

amigdales, et chez d'autres normaux et rhumatiques. On obtient des réactions positives fortes intradermiques précoces chez 20 rhumatiques parmi 21 essayés avec amigdales de rhumatique; ces amigdales donnent de même une réaction positive chez des sujets normaux. Par contre les amigdales de sujets normaux ne donnent de réaction positive ni chez des normaux ni chez des rhumatiques. Cet effet qui produit la papule précoce, des amigdales rhumatiques, on considère qu'il n'est pas dû à un antigène spécial, sinon à son contenu en hystamine; on étudie actuellement la production locale d'hystamine dans les focus d'inflammation hyperergique.

EL DIAGNÓSTICO DE LA TUBERCULOSIS INTESTINAL EN SU COMIENZO

C. MARINA FIOLE

Clinica de Patología Médica de la Facultad de Medicina de Madrid. Director: PROF. C. JIMÉNEZ DÍAZ

Así como la tuberculosis intestinal primaria es muy poco frecuente, la secundaria lo es en alto grado, hasta el punto de ser casi constante en todos los casos de tuberculosis pulmonar avanzada. Las diversas estadísticas de estudios anatomopatológicos realizados en tuberculosos, la asignan una frecuencia que oscila entre el 50 y 90 por 100 de todas las secciones, dando la mayoría de los autores cifras que la fijan en el 80 por 100 (LOUIS, BIEDERT, EISENHARDT, FENWICK y DODWEL, KIEFER, KLINE, HARNAN, ENGELSMANN, ANDRAL, GAUNI, etc.).

Clínicamente, por el contrario, se diagnostica en mucha menor proporción, siendo debida esta discrepancia a las dificultades diagnósticas fundamentadas por la carencia de una sintomatología precisa de datos objetivos definidos, y de métodos de investigación eficaces.

El primer obstáculo estriba en la falta de correspondencia entre las lesiones anatómicas y la sintomatología clínica, pareciéndose en esto mucho a la tuberculosis pulmonar, pues al lado de casos con lesiones graves y extensas que apenas producen alguna molestia de tipo indefinido, hallamos otras que con lesiones mínimas se acompañan de una sintomatología escandalosa. La dificultad se acrecienta aun más por el hecho de ser raro el tuberculoso pulmonar que en un momento de su evolución no ha padecido molestias en todo equiparables a las de la tuberculosis intestinal; basta pensar que en la mayoría de los casos, esta última sólo se manifiesta en sus comienzos por anorexia, adelgazamiento, aumento de la temperatura o simple febrícula, inexplicada por la marcha de su proceso pulmonar, sensación de plenitud gástrica, dolores difusos en el vientre, diarrea o estreñimiento a temporadas, etc.; síntomas todos que padecen habitualmente los enfermos de localización pulmonar, incluso en los comienzos de su

enfermedad, debidos a la sobrecarga alimenticia, a la acción tóxica bacilar o a la disregulación vegetativa que estos enfermos presentan con tanta frecuencia.

Esta complicación — la que más a menudo acompaña a la tuberculosis pulmonar — es de una importancia extraordinaria, pues a veces su aparición hace cambiar completamente el pronóstico del proceso, motivando el fracaso de un tratamiento que hasta entonces se había mostrado eficaz, y había hecho concebir grandes esperanzas de una curación no lejana al médico y al enfermo.

Así como el pronóstico de la tuberculosis intestinal hipertrofica, más frecuente en la tuberculosis intestinal primitiva, es relativamente bueno por tratarse de un proceso de defensa con hipertrofia y esclerosis, el de la forma ulcerosa, que es la común en la tuberculosis intestinal secundaria, es peor, por ser éste un proceso destructivo cuyos pasos van señalados por la caseosis, ulceración, supuración y necrosis.

El pronóstico es tan sombrío, que hasta hace relativamente poco tiempo se consideraba como necesariamente fatal. Sin embargo, en estos últimos años, se ha ido modificando en parte este concepto tan pesimista, habiendo contribuido a ello por un lado los hallazgos de los anatomopatólogos, que señalan la gran frecuencia con que junto a las ulceraciones en actividad se encuentran otras cicatrizadas. En algunos casos lo están todas. Por otra parte, en las observaciones clínicas y fundamentalmente radiológicas se ha conseguido seguir paso a paso la mejoría de las lesiones y la vuelta del intestino a su aspecto normal.

Estos hechos hacen que nos sintamos más optimistas frente a esta complicación, manteniendo la esperanza de que en un tiempo no lejano se consiga, en la tuberculosis intestinal, un avance semejante al logrado en la localización pulmonar. Es indudable que el pronóstico, aparte del estado de defensas del enfermo y, sobre todo, de la marcha de su proceso pulmonar, depende del momento en que se hace el diagnóstico. Por lo general cuando se llega a éste con firmeza, se trata de lesiones muy avanzadas, ante las cuales fracasa toda terapéutica. En su libro, BROWN y SAMPSON son de esta misma opinión, y comparan nuestra situación actual frente a la tuberculosis intestinal con la que se tenía alrededor de 1870 frente a la tuberculosis pulmonar, en que, admitiéndose la posibilidad de curación, era considerada como un hecho raro casi de curiosidad médica.

Por todo ello, ha sido objeto de gran preocupación por parte de internistas y especialistas, hallar métodos que nos permitan hacer el diagnóstico en los primeros estadios de la localización intestinal.

Los datos suministrados por el laboratorio han fracasado hasta ahora totalmente; cada día aparecen nuevos métodos y reacciones en los que a una primera fase de entusiasmo sucede, al comprobarse su inespecificidad, otra de desilusión. Últimamente han estado muy en boga las reacciones de Triboulet y la prueba de la fenolftaleína de Woldman. Posteriormente se ha demostrado que una y otra pueden ser positivas sin que existan ulceraciones intestinales.

Mayor importancia tiene el estudio roentgenológico del intestino, al que se deben los adelantos rea-

lizados en materia de diagnóstico en estos últimos años. Con él se han establecido una serie de signos reveladores de la lesión, directos unos, y otros funcionales; entre los primeros los síntomas de estenosis en el intestino delgado, de rigidez y destrucción del esfínter ileocecal, de faltas de replección, signo de Stierlin, estenosis, rigidez, festoneamiento de los bordes del colon, etc.; y entre los segundos, principalmente, los trastornos de la motilidad; salvo estos últimos todos los demás son signos reveladores de la enfermedad, en un período avanzado de la misma, en los que una solución terapéutica es tardía. Lo interesante sería poder hacer el diagnóstico cuando se establecen las primeras lesiones.

La mayoría de las veces la primera localización tiene lugar en la región ileocecal, siendo tal su frecuencia que algunos autores, como WESTENHÖFER, llegan a afirmar que no existe tuberculosis intestinal sin localización en este sector; FENWICK y DODWELL, en un estudio realizado sobre 500 autopsias de sujetos con tuberculosis intestinal, han encontrado la afectación de dicha región en el 85 por 100 de los casos; POWEL y HARTLEY, de un total de 160 casos, la encuentran en el íleon en el 47 por 100; SCHWATT y STEINBACH, en 199 tuberculosos pulmonares, hallaron lesiones en el íleon en 105 y en el ciego en 84; KLINE encontró afectado el íleon en el 77.3 por 100 de sus casos y el ciego en el 84 por ciento; GIAUNI en el 47 por 100 en el íleon. Como se observa, aproximadamente más del 50 por 100 de las tuberculosis intestinales presentan afectación del íleon, viniendo en segundo lugar en frecuencia el ciego. Esto se ha explicado en primer lugar por ser estos segmentos del intestino los más ricos en formaciones linfáticas, y por otra parte por ser el ciego la parte del intestino donde el quimo se detiene más tiempo y el íleon el segmento del delgado donde el estasis es mayor.

En efecto, la tuberculosis intestinal se localiza predominantemente en los folículos linfáticos y en las placas de Peyer; ambos se van haciendo más numerosos a medida que nos vamos acercando al esfínter ileocecal. Primeramente, en la tuberculosis intestinal, se produce una reacción del folículo linfático y de las placas de Peyer, que ofrecen a la luz intestinal un relieve nodular cuyo tamaño oscila entre un grano de mijo y un guisante; más adelante, estos nódulos se ulceran y se forman las típicas ulceraciones tuberculosas que se extienden siguiendo los vasos linfáticos. Estas ulceraciones predominantemente crecen en profundidad en el íleon pudiendo alcanzar la serosa, mientras que en el colon lo hacen más en superficie, dando lugar a las úlceras anulares características.

Teóricamente es indudable que en un estudio del relieve de la mucosa intestinal deben poderse percibir tales formaciones nodulares, y en algunas ocasiones, también las úlceras profundas; con más dificultad las del colon por su poca profundidad y gran extensión. En el colon, y más especialmente en el ciego, los nódulos son imposibles de visualizar debido a que no se puede obtener un relieve perfecto de mucosa, por la existencia de restos estercoráceos, los cuales ni aun con un lavado perfecto se eliminan totalmente; además, su tonicidad impide hacer una

buena compresión, pues cuando está contraído es totalmente imposible modificar aquella voluntariamente, y cuando está distendido por atonía no es posible ver los pliegues por encontrarse con frecuencia el intestino, sobre todo si el enfermo tiene diarrea, caso frecuente, lleno de gases y líquidos. Por otro lado, cuando se obtiene una buena imagen de pliegues, éstos no están siempre dispuestos de una manera regular que permita en un intestino patológico sacar conclusiones definitivas.

Pensando en todas estas dificultades y en el hecho de que aparte el estómago y bulbo duodenal es el íleon terminal la única porción del intestino donde la mucosa ofrece un relieve regular (asequible fácilmente por su localización fija, que se puede comprimir y movilizar pasivamente, por ser sencillo el estudio de su tono, motilidad y vaciamiento), es por lo que decidimos estudiarlo en estos enfermos, con la seguridad de que en los casos de tuberculosis intestinal, estaría lesionado por lo menos en el cincuenta por ciento de los sujetos.

Por esta exploración podemos obtener: 1.º, la seguridad de que no existe lesión en el íleon; 2.º, el hallazgo de una imagen sospechosa que nos pondría en guardia llevándonos a una conclusión definitiva en sucesivas exploraciones; y 3.º la existencia de lesión intestinal indudable.

1.º HALLAZGO DE UN ÍLEON TERMINAL SANO. — En muchos casos de trastornos intestinales en tuberculosos pulmonares, la exploración del íleon puede dar una imagen perfecta de su relieve mucoso, que no nos deja la menor duda de la no existencia de lesiones orgánicas importantes; otros datos como son la perfecta movilidad del asa, su buen tono, el poderla distender pasivamente incompatible con una infiltración, la ausencia de rigidez o estenosis, la falta de dolor a la palpación, el vaciamiento y presencia de ondas de contracción principalmente, pueden complementar esta impresión (MARINA FIOL y ROF CARBALLO). Vamos a exponer como ejemplo el caso de un enfermo nuestro, al cual por padecer dolor en fosa ilíaca derecha, se le había diagnosticado de apendicitis, comprobándose, en la laparatomía, un proceso tuberculoso de región ileocecal. Este enfermo fué sometido a tratamiento durante año y medio, viniendo a nosotros después de este tiempo para adquirir una impresión de la marcha de su lesión, ya que desde hacía varios meses se hallaba sin molestias. En la exploración radiológica pudimos comprobar la existencia de un íleon terminal dotado de movilidad perfecta, con buen tono y peristaltismo, ausencia de alteraciones en el esfínter ileocecal, buen vaciamiento, falta de alteraciones en los contornos y pliegues de mucosa normales; únicamente algunos de estos pliegues se ven interrumpidos por pequeñas fallas de aspecto granular, del tamaño y forma de granos de tapioca, que son más numerosas, y mejor perceptibles en el ciego (figura 1) y que nosotros interpretamos como el estado mamelonado residual de la afectación fímica intestinal por evolución a la fibrosis, o como folículos linfáticos ligeramente prominentes. En cambio, en el ciego, salvo en este caso en que tenemos la seguridad de su naturaleza fímica, hubie-

ra sido más arriesgado interpretarlo como alteración orgánica, por ser frecuentes tales imágenes, producidas por la mezcla del contraste con el quimo, o simplemente con secreciones o moco. Llegamos por lo tanto a la conclusión, prescindiendo de la imagen cecal, que en este caso particular acentúa el carácter patológico, de que se trata de un íleon sano con

mente, y por último, presentaba el aspecto granuloso que se observa en la radiografía. Repetida la exploración una semana más tarde se confirmó el hallazgo anterior. El tránsito por el delgado estaba muy acelerado y el íleon pélvico hipersegmentado. La radioscopia de tórax fué negativa. En la radiografía se apreció el granulado residual de una diseminación hematógena.

2.º IMÁGENES SOSPECHOSAS. — En algunos niños y sujetos con hiperplasia del tejido linfático, hemos podido encontrar, en la porción preesfintérica del íleon terminal, una pequeña falta de re-



Fig. 1

aumento de tamaño de los folículos linfáticos, como que puede verse normalmente en algunos individuos y especialmente en los niños, o también como imagen residual al estasis linfático y estado mamelonar consecutivos a la afectación tuberculosa que ha sufrido el enfermo.

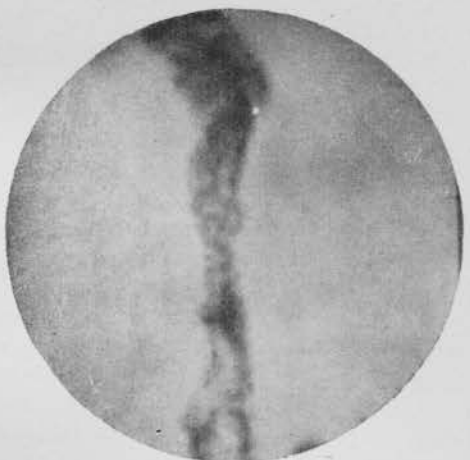


Fig. 2

Como contraste presentamos la radiografía 2, en la que se ve un íleon estrechado y con aspecto granuloso de la mucosa. Corresponde a un enfermo que tenía toda la sintomatología típica de un distónico vegetativo, avalorada por el hecho de ser estudiante de Medicina. Fué considerado como tal hasta que al verle un año más tarde nos dijo tenía febrícula por las tardes; interrogado cuidadosamente nos relató que desde hacía una temporada, coincidiendo con la aparición de las décimas, venía haciendo un par de deposiciones diarias blandas, sin formar. Al explorar el íleon encontramos que éste era doloroso electivamente a la presión, estaba ligeramente estrechado no dejándose distender pasiva-



Fig. 3

plección, en forma de un pequeño nódulo, situada exactamente en el lugar donde se encontraría el ojo de la "cabeza del pájaro", forma habitual de este segmento del íleon, redondeado o ligeramente ovalado que no se modifica por los cambios de tono, peristaltismo ni vaciamiento del asa. Nosotros lo hemos interpretado como nódulo linfático correspondiendo al mayor acúmulo de los mismos, precisamente en las proximidades del esfínter. En la figura 3 se ve un ejemplo, de un niño con enfermedad celíaca, en la que, a pesar de la plenificación total del asa y de las variaciones determinadas por las contracciones, no se modifica la imagen nodular. En algunos enfermos con tuberculosis pulmonar y trastornos intestinales hemos encontrado este nódulo, que ha alcanzado a veces proporciones notables. Hemos interpretado este hallazgo con las reservas naturales, como dependiente de la afectación primaria de los linfáticos, cosa que en los tuberculosos pulmonares, al acompañarse de trastornos intestinales, nos pondría en guardia sobre una posible localización intestinal, tratable precozmente. En las figuras 4 a, b y c vemos este nódulo — que podríamos llamar "nódulo de alarma" — en un enfermo que acudió a nosotros padeciendo diarrea y adelgazamiento, y al cual se le encontró una tuberculosis pulmonar ulcerada. Con un tratamiento adecuado desapareció la diarrea al poco tiempo; más tarde hemos sabido que no le han vuelto a repetir y que sus lesiones pulmonares han experimentado una notable mejoría. Como se ve en las radiografías, se trata de una imagen constante que no se modifica en las distintas fases de la contracción. Estas imá-

genes sólo se podrían confundir con las que producen las pequeñas burbujas de gases que se encuentran frecuentemente en los casos de enteritis, pero que presentan una forma más ovalada y son inconstantes, cambiando de lugar o desapareciendo de unas radiografías a otras.

Mucho más difícil es sacar conclusiones cuando

ra 5 a se ve la acentuada hipotonía del asa que se deja distender ampliamente por la compresión. A nuestro juicio, no cabe en estos casos otra actitud que la de estar precavidos y observar nuevamente al enfermo transcurrido un cierto período de tiempo, y aceptando o rechazando según su evolución, el proceso fímico. No hay que olvidar tampoco que estas

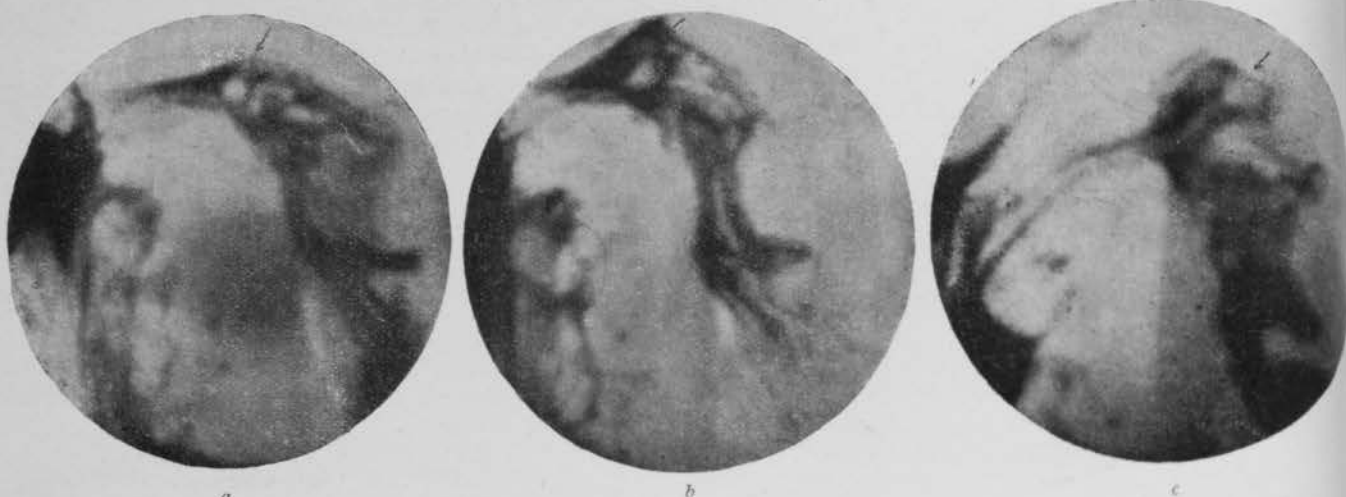


Fig. 4

nos hallamos ante un aspecto reticular de la mucosa, circunscribiendo huecos alveolares; la dificultad es mayor por cuanto estas imágenes no están limitadas a un sector del íleon terminal como la imagen no-

imágenes, lo mismo que las nodulares, pueden encontrarse en otras inflamaciones del íleon de distinta etiología.

En este grupo incluimos también la imagen granular o mamelonada de la que ya hemos tratado anteriormente.



Fig. 5 a

Fig. 5 b

dular anteriormente descrita, sino que lo abarcan en toda su extensión, impidiéndonos establecer comparaciones con los sectores sanos. Estos pliegues se pueden presentar asociados a un cierto grado de hipotonía que dificulta su interpretación, pues así como en la hipertonía los pliegues ofrecen un aspecto lineal, en la hipotonía se hacen flexuosos, con tendencia a la imagen reticular, desapareciendo totalmente con la atonía. Por otro lado, es indudable que los vasos linfáticos en la tuberculosis intestinal se afectan precozmente y aparecen prominentes a causa del estasis del quimo producido por la obstrucción subsiguiente a la formación de tubérculos dentro de la luz del vaso. En la figura 5 se observan estas imágenes alveolares, que, si nos fijamos bien, coinciden en las distintas radiografías; en la figu-

3.º LESIONES TUBERCULOSAS INDUDABLES. — Es éste, a nuestro juicio, el capítulo más interesante, por depender muchas veces de un diagnóstico correcto el pronóstico de la lesión intestinal y pulmonar que a menudo se debe a la marcha de la lesión intestinal, por lo que afecta a la nutrición del enfermo.

Alentadoras en este sentido son las estadísticas de GARDNER que señalan los

resultados obtenidos en cincuenta y tres enfermos, a los que pudo seguir durante largo tiempo; de ellos un lote de treinta y siete, fueron tratados con helioterapia, con los resultados siguientes: curación completa en 12, curación parcial en 12 y no modificación por la terapéutica en 13. De los 11 enfermos no sometidos a tratamiento hubo curación completa en 2, parcial en 1 y no modificación en 9. De 5 más sometidos a un régimen rico en vitaminas se obtuvo en 2 curación completa, parcial en 1, y en los otros 2 no se logró ningún efecto. Los resultados obtenidos por BROWN y SAMPSON siguiendo la evolución clínica y radiológica de 209 enfermos tratados con helioterapia, dieron curación total o parcial en 138 casos. ERICKSON, en 69 enfermos tratados con lámpara de cuarzo, al mes

de tratamiento mejoraron el 65 por 100 y no presentaban ninguna molestia el 40 por 100; a los dos meses la mejoría alcanzaba al 70 por 100 y la ausencia de síntomas al 60 por 100; a los seis meses, la mejoría alcanzó al 100 por 100 de los casos. De éstos, el 20 por 100 fueron observados por un período de tiempo superior a dos años. Estas estadísticas señalan principalmente la curabilidad de la tuberculosis intestinal. No pueden revelarse sin reservas otras conclusiones sobre la eficacia de los tratamientos empleados porque habría que hacer la estadística sobre casos con igual tipo y extensión de lesiones tanto intestinales como pulmonares y en iguales condiciones de defensa, lo cual es imposible.

A continuación exponemos dos de nuestros casos en los cuales se sorprendieron lesiones iniciales en el íleon terminal.

B. F., de 22 años de edad, estudiante. Hace un año se le presentó durante una excursión a la sierra intensa diarrea con deposiciones líquidas color marrón, sin moco ni sangre, que eran expulsadas sin dolor. Al día siguiente tomó un purgante, que no le mejoró, continuando desde entonces la diarrea en número de 4-5 deposiciones diarias de consistencia pastosa; más adelante fué disminuyendo su número, quedando limitadas a un par de deposiciones diarias, comenzando en cambio a padecer dolor de vientre difuso, con sensación de quemazón que se fijaba en la fosa iliaca derecha y que no guardaba relación alguna con las comidas ni la diarrea. No se midió la temperatura, por lo tanto ignora si tenía fiebre. Acudió a un especialista que le diagnosticó una apendicitis de la que fué operado seguidamente. La fórmula leucocitaria que le fué practicada entonces dió: leucoc., 11.800; segm., 55 por 100; cay., 10,5 por 100; eosin., 0,5 por 100; bas., 1 por 100; linf., 24 por 100; monoc., 9 por 100. En la intervención no se encontró al parecer la supuesta apendicitis y transcurridos 15 días, durante los cuales se encontró algo mejor, probablemente por el régimen postoperatorio, comenzó nuevamente con los dolores y la diarrea, haciendo de 2 a 3 deposiciones diarias algo más consistentes. El dolor se localizaba en fosa iliaca derecha acompañándose de retortijones, ruidos hidroaéreos y expulsión de gran cantidad de gases que le mejoraban. A temporadas sufría exacerbaciones de sus molestias con aumento del número de deposiciones, que llegaban hasta 20, de consistencia líquida. Desde entonces comenzó a notarse elevación de la temperatura por las tardes, acusando 37,5 grados. Actualmente persisten las molestias en igual forma. Los antecedentes hereditarios y personales carecen de interés.

La primera impresión que nos hizo el enfermo fué de padecer una disenteria bacilar por el comienzo brusco de sus molestias y pensando en ella comenzaron nuestras investigaciones.

Exploración: enfermo delgado, pálido de piel, con datos negativos en la exploración clínica, salvo en abdomen, donde se apreció un dolor difuso a la presión sobre puntos umbilicales, región suprapúbica y ambas fosas ilíacas, más en la derecha. Hematíes, 4.140.000; Hb., 74 por 100; V. G., 0,90; Leuc., 9.000; segm., 43; cay., 12; bas., 1; eos., 2; linf., 23; monoc., 9. Veloc. sedim., 52-84-47. Orina sin elementos anormales. Jugo gástrico con histamina, 0-4, 0-5, 20-35, 36-47, 22-33, la investigación de hemorragias ocultas fué negativa. Heces semilíquidas, filantes, con bastante cantidad de moco mezclado y en grumos pequeños sin restos alimenticios macroscópicos, reacción ácida. Examen microscópico: vasos vegetales, fibras musculares sin digerir, granos de almidón en pequeña cantidad, flora yodófila escasa, bastante cantidad de grasa neutra. La investigación de protozoos y huevos de parásitos fué negativa; igualmente lo fué la investigación de bacilos de Koch en heces y la siembra para cultivo de bacilos disentericos. Las aglutinaciones del grupo disenterico dió Flexner positivo al 1/120. Shiga negativo. Strong y Hiss positivos al 1/20. La reacción de Pirquet fué positiva de dos cruces y la exploración radiológica de estómago y colon con enema opaco negativas.

Decidimos entonces hacerle un estudio del intestino delgado, apreciándose un vaciamiento rápido del estómago y del yeyuno, que quedaba sin contraste a las dos horas, encontrándose todo él en las

primeras asas del íleon, que aparecían ligeramente ensanchadas, con tendencia a la formación de pliegues circulares; a las tres horas todo el contraste estaba en el íleon pélvico, apareciendo las asas hipertónicas; a las cuatro horas y media estaban llenos desde el íleon pélvico hasta el primer tercio del transversal; las asas del íleon continuaban disociadas y en el íleon terminal no se consigue la replección



Fig. 6 a y b

total, saltando el contraste desde el íleon pélvico al ciego sin detenerse en el íleon terminal, en igual forma como ya describimos con ROF en otro caso semejante. En íleon quedaron restos de contraste que nos dieron la impresión radiológica del mismo. Lo primero que llamó nuestra atención fué la existencia de una estenosis en el esfínter ileocecal; efectivamente, éste apareció estrechado en su porción preesfinteriana, habiendo desaparecido la "cabeza de pájaro". Su movilidad estaba francamente disminuida, no pudiéndosele desviar manualmente de su posición. Tampoco al hacer compresión sobre el mismo se consigue modificar su morfología; por último, su palpación resultó dolorosa electivamente, dando, por su consistencia aumentada, la sensación de hallarse infiltrado. Examinando sus contornos,

encontramos en borde interno, porción esfinteriana, un borde anormalmente rectilíneo que termina en una pequeña escotadura; en el lado opuesto, igualmente a este nivel, existe falta de replección con ausencia del borde. En el estudio de la mucosa, se encontró una ausencia total de pliegues y distribución irregular de los mismos cuando se inician; la

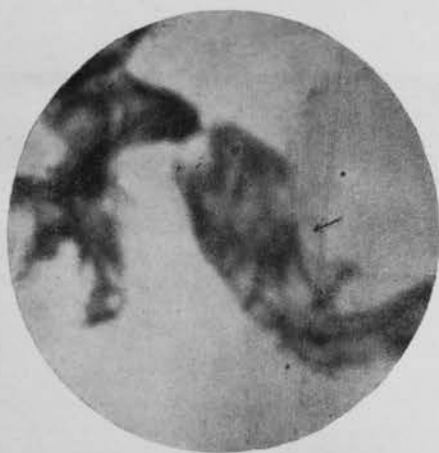


Fig. 7 a y b

distribución irregular del contraste, que deja espacios claros y constantes en todas las radiografías, varía en su forma y localización de unas a otras y obedece sin duda a la retención de secreciones motivada por la estenosis (fig. 6 a y b). En el centro del íleon se aprecia una sombra constante, apreciable sobre todo al aumentar el tono del mismo, hacia el cual concurren los pliegues en forma de estrella, que bien podría corresponder a la existencia de una ulceración (figura 7 a y b). El ciego aparece cuneiforme, doloroso, produciendo su palpación intenso chapoteo.

El problema diagnóstico es sumamente difícil por no saberse hasta qué punto ha podido influir la intervención que previamente le ha sido practicada en la génesis de estas alteraciones. Lo mismo podíamos pensar se tratase de fenómenos postoperatorios asociados con una disenteria o colitis, como en una ileítis regional de Crohn, como en una tubercu-

losis. Practicada la reacción de Frei, resultó negativa. Decidimos hacer un tratamiento con sulfoguanidina durante unos días, y a continuación, en vista del efecto nulo de la misma, un tratamiento rico en vitaminas y proteínas, pobre en celulosa y baños de sol en el vientre, para repetir la exploración transcurridos tres meses. El enfermo volvió muy mejorado, el dolor sólo lo tenía esporádicamente algún día, siendo de tipo más difuso; aumentó dos kilogramos de peso, y las deposiciones dejaron de ser diarreicas; hace una deposición diaria pastosa; alguna crisis diarrea hasta de 4 deposiciones. Hematíes. 4.300.000; Hb., 86; V. G., 1; leuc., 7.450; segm., 48; cay., 5; eos., 0; bas., 1; linf., 37; mon., 9. Vel. sedim., 30-55-28.



Fig. 8

Repetida la exploración radiológica del intestino, hasta las 5 horas no llegó el contraste al ciego, subsistió el signo del salto, la porción terminal del íleon se dejó distender, pero no así la terminal, que continuó rígida; ha desaparecido la falta de replección del borde interno, los pliegues de mucosa se inician afectando una disposición irregular limitando espacios lacunares, ocupados por burbujas de gases. En general se observó un menor calibre del asa y un ligero aumento del tono (figura 8). En la próxima exploración efectuada una hora más tarde se apreció una típica falta de replección del ciego y porción preesfinteriana del íleon con plenificación del íleon pélvico y colon hasta asa sigmoidea (figura 9).

Esta imagen característica nos reafirmó en nuestra sospecha adquirida al hacer la primera exploración, de hallarnos ante lesiones tuberculosas del íleon: han transcurrido ya seis meses desde la última exploración, el enfermo nos escribe comunicándonos se encuentra muy mejorado, aunque a veces, coincidiendo con transgresiones de régimen y vida desordenada, le aparecen nuevas crisis de diarrea. Próximamente tendremos ocasión de explorarle nuevamente y, por lo tanto, de continuar observando la marcha de su proceso.

Nuestro segundo caso es una enferma de 20 años de edad. Sus molestias comenzaron hace dos años con fiebre alta de hasta 39 grados durante mes y medio, que se acompañó de escalofríos, sudores y manchas moradas como "cardenales" en las piernas; a los tres meses le empezaron a salir en el cuello unos

ganglios no dolorosos que han ido aumentando en tamaño y número. Aparte esto su estado general era bueno, padeciendo en algunas ocasiones pesadez y dolor en epigastrio después de las comidas, que se acompañó rara vez de vómitos alimenticios. Desde hace un año amenorrea, y desde hace 4 meses aumento de volumen de los ganglios con escalofríos y fiebre de 39 grados que cree no sea diaria, sino cada 3-4 días, y que la desaparece comiendo; tiene peso en hipocondrio izquierdo, inmediatamente después de comer, que la desaparece a las 3 horas. Desde hace 2 meses diarrea casi continua, haciendo de 8 a 10 deposiciones diarias, líquidas, fétidas, con restos de alimentos; alguna vez dice haber expulsado como masas de pus. Buen apetito, sin tos ni expectoración, no prurito. Antecedentes personales y familiares sin interés.

Exploración: enferma desnutrida con ligera palidez de piel y mucosas; en partes laterales del cuello se aprecian numerosos ganglios de tamaño variable entre una avellana y una nuez, de consistencia media, no dolorosos ni adheridos a planos profundos ni a la piel.

Auscultación de pulmón y corazón normales. En la percusión de pulmón ligera disminución de la sonoridad paravertebral derecha. En abdomen se percute bazo pero no se palpa, dolor difuso periumbilical, suprapúbico y en fosas ilíacas. Resto de la exploración normal. Radioscopia de tórax negativa. He-

ácida; al microscopio alguna fibra muscular semidigerida, granos de almidón en regular cantidad y abundantísimas gotas de grasa neutra.

En el estudio radioscópico del conducto gastrointestinal encontramos estómago normal con vacia-

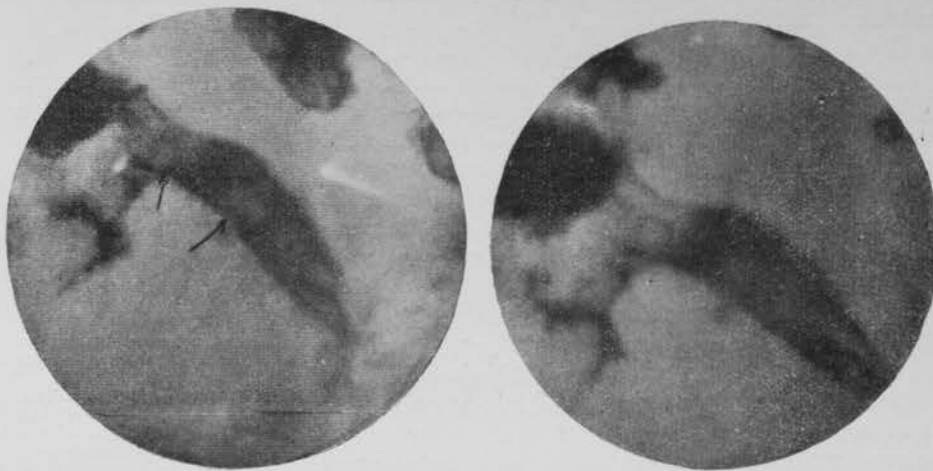


Fig. 10 a y b

miento rápido (a la hora completamente vacío), igualmente rápido el tránsito por el yeyuno, encontrándose a las dos horas todo el contraste en el íleon; la entrada del contraste en el mismo ya tuvo lugar a la hora, apareciendo las asas hipotónicas con formación de pliegues circulares. El íleon pélvico, salvo el aspecto difuso de su contorno por aumento de su contenido líquido y la mayor segmentación de las asas, no ofrecía ninguna alteración. La entrada en el ciego tuvo lugar entre las 4 y 5 horas; la exploración practicada en este momento demostró abundante cantidad de contraste en el íleon pélvico; el íleon terminal incompletamente plenificado, con salto del contraste al ciego, que aparece plenificado hasta el primer tercio del transversal con aumento de su contenido líquido. El íleon terminal apareció rígido, obteniéndose la misma imagen con compresión que sin ella (fig. 10 a y b). La porción presfinteriana no existe, hay incontinencia y rigidez del esfínter, la mucosa lisa, sin pliegues. Junto al borde externo del íleon, en su parte media, y junto al esfínter, se aprecian unos nódulos, constantes en todas las radiografías, que interpretamos como nódulos linfáticos. La palpación del íleon resultó electivamente dolorosa y su movilidad limitada.

En la biopsia que se obtuvo de uno de sus ganglios, el informe del doctor MORALES decía: "Ganglio de unos 13 mm. Al corte, zona amarillenta central. Estudio histopatológico: tuberculosis productiva. Alrededor de la gran caseosis algunos tubérculos incompletos con escasas células gigantes."

La evolución de esta enferma no se pudo seguir en la clínica, como hubiera sido nuestro deseo; supimos más tarde que presentó una localización pulmonar, falleciendo a los pocos meses. Desgraciadamente, por este motivo no se hizo estudio anatomopatológico de las lesiones intestinales, que hubiera confirmado la interpretación y localización de las lesiones; de todas formas, las consideramos, lo mismo que las del enfermo anterior, lo suficientemente expresivas para aceptarlas sin reservas.



Fig. 9

matíes 4.500.000; Hb, 82 por 100; V. G., 0,91; Leuc., 27.000; segm., 57; cay., 36; eosin., 0; linf., 3; mon., 2; miel., 1, e hipersegm., 1. Vel. de sedim., 89-112-72,5. La orina no dió elementos anormales. Jugo gástrico con histamina, 0-30, 0-36, 9-48. Hemorragias ocultas intensamente positivas. Heces semilíquidas, brillantes, con regular cantidad de moco intimamente mezclado; gran cantidad de restos alimenticios en grandes y pequeñas partículas, reacción fuertemente

Nuestras observaciones están faltas de una base anatomopatológica, difícil de adquirir, a no ser casualmente, por el hecho de tratarse precisamente de estadios de comienzo de la enfermedad en los cuales la mortalidad es pequeña. Un medio de adquirirla sería haciendo sistemáticamente en los Sanatorios estudios radiológicos del íleon terminal en los tuberculosos pulmonares, tengan o no molestias intestinales, y en los casos de *exitus* confrontar los hallazgos radiológicos con los suministrados por la necropsia. Mientras tanto, a falta de la comprobación anatómica de las imágenes apreciadas por radiodiagnóstico, hay que hacer su interpretación a base de observaciones cuidadosas y repetidas, teniendo además gran experiencia en el estudio radiológico del íleon terminal normal.

Nuestra experiencia alcanza todavía relativamente pocos casos de tuberculosis intestinal, pero en cambio sí es dilatada en el estudio radiológico del íleon terminal normal y patológico. Basados en ella hemos hecho el presente estudio, con el que no pretendemos considerar resuelto el problema del diagnóstico de la tuberculosis intestinal en su comienzo, pero sí señalar un camino por el que hemos logrado en nuestros enfermos un resultado halagüeño. En todos nuestros casos es evidente el carácter patológico del íleon y aún lo es más la naturaleza fímica de las alteraciones, pero no podemos asegurar siempre, con la certeza que imprime la comprobación anatómica, las características orgánicas de las fases evolutivas de las lesiones: productiva, caseosa, etc.

Esto nos ha hecho ser muy cautos en la interpretación de nuestros hallazgos y hemos esperado para publicar nuestras observaciones a que el tiempo transcurrido haya aumentado nuestra experiencia, con la observación de nuevos casos y el estudio de su evolución, datos a los que, junto a las exploraciones repetidas, concedemos gran valor, por haber confirmado nuestras interpretaciones, convenciéndonos de que eran correctas.

Es de esperar que, ampliada esta experiencia, podamos tal vez en tiempo no lejano diagnosticar un tanto por ciento elevado de tuberculosis íleocecál en su comienzo y con ello mejorar el pronóstico sombrío que ofrecen los casos en los que hoy, aguardando a los datos que dan las alteraciones del colon, se hace el diagnóstico tardíamente; en esta fase es imposible en la mayoría de los casos estudiar el íleon terminal por "saltar" la papilla del íleon al ciego sin dejar restos, o presentarse íleon y ciego formando un conglomerado informe de asas adheridas e imposibles de individualizar. Estos datos negativos tienen, sin embargo, un gran valor diagnóstico, que resulta, por lo general, tardío en cuanto a la eficacia terapéutica.

RESUMEN

Fundados en la predilección de la tuberculosis intestinal por el íleon terminal y el comienzo de la misma por las formaciones linfáticas de dicha región, se realizan estudios radiológicos del mismo en enfermos sospechosos de dicha afección. Los resultados obtenidos se clasifican en tres grupos: 1.º, datos negativos por el hallazgo de un íleon terminal nor-

mal en su motilidad, tono, vaciamiento, esfínter íleocecál y relieve de mucosa; 2.º, dudosos, que nos ponen en guardia y nos permiten por una vigilancia posterior descartar o establecer el diagnóstico; estos datos están representados por la presencia en la porción preesfinteriana del íleon de formaciones linfáticas hiperplásticas, de forma nodular, "nódulo de alarma" y por el aspecto reticular o granuloso de la mucosa; y 3.º, existencia de lesiones tuberculosas seguras: formaciones nodulares, ulceraciones, destrucción de pliegues, alteraciones en la motilidad, tono, vaciamiento, rigidez del esfínter íleocecál y dolor electivo a la palpación principalmente.

BIBLIOGRAFÍA

- BLOM. — Nordisk Med., 20, 1.553, 1941.
 BOLES y GERSHON-COHEN. — Journ. Am. Med. Ass., 103, 24, 1924.
 BROWN y SAMPTON. — Intestinal Tuberculosis. Bailliere, Tindal y Cox, Londres, 1930.
 ERICKSON. — Am. Rev. Tub., 12, 26, 1925.
 GARDNER, en BROWN y SAMPTON.
 GAUSS. — Am. J. Dig. Dis., 6, 263, 1939.
 GERSHON-COHEN. — Am. J. Roentg., 30, 779, 1933.
 GIANNI. — La tuberculosis intestinale. Ed. Vallardi. Milán, 1935.
 GLATZ. — Zeitschr. f. Tuberk., 49, 241, 1927.
 HENKE y LUBARSCH. — Handb. der Spez. Path. Anat. Berlin, 1929.
 KRUGER y PERLBERG. — Am. J. Dig. Dis., 8, 269, 1941.
 MARINA FIOL y ROF CARRALLO. — Rev. Clin. Esp., 3, 93, 1941.
 MÜLLER. — Zeitschr. f. Tuberk., 87, 12, 1941.
 OBSTMAYER. — Med. Klin., 34, 943, 1940.
 WOLDMAN. — Am. J. Dig. Dis., 5, 221, 1938.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Darmtuberkulose sitzt mit Vorliebe am Ende des Iliums und zeichnet sich am Anfang der Krankheit durch Lymphbildungen in dieser Region aus. Aus diesen Gründen wurden an auf diese Krankheit verdächtigen Patienten roentgenologische Studien vorgenommen, deren Ergebnisse folgendermassen klassifiziert werden können. 1. Negative Resultate, d. h., das Iliumsende war im Bezug auf Motilität, Tonus, Entleerung, Ileocöcalsphinkter und Schleimhautrelief normal. 2. Unklare Fälle, bei denen man vorsichtig sein muss und eine fortlaufende Beobachtung die Diagnose zu bestätigen hat oder nicht. Es bestanden hyperplastische, knötchenförmige lymphatische Bildungen in der Präsphinktergegend. Es handelt sich um sogenannte "Alarmknötchen", dazu gesellen sich ein retikuläres oder granulöses Bild der Schleimbaut. 3. Sichere tuberkulöse Veränderungen: Knotenbildungen, Geschwüre, Zerstörung der Schleimhautfalten, Veränderungen von Motilität, Tonus und Entleerung zusammen mit Starrheit des Ileo-coecal-Sphinkters.

RÉSUMÉ

Fondés sur la prédilection de la tuberculose intestinale pour l'Íleon terminal et à son commencement pour les formations lymphatiques de cette région, on réalise des études radiologiques du même chez des sujets soupçonnés de cette affection. Les résultats obtenus sont classés dans trois groupes. 1.º Des données négatives du fait d'avoir trouvé un íleon terminal normal dan sa motilité, ton, videment, sphincter-íleo-cecál et relief de muqueuse. 2.º Douteuses qui nous avertissent et nous permettent de rejeter ou d'établir le diagnostique dans une surveillance posté-

rieure; ces données sont représentées par la présence de formations lymphatiques de forme nodulaire "nodule d'alarme" dans la portion pré-sphinctérienne de l'iléon et par l'aspect réticulaire ou granuleux de la muqueuse. 3.° L'existence de lésions tuberculeuses sûres: formations nodulaires, ulcérations, destruction de plis, altérations dans la motilité, ton, videment, et rigidité du sphincter iléo-cécal en particulier.

TUMORES DEL MEDIASTINO DE ORIGEN NERVIOSO

M. G. PORTELA

Cirujano-Jefe del Hospital Provincial de Palencia

Clínica Quirúrgica de la "Charité"

Director: PROF. DR. SAUERBRUCH

Los tumores neurógenos del mediastino, constituían hasta no hace mucho tiempo, un hallazgo casual de autopsia, conociéndose por ello, sólo a través de las estadísticas de los Institutos de Patología. La primera observación quirúrgica señalada en la literatura parece ser la de FOEDERL, en 1914, en el que describe la extirpación de un fibroma con células ganglionares, que había alcanzado el tamaño de una cabeza de adulto, y operado bajo el diagnóstico de quiste hidatídico de hígado. En el año 1924, publica BRUNNER, un caso de ganglioneuroma, que tomaba su origen en la porción torácica de la cadena simpática del lado izquierdo, y que fué intervenido con éxito por SAUERBRUCH. Desde entonces, se han multiplicado los casos objeto de publicación, de tumores de esta naturaleza, queriendo señalar en este sentido las estadísticas de recopilación más numerosas, entre las que figuran la de REDLICH, con catorce casos (1926); la de MAKKAS, con veintiocho casos (1934); la de HARRINGTON, con catorce casos de la Clínica de Mayo, y, finalmente, la más reciente de JAMES y CURTIS, de veinte casos, en el año 1941. Nosotros reunimos en el presente trabajo siete casos observados durante los últimos cinco años, en la Clínica del Profesor SAUERBRUCH y que no han sido aún objeto de publicación. Hemos recopilado, por otra parte, veinticinco casos más, tomados de la literatura europea y americana, para poder dar de esta manera una mejor visión de conjunto sobre este problema. Son, pues, en total, treinta y tres casos, en los que basamos el estudio de estos tumores. En los resultados operatorios incluimos, además, los ocho casos que HARRINGTON señala en uno de sus trabajos (Ann. Surg., 46. 843, 1932).

El conocimiento más exacto que tenemos actualmente de las neoplasias tan heterogéneas que pueden tener su asiento en el mediastino, ha puesto de manifiesto que los tumores de naturaleza nerviosa de que vamos a ocuparnos, constituyen uno de los grupos de mayor importancia dentro del capítulo

de los tumores mediastínicos, y esto, tanto por su elevado porcentaje, en relación con el número total de aquéllos, como por su tendencia evolutiva benigna y buen pronóstico operatorio. Todas estas circunstancias hacen que al repasar la literatura sobre los tumores del mediastino sean las neoplasias de origen nervioso las que ocupen un mayor volumen en los escritos sobre esta cuestión, mientras que, por el contrario, si hacemos excepción de los quistes dermoides y teratomas, apenas si encontramos publicaciones sobre los otros tumores en particular. Es fácilmente comprensible que los tumores malignos del mediastino, relativamente frecuentes en la clínica, sean pocas veces tema grato de publicación, fuera de sus aspectos diagnósticos, o en el de los tratamientos radioterápicos, ya que las perspectivas operatorias y pronóstico general de las mismas, son francamente desfavorables.

Los siete casos de tumores nerviosos estudiados por nosotros en la Clínica de la *Charité*, representan el 11,2 por 100 de los 62 tumores mediastínicos recogidos en la misma, en los que el diagnóstico preciso pudo lograrse, ya por la intervención operatoria o por datos específicos de exploración. No incluimos, pues, entre nuestros casos, aquellos otros en los que el diagnóstico de tumor neurógeno fué hecho solamente desde el punto de vista clínico y radiológico (sólo en 62 casos, de los 100 estudiados por nosotros en aquel centro quirúrgico se llegó a alcanzar un diagnóstico preciso).

Todos los órganos de estructura nerviosa que atraviesan el mediastino, o corren por su vecindad, pueden ser el punto de origen de estas neoformaciones. Su origen preferente, sin embargo, radica en las cadenas del simpático y en los nervios intercostales en su porción más cercana a la columna vertebral, citándose, además, en la literatura, como casos más excepcionales, aquellos otros en los que su origen radicaba a nivel del neumogástrico y del plexo braquial.

Afectan de manera preferente, los tumores que estudiamos, a las edades jóvenes de la vida, y así, en nuestros siete casos, en cinco de ellos la edad de los enfermos era inferior a los veinticinco años. Por otra parte, al repasar en conjunto el cuadro que añadimos a continuación, veremos que de los treinta pacientes, cuya edad estaba especificada, corresponden 27 (90 por 100), a edades por debajo de los cuarenta años, siendo los cincuenta y cinco el límite máximo observado en estos enfermos. A continuación detallamos estos datos:

De 1 a 10 años	9 casos
» 11 a 20 »	5 »
» 21 a 30 »	5 »
» 31 a 40 »	8 »
» 41 a 50 »	1 caso
» 51 a 60 »	2 casos

Señala también TROISIER, como dato de interés, que el 30 por 100 de estas tumoraciones aparecen antes de los quince años. En nuestros casos este porcentaje es mucho mayor, ya que llega a alcanzar el 43,3 por 100 (trece casos menores de quince años).

Por lo que respecta al sexo de los portadores de estas neoplasias, señalaremos, que en nuestros casos,