

persistencia de contraste en el íleon más allá de las nueve horas siempre que la exploración se haya efectuado en estado de vigilia, pues el tránsito sufre un evidente retardo durante el sueño. Hemos observado numerosos casos a los cuales se les había diagnosticado de proceso estenosante íleocecál por presentar en el íleon a las doce horas restos del contraste ingerido la noche anterior, en los que una nueva exploración realizada de día nos demostró una evacuación del delgado dentro de las siete horas.

En el esquema adjunto se ven los tiempos de tránsito en el sujeto medio normal; en él constan también los tiempos de tránsito por el colon; a las seis horas aparece lleno el ascendente hasta flexura hepática, a las ocho horas el contraste llega hasta mitad del transversal y a las doce hasta flexura esplénica. A las veinticuatro horas aparece plenificado todo el colon.

Resumiendo, podemos considerar que el estómago se vacía en la mayoría de los casos, siguiendo nuestra técnica, entre la primera y segunda horas; es frecuente queden restos de contraste en antro, que se evacua totalmente entre la segunda y tercera horas, siendo menos frecuentes los vaciamientos después de dicho tiempo, así como los efectuados dentro de la primera hora de ingestión de la papilla opaca. El yeyuno es atravesado rápidamente, encontrándose ya buena parte del contraste a la hora en las primeras asas del íleon. En la segunda hora está lleno el íleon pélvico; la entrada en el ciego se realiza entre las tres y cuatro horas, menos frecuentemente entre la segunda y tercera horas y de las cuatro a cuatro y media. La entrada en ciego después de cuatro horas y media debe considerarse como sospecho de trastorno del tránsito.

#### ZUSAMMENFASSUNG

Bei unserer Technik wird der Magen in der Mehrzahl innerhalb der 1-2 ten Stunde entleert. Häufig bleiben am Antrum Kontrastbreiester zurück, die innerhalb der 2-3 Stunde völlig entleert werden, wogegen spätere sowie solche vor der ersten Stunde nach Kontrastbreiaufnahme selten sind.

Das Jejunum wird schnell passiert, sodass der Brei sich bereits nach einer Stunde in den ersten Ileumschlingen befindet. In der 2 Stunde ist das Beckenileum gefüllt, und es vollzieht sich der Übergang ins Coecum (zwischen der 3 u. 4 Stunden, seltener innerhalb der 2 u. 3 oder 4-4 1/2 Stunde). Wenn 4 1/2 Stunden vor dem Durchgang vergangen sind, so muss man Verdacht auf ein Passagehindernis hegen.

Im beigefügten Schema findet man die Passagezeiten für den normalen Durchschnittsmenschen; gleichzeitig sind die Zeiten für die Passage durch das Colon angegeben. Nach 6 Stunden ist das Colon ascendens bis zur Leberflexur gefüllt. Nach 8 Stunden befindet sich der Brei in der mitte des Colon transversum, und nach 12 Stunden an der Milzflexur. Nach 24 Stunden ist das ganze Colon gefüllt.

#### RÉSUMÉ

Nous pouvons considérer que l'estomac se vide dans la plupart des cas suivant notre technique, entre la 1<sup>re</sup> et 2<sup>ème</sup> heure; il est fréquent qu'il ait des restes de contraste dans l'antre qui est évacué totalement entre la 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> heures, les videments après ce temps étant moins fréquents ainsi que ceux qui s'effectuent au cours de la première heure après l'ingestion de la pâte opaque. Le jéjun est rapidement traversé, et au bout d'une heure on trouve déjà une bonne partie du contraste dans les premières anses de l'iléon. Dans la deuxième heure l'iléon pelvique est plein, et le passage dans le caecum a lieu entre les 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> heures, moins fréquemment entre la 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> heures et de 4<sup>e</sup> à 4<sup>e</sup> et 1/2, étant soupçonné de trouble du transit lorsqu'il entre après les 4<sup>e</sup> et 1/2.

Dans le schéma ci-contre on voit les temps du transit chez le sujet moyen normal: de même figurent le temps du transit par le colon; au bout de 6 heures l'ascendant est plein jusqu'à la flexure hépatique, et au bout de 8 heures le contraste arrive jusqu'à la moitié du transversal et au bout de 12 heures jusqu'à la flexure splénique. 24 heures s'étant écoulées, le colon apparaît plénifié.

## NOTAS CLÍNICAS

### CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DEL SÍNDROME DE KRÜKENBERG (\*)

A. GALLART-ESQUERDO

Instituto Policlínico de Barcelona. Sección de Aparato Digestivo. Director: F. GALLART MONÉS  
De la Escuela de Patología Digestiva del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona. Médico auxiliar del mismo Hospital

En el III Congreso Español de Patología Digestiva y de la Nutrición aportábamos, con ROCA DE

VIÑALS<sup>1</sup>, tres casos de síndrome de Krükenberg (coexistencia de un carcinoma del aparato digestivo con metástasis ováricas bilaterales) y citábamos otro en el que existían metástasis cutáneas. En nuestra *Escuela de Patología Digestiva*, también con ROCA DE VIÑALS<sup>2</sup>, insistíamos sobre el diagnóstico de dicho síndrome y aumentábamos la casuística con dos casos más, que nos cedía el malogrado doctor CORACHÁN. En nuestro trabajo *Linitis plástica del estómago*<sup>3</sup> dimos a conocer un nuevo caso de síndrome de Krükenberg. Últimamente hemos tenido ocasión de observar dos casos más, uno de los cuales es el que relatamos a continuación.

(\*) Comunicación presentada en las "Jornadas Médicas Españolas", Zaragoza, 26 al 30 de septiembre de 1943.

María G. G., de 39 años, casada, con dos hijos sanos. Reconocida en nuestra consulta privada el 21 de agosto de 1943. *Antecedentes familiares y personales.* — Ninguno digno de nota.

*Enfermedad actual.* — Desde hace doce años manifiesta dolores epigástricos, de media a una hora después de las comidas, que se le calman con la ingestión de alimentos y con la de alcalinos; con frecuencia, aguas a la boca. Sufre de dos a diez días consecutivos con temporadas intercalares de bienestar completo de un año a un mes y medio.

Desde hace siete años sufre casi todos los días y de vez en cuando pasa de dos a cinco días aliviada de sus dolores, los cuales se le siguen calmando con la ingestión de alimentos y con la de alcalinos, así como con el vómito alimenticio y de aguas, que se le presenta con relativa frecuencia.

Sin ninguna variación digna de nota continúa hasta hace cinco o seis meses. A partir de esta fecha le aquejan además eructos pútridos y se da cuenta de que tiene una *tumoración en la parte baja del vientre*, que progresivamente va aumentando de tamaño hasta adquirir el de una cabeza de feto. Le diagnosticaron fibromioma uterino (según la enferma) y hace dos meses fue sometida a la intervención quirúrgica.

Después de ésta, el síndrome epigástrico ha ido empeorando, sobre todo en lo que se refiere a los eructos pútridos y a los vómitos alimenticios, que se presentan hasta tres veces al día.

*Anorexia.* Ha perdido 6 kilogramos en el último mes (después de la intervención había ganado 3 kilogramos). Disminución marcada de fuerzas. Estrñimiento.

Actualmente está diagnosticada de ptosis y atonía gástricas y lleva la consabida faja ortopédica.

neoplasia, que coincide exactamente con la tumoración palpable. La curvatura menor, hasta cerca del cardias, está invadida por el proceso.

*Tratamiento.* — Desgraciadamente no existe ninguno que pueda considerarse como curativo dada la larga evolución del proceso, la extensión de las lesiones gástricas y las metástasis ganglionares abdominales que deben existir casi con seguridad absoluta, etc.

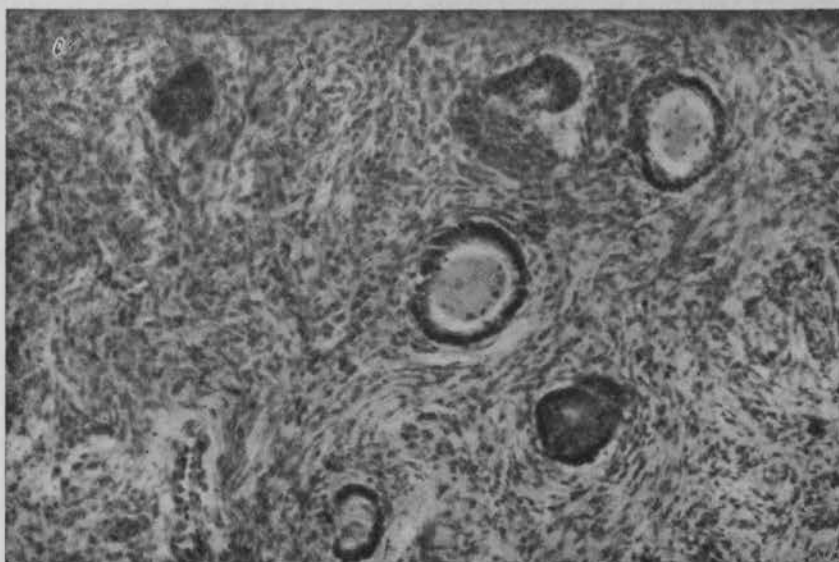


Fig. 1. — Parénquima ovárico con formaciones pseudoglandulares de tipo cilíndrico, rodeadas de abundante estroma conjuntivo. (Microfot. del Dr. ROCA DE VIÑALS.)

El único tratamiento que puede aconsejarse es la gastroenterostomía (practicada con anestesia de la pared), para aliviarla de los síntomas de estenosis pilórica, que actualmente son los que más molestan a la enferma.

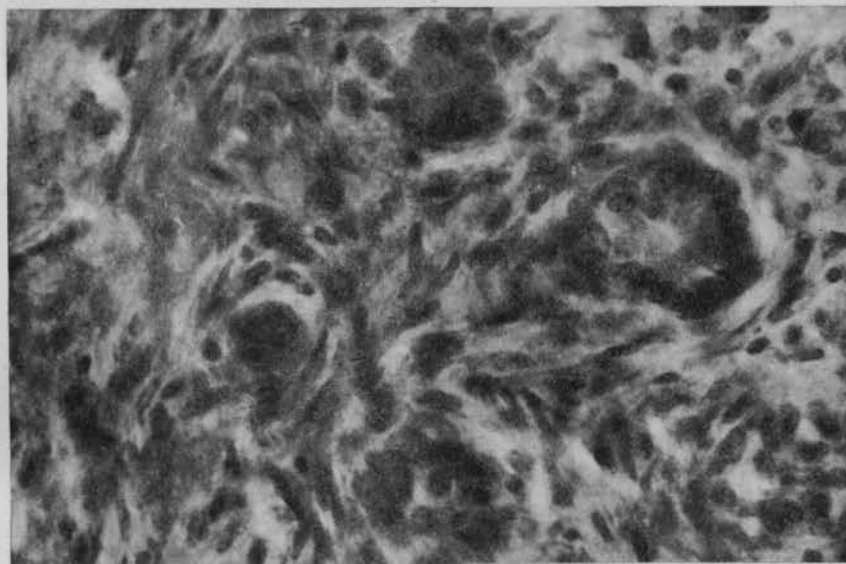


Fig. 2. — Una región de la fig. 1, a mayor aumento, para observar con detalle las formaciones pseudoglandulares de tipo cilíndrico. (Microfot. del Dr. ROCA DE VIÑALS.)

*Exploración clínica.* — Desnutrición y palidez cutáneomucosa acentuadas. Chapoteo gástrico considerable a las cuatro horas de una comida ligera. A dos dedos por encima del ombligo se palpa una tumoración dura, irregular, del tamaño de una naranja grande, que sigue los movimientos respiratorios.

No hay ascitis ni metástasis abdominales, ganglionares, etc., perceptibles.

*Exploración radiológica.* — Estenosis pilórica marcada. Defecto de repleción que interesa todo el antro pilórico, tipo

coexista con una estenosis pilórica, es raro que aquél se desarrolle tan rápidamente (en tres o cuatro meses alcanzó el tamaño de una cabeza de feto).

Nos asaltó en seguida la idea de que en lugar de un fibromioma uterino se tratase de un tumor ovárico bilateral, secundario a un carcinoma del aparato digestivo, sobre todo del estómago, que hubiese pasado desapercibido: es decir, de un tumor de Krü-

En nuestra Escuela se han repetido muchas veces y se repite todos los días, que, en patología digestiva, la historia clínica, obtenida con justeza y sin prisas, casi siempre orienta más hacia el diagnóstico que cualquier otro método de exploración. Además, es necesario conocer y precisar el valor de cada síntoma independientemente de la interpretación que le dé el enfermo y de los diagnósticos precedentes que le hubiesen hecho (GALLART MONÉS<sup>5</sup>).

No existe ninguna duda que la historia clínica de nuestra enferma orientaba claramente hacia una estenosis pilórica. Nos llamó poderosamente la atención que hubiese sido operada de un fibromioma uterino (según la enferma), pues, aunque no tiene nada de particular que esta enfermedad



kenberg. En nuestra enferma, esta suposición no era demasiado arriesgada, pues desde hacía años manifestaba un síndrome epigástrico complicado en la actualidad con una estenosis pilórica, que bien podía ser originada por un carcinoma primitivo o secundario a una úlcera antigua (asunto que no nos interesa discutir ahora). Con esta orientación diagnóstica fuimos a las exploraciones clínica y radiológica, las cuales pusieron de manifiesto que la enferma sufría un carcinoma gástrico.

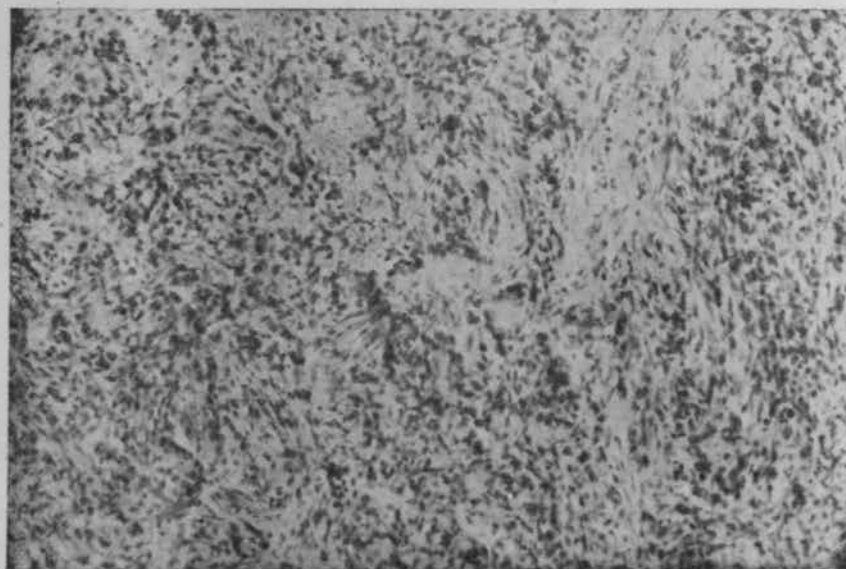


Fig. 3. — Zona de aspecto difuso, pseudosarcomatoide, en la que se observan elementos epiteliales atípicos, aislados entre las mallas del estroma conjuntivo del parénquima ovárico. (Microfotografía del Dr. ROCA DE VIÑALS.)

Los datos que vamos a referir a continuación, y que nosotros no conocimos hasta unos días después de haber reconocido a la enferma, confirmaron lo bien fundada que había sido nuestra sospecha diagnóstica. Estos datos, que se refieren a la intervención quirúrgica que se le había practicado y al examen histológico de la pieza extirpada, nos fueron suministrados por los doctores LORENZO y ROCA DE VIÑALS, respectivamente.

**Intervención quirúrgica.** — "Anestesia general con éter. Laparotomía media infraumbilical. Ascitis libre abundante. Tumor ovárico bilateral; útero normal. Extirpación de los ovarios y de las trompas. Peritonización de los muñones y sutura de la pared abdominal. La tumoración ovárica derecha era del tamaño de un melón pequeño y la izquierda, del de una mandarina; ambas eran duras, de superficie irregular y de aspecto macizo al corte."

**Examen histológico.** — "En los fragmentos de las dos tumoraciones ováricas se observa, en su mayor parte, un carcinoma de arquitectura pseudoglandular (figs. 1 y 2); también existen elementos epiteliales atípicos, aislados, en anillo de sello, rodeados de una reacción conjuntiva intensa (fig. 3), lo que corresponde a la estructura típica de las neoplasias metastáticas del ovario, conocidas con el nombre de tumores de Krükenberg."

La enferma, a los seis días de haber sido reconocida por nosotros, fué operada nuevamente por el doctor LORENZO (27 de agosto de 1943), el cual nos proporciona los siguientes datos:

"Anestesia local de la pared abdominal. Laparotomía media supraumbilical. No hay ascitis. Neoplasia infiltrante que invade todo el antro pilórico y que origina una estenosis muy pronunciada. La infiltración interesa la curvatura menor casi hasta el cardias. Ganglios grandes y duros en los epiplones mayor y menor. Gastroenterostomía transmesocólica posterior."

Se da el alta a la enferma a los doce días. Después de esta intervención no ha vuelto a vomitar ni a presentar eructos pútridos y ha ganado 3 kilogramos hasta la fecha (23 de septiembre de 1943).

Antes de terminar queremos recordar que la mayoría de errores que se cometen al no diagnosticar el síndrome de Krükenberg, se deben a que el ginecólogo o el cirujano no tienen en cuenta que el tumor sólido y bilateral del ovario casi siempre es maligno y la inmensa mayoría de veces secundario a un carcinoma del aparato digestivo, sobre todo del estómago.

Creemos pueden ser útiles para evitar estos errores diagnósticos las siguientes reglas:

1.ª Todas las enfermas operadas por un carcinoma de cualquier segmento del tubo digestivo, y sobre todo del estómago, deberían ser examinadas periódicamente desde el punto de vista ginecológico.

2.ª En el curso de toda ovariectomía por tumor bilateral es necesario explorar el tubo gastrointestinal, y sobre todo el estómago.

Lo que acabamos de decir tiene una importancia práctica indudable, pues en el primer caso podríamos diagnosticar las metástasis ováricas cuando estén aún en un período de comienzo o en un estadio poco avanzado de su evolución, y en el segundo caso descubriríamos casi siempre la neoformación primitiva y podríamos tratarla adecuadamente, cuando esto fuese posible.

## RESUMEN

El autor, después de citar los trabajos en los que se ha ocupado del síndrome de Krükenberg (coexistencia de un carcinoma del aparato digestivo con metástasis ováricas bilaterales), refiere la historia detallada de un nuevo caso y, fundándose en él, hace una serie de consideraciones diagnósticas de orden clínico. A continuación da unas normas para evitar los errores que se cometen al no diagnosticar el síndrome de Krükenberg.

## BIBLIOGRAFÍA

1. ROCA DE VIÑALS, R., y GALLART-ESQUERDO, A. — Comunicación III Congreso Español de Patología Digestiva y de la Nutrición (junio 1941), Libro de Actas (Comunicaciones y Discusiones), pág. 639, Madrid, 1942.
2. NOGUER-MORE, S. — Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, Barcelona, 9, 494, 1935.
3. ROCA DE VIÑALS, R., y GALLART-ESQUERDO, A. — Trabajo presentado en la Escuela de Patología Digestiva del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, sesión clínica 13 noviembre 1941, Barcelona.
4. GALLART-ESQUERDO, A. — F. GALLART MONÉS, "Patología Abdominal Clínica", pág. 107, Salvat Editores, S. A., Barcelona-Buenos Aires, 1943.
5. GALLART MONÉS, F. — "Ocho Lecciones Clínicas", quinta serie, página 9, Salvat Editores, S. A., Barcelona-Buenos Aires, 1939.
6. ROCA DE VIÑALS, R., y GALLART-ESQUERDO, A. — Cit. 1 y 2.