraumbilical. Blumberg, ++. El vientre está timpanizado por igual, sin que haya ninguna zona mate; matidez hepática abolida. Le ha aparecido, casi de repente, edema de labios y urticaria por todo el cuerpo. A la hora, el dolor espontáneo es menos intenso, y el provocado, aunque por todo el vientre, es poco. Llama la atención que el vientre está blando; por lo demás, la exploración es igual, aunque el pulso ha descendido a 95 pulsaciones. Tres horas más tarde, la exploración continúa igual, a excepción de que la urticaria presenta ampollas y la temperatura ha subido a 39°.

A la vista de este cuadro pensamos en la existencia de una dehiscencia de la anastomosis, dehiscencia que nos explicaría el ascenso de temperatura, el dolor espontáneo y provocado, el colapso e incluso el rash urticarial, pensando nosotros que tal vez las proteínas de la leche, al irrumpir en la cavidad peritoneal, produjeran este cuadro urticarial, ya que el resto de la medicación (no se ponían antibióticos) es la que se usa sistemáticamente en las gastrectomías y nunca habíamos observado una urticaria. Esta hipótesis de la dehiscencia venía avalada por la elevación térmica del día anterior, que bien sola o acompañada del pulso, nos anuncia con frecuencia cuándo hemos de temer una dehiscencia, tal vez provocada por lo que NISSEN llama insu-

ficiencia de sutura, en que sin haber una verdadera falla hay algún segmento permeable.

Sin embargo, una cosa nos detenía para admitir la existencia del fallo de la anastomosis: el que el vientre fuera totalmente blando; era de esperar que, si hay una reacción peritoneal por caer en ella el contenido gástrico, hubiera contractura; pero después hemos podido observar varias veces la falta de esta contractura, tal vez porque el derrame peritoneal quede algunas veces localizado, pudiendo continuar así hasta su curación (cosa más fácil si el enfermo no ingiere absolutamente nada), o bien romperse secundariamente, con invasión de todo el vientre y contractura.

Cinco horas más tarde, la temperatura ha descendido a 37,4°, 90 pulsaciones, suda profusamente y tiene menos dolor espontáneo, aunque continúa con dolor provocado y Blumberg +. Su fórmula leucocitaria es de 33 cayados, 58 segmentados, 5 linfocitos y 4 monocitos con 15.300 leucocitos. El enfermo se trata, aparte de su medicación anterior, con antibióticos, antihistamínicos, adrenalina, etc., remitiendo algo el cuadro cutáneo. Tres horas más tarde el dolor espontáneo es algo más intenso en bajo vientre y el provocado también, aunque el vientre sigue blando. Al día siguiente (sexto postoperatorio) continúa tomando cucharadas, tiene menos dolor espontáneo, aunque tiene bastante dolor provocado en cuadrante inferior derecho, donde parece hay algo de contractura. Está apirético y con 86 pulsaciones tensas. Por la tarde tiene más dolor espontáneo que, desde epigastrio, irradia a ambas fosas ilíacas, donde el dolor provocado es intenso. La temperatura asciende al día siguiente a 37,8° y el pulso a 100, aquejando menos dolor espontáneo y provocado. Persiste la urticaria, aunque poco intensa. Al día siguiente asciende la temperatura a 38° y tiene 110 pulsaciones algo blandas. Comienza a manchar por la herida operatoria; al darle líquido, mancha más por la herida. La existencia de una dehiscencia de la anastomosis, con una fistula externa, ya no tiene duda. El pulso sigue ascendiendo hasta 128 pulsaciones, continúa manchando por la fistula, persiste la urticaria, aunque menos intensa, se va colapsando y aparece contractura generalizada, falleciendo el paciente en el undécimo día postoperatorio.

Nuestro razonamiento al comenzar su accidente en el cuarto día postoperatorio había sido exacto; pero la experiencia escasa en esta complicación fué la causa de que, al no haber contractura, no asegurásemos la presencia de tan grave complicación, y tal vez esta falta de diagnóstico exacto hiciera que no reciba el enfermo un tratamiento más adecuado, que sólo Dios sabe si el hubiera sido útil. Pero la enseñanza recibida no la echamos en saco roto. La asociación de urticaria y dehiscencia quedó grabada en nuestra mente, aunque han sido precisos dos años para que el mismo cuadro se repita.

R. F. Ll., de treinta y ocho años. Acude a nuestra consulta el 18 de octubre de 1957. Desde hace dieciocho

años padece del estómago, a temporadas; malas, de seis a diez días, y buenas, de meses. Va peor. Con régimen y tratamiento mejora poco. Ahora, en temporada mala de ocho días. Es dolor, dos horas después de todas las comidas, que calma con ingesta y alcalinos, aunque no con bicarbonato. En cama, mejor. Vómitos de hipersecreción en la última temporada mala. No pierde peso. A rayos X existe una deformación duodenal sin nicho visible. Se aconseja operación, siendo intervenido por el doctor GARCÍA-BARÓN el 7 de diciembre de 1957. Anestesia escofedal-local. Operación realizada: Gastrectomía Billroth I. Operación fácil. El úlcus estaba cicatrizado.

El curso postoperatorio es normal en los dos primeros días, pero en la tarde del tercer día el pulso asciende a 128 pulsaciones por minuto con temperatura de 37,5°. Cierre abdominal. Pasa la noche intranquilo, con dolorimiento en el vientre, y a la mañana siguiente presenta urticaria generalizada con algo de prurito. Dolor espontáneo, de regular intensidad, en epigastrio e hipocondrio derecho; 120 pulsaciones blandas y 37,5°, que por la tarde asciende a 38,2°. Vientre distendido con contractura en cuadrante superior derecho y mucho dolor provocado en esta zona; Blumberg, ++.

Ante este cuadro hacemos el diagnóstico de dehiscencia de la anastomosis. La urticaria persiste dos días. La exploración persiste igual durante un día, al cabo del cual el enfermo se encuentra sin dolor espontáneo, aunque continúa con dolor provocado en hipocondrio derecho, que está algo empastado. El pulso desciende a 100 y la temperatura es de 37,8°. A partir del día siguiente, pulso y temperatura son normales, mejorando progresivamente el enfermo hasta ser dado de alta, sin que llegara a formar una fistula externa.

En este paciente reaparece de nuevo la asociación de urticaria y dehiscencia precisamente el día en que comenzaba con pequeñas tomas de leche. La medicación es la misma del resto de los operados gástricos, sin que, aparte de estos dos casos señalados, se haya presentado urticaria, por lo cual no es lógico pensar que en estos dos casos sea debida a la medicación, aparte de que la urticaria cede aunque continúe el paciente con la misma medicación. Pensando, como en la anterior ocasión, que fuera debida la urticaria a una sensibilización a las proteínas de la leche, puestas en contacto con el peritoneo, varios días después le hicimos una intradermoreacción a la leche con resultados negativos.

¿Cuál es el mecanismo de producción de esta urticaria? Lo desconocemos, aunque creemos que la dehiscencia y la urticaria tienen un nexo de unión firme. Ciertamente que en otras ocasiones en que pacientes que recibían la misma medicación y alimentación han tenido una dehiscencia no se presentó la urticaria, y el por qué de esta diferencia también lo ignoramos.

Nuestra postura es que, ante un paciente en que exista sospecha de un fallo de la anastomosis, la aparición de la urticaria se ha de valorar como argumento en favor de la existencia real de esta complicación.