

parate vorgenommen; dabei konnte festgestellt werden, dass das Geschwür nur ganz selten in der Gegend des Antrums sitzt. Ebenso muss jede in der horizontalen Magengegend vorgefundene Nische Tumorverdacht erwecken.

Man ist der Ansicht, dass eine maligne Umbildung einer in dieser Gegend gelegenen Ulcusnische nur ganz selten vorkommt, wogegen es logischer erscheint, von vorneherein anzunehmen, dass es sich angesichts des klinischen und pathologisch-anatomischen Studiums bei den malignen Nischen um primär kanzeröse Nischen handelt. Bei den Geschwüren der *curvatura minor* (vertikaler Teil) konnten niemals Zeichen einer Zellatypie beobachtet werden; der Verlauf dieser Geschwüre ist an die Aktivitätsphasen, der einzelnen Schübe, die bei jeder Ulcuskrankheit zu finden sind, gebunden.

RÉSUMÉ

On a réalisé une étude macro et microscopique de toutes les pièces de résection en ulcus gastriques; il se manifeste la rare fréquence de localisation dans la région antrale, ainsi que la nécessité de considérer toute niche située dans la région horizontale de l'estomac comme suspecte de nature néoplasique.

On considère comme une éventualité très rare la transformation maligne d'une niche ulcéreuse de cette région, admettant comme plus logique, en vertu de l'étude clinique et anatomopathologique, le fait que les niches malignes aient une origine primitivement cancéreuse. Chez les ulcères de moindre courbature (portion verticale) on n'a jamais observé de signes d'atypie cellulaire et l'évolution de ces ulcères est sujette aux phases d'activité des bourgeons qui apparaissent toujours dans la maladie ulcéreuse.

NOTAS CLÍNICAS

UN CASO DE MIOMA GÁSTRICO

C. JIMÉNEZ DÍAZ, M. MORALES PLEGUEZUELO
y L. DE LARA

(Instituto de Investigaciones Médicas y Clínica Médica de la Facultad de Madrid. Prof.: C. JIMÉNEZ DÍAZ)

Hemos tenido la oportunidad de observar, y hacer el diagnóstico antes de la intervención, un caso de mioma o fibromioma gástrico, comprobándose el diagnóstico en la intervención quirúrgica. La frecuencia no excesiva de este tipo de tumores, causa de que no se diagnostiquen en muchos casos, nos hace parecer interesante su comunicación.

La historia del enfermo era la siguiente:

F. V. C. Visto por nosotros en 19-II-1940, cuando tiene 23 años. Cuando tenía solamente 16 tuvo una parotiditis seguida de orquitis unilateral; en la convalecencia tuvo vómitos repetidos que atribuyó a la medicación tomada, pero después quedó en apariencia bien hasta pasados unos tres meses en que una mañana se levantó con cefalea y mareo, así pasó todo el día, aquella noche hizo una abundante y blanda deposición totalmente negra, a la siguiente mañana una hematemesis copiosa; siguió con hemorragia, aunque ya atenuada, y la sintomatología secundaria unos ocho días. A partir de aquella fecha ha seguido teniendo hemorragias intensas, hematemesis y melenas con intervalos variables de uno-tres meses, en una ocasión hasta de seis; la melena suele durar ocho-diez días, queda débil y anémico, pero después se va restaurando y queda sin síntomas y en aparente buena salud hasta la próxima. En 1936 tuvo una muy copiosa que exigió transfusión sanguínea, y pasó luego tres años, hasta 1939, sin ningún síntoma; en X-1939 y en I-1940 dos accidentes intensos.

Aparte de las hemorragias su único síntoma es la existencia de algunos ardores, a temporadas, de media a una hora después de la toma de alimento, en epigastrio, y acidismo ascendente a veces; también algún eructo de sabor simplemente alimenticio. Ningún dolor, ni vómitos. Ligeró estreñimiento. Bien de los

restantes aparatos, a veces sensación de obstáculo a la respiración; hemorroides que sangran poco. Ningún antecedente, padres sanos y un hermano sano.



Fig. 2

En la exploración clínica no se halla ninguna anomalía de aparatos respiratorio, circulatorio, sistema nervioso, etc. La palpación abdominal es negativa, la exploración de zonas de

Mendel o de Head es negativa, no hay aumento del hígado ni del bazo. Buen color y buen estado de nutrición.

Los exámenes de sangre arrojan 5.48 millones de hematíes con V. g. = 0.98; plaquetas, 297.000; tiempo de hemorragia, 1' 20"; tiempo de coagulación (Howell), 11' en el III t. Leucocitos, 4.750. Fórmula leucocitaria: bastonados, 3;



Fig. 2

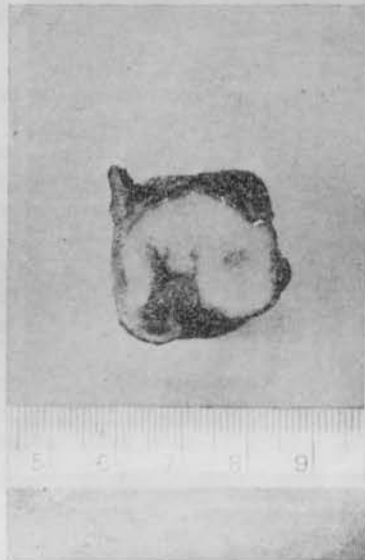


Fig. 3

segmentados, 33; total neutrófilos, 36; eosinófilos, 1; basófilos, 1; linfocitos, 50; monócitos, 12. Sin formas anormales de ninguna clase.

La exploración radioscópica permite ver un defecto de repleción en el cuerpo gástrico bien circunscrito y redondeado; la radiografía (fig. 1) reproduce perfectamente la imagen. Aparte de esta imagen no se aprecia ninguna otra alteración ni en el resto del estómago ni en otros segmentos del aparato digestivo.

El diagnóstico por la historia no podía hacerse, el enfermo no acusaba sino hematemesis de repetición y algún acidismo; exámenes del jugo que tenía hechos no habían demostrado ninguna alteración; la palpación era negativa; todo hacía pensar o en una úlcera silenciosa como en ocasiones se observan preferentemente asentadas en la curvatura menor, o en una afección extragástrica (no había historia apendicular, vesicular, renal, etc.), o en una diátesis hemorrágica (no había historia personal ni familiar de tales accidentes). La normalidad de la coagulación sanguínea y del restañamiento hemorrágico alejaban esa sospecha; pero la exploración radiológica aclaró totalmente el caso en el sentido de una tumoración circunscrita del estómago.

Sabiéndose que era un tumor gástrico de asiento parietal — ampliamente sesil, — y bien delimitado, la duda habría podido ser si se trataba de un tumor maligno o benigno. Aunque la edad no es de carcinoma, ya sabemos que excepcionalmente pueden

presentarse a esa edad; el tiempo de evolución era, sin embargo, demasiado largo y el estado general muy poco afecto. El mismo aspecto radiológico no es habitual en los carcinomas, pero podría tratarse de un sarcoma; sin embargo, era también inverosímil esta hipótesis por el tiempo de evolución; en todo caso habría podido ser un sarcoma miomatoso que clínicamente no sería diferenciable del mioma sino por su malignidad ulterior, que aquí, transcurridos ya siete años de sintomatología clara y sin ninguna metastatización, era inaceptable. La benignidad, la estricta delimitación, la forma y la situación, todo hacía pensar que era un tumor benigno, no poliposo, y por tanto con la mayor probabilidad un mioma en cualquiera de sus variedades histológicas benignas (leiomioma, leiomiobroma, adenomioma o adenofibromioma).

Entre los datos clínicos nos pareció llamativo el hecho que ulteriormente hemos visto mencionado por algún autor de la linfocitosis acentuada con leucopenia también manifiesta; asimismo la gran tendencia a las hemorragias, ya señalada por los autores como uno de los síntomas más habituales en estos casos.

Aconsejamos la intervención quirúrgica, que el enfermo tardó en realizar tres años. Ésta ha sido realizada por el doctor P. R. LEDESMA, en Cáceres,

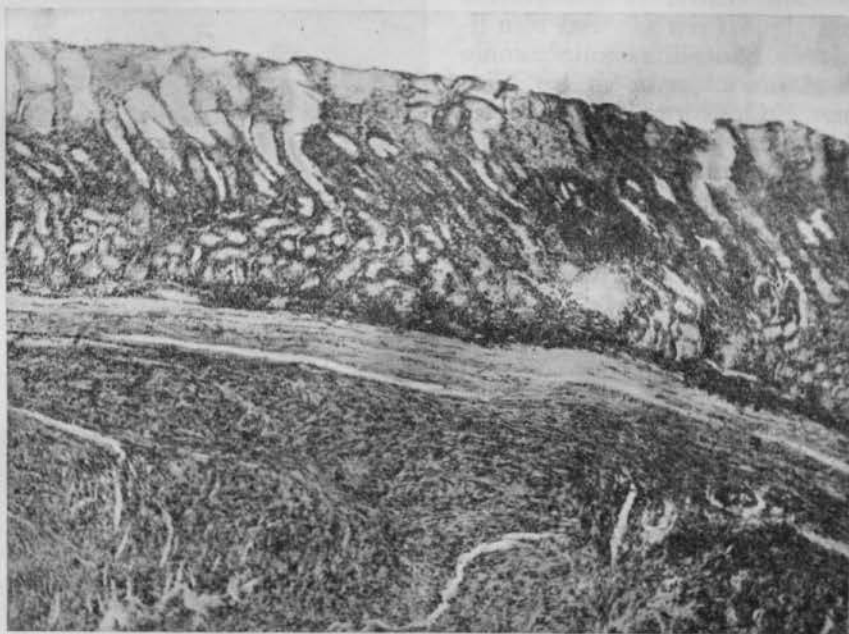
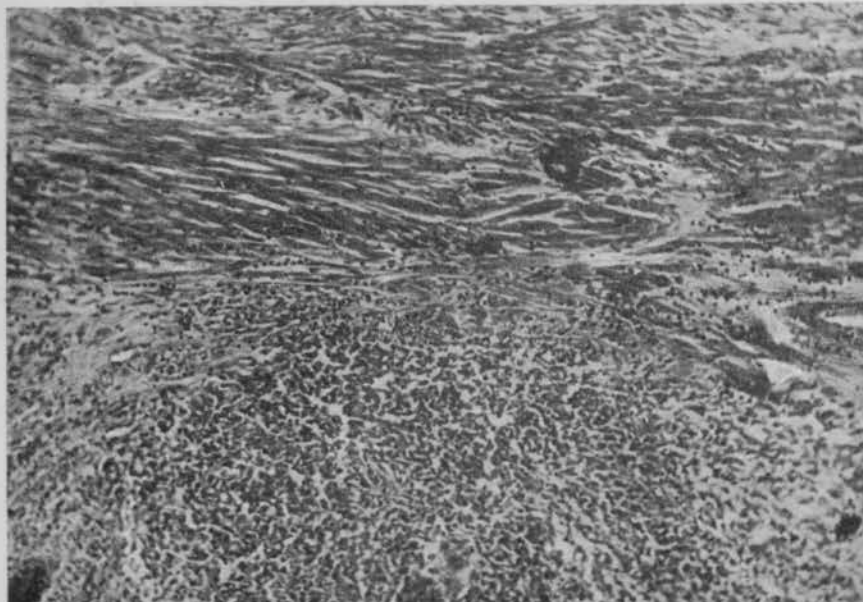


Fig. 4. — Vista a pequeño aumento, obsérvese la mucosa en un sitio en que se encuentra conservada, más abajo la *muscularis mucosae* íntegra y después el tumor que no muestra ninguna agresividad sobre esta estructura. (Aumentos aproximados: 55.)

el cual tuvo la gentileza de enviarnos la pieza para su estudio. El curso postoperatorio fué feliz y el enfermo se encuentra perfectamente desde entonces, según nos comunica dicho compañero.

El aspecto de la pieza obtenida se advierte en las figuras 2 y 3); medía 4,5 cm. de larga por 2,5 de



dos por bandas más estrechas de tejido conectivo, dando al conjunto la textura de un fibromioma, en el cual, como es lo habitual en esas tumoraciones en que la formación conjuntiva es secundaria, no suele demostrarse en los nódulos más incipientes. En este caso la diferenciación frecuentemente tan ardua de mio- y fibrocélulas, es fácil por los caracteres propios (tamaño, forma, tangibilidad con los diversos colorantes, tamaño y distribución de los núcleos, disposición de los

Fig. 5. — Los haces de fibras musculares aparecen cortados a lo largo y de través con la ordenación habitual en los leiomiomas. Se aprecia, además, infiltración difusa bastante acentuada de linfocitos. (Aumentos aproximados: 100.)

ancha y 3 de alta, con una depresión en una de sus caras desprovista de mucosa en la mitad de su extensión, que es la zona de asiento en la que la superficie es algo irregular formando salientes, pero se halla bien definida por una cápsula conjuntiva que la recubre. La consistencia es dura y en el corte se ve que la porción central es blanquecina con algunas estrías y está bien limitada, haciendo remolinos como es clásico observar en los miomas. En los cortes (figs. 4, 5 y 6) se ven las fibrocélulas de Koelliker formando haces entrecruzados en todas direcciones separa-

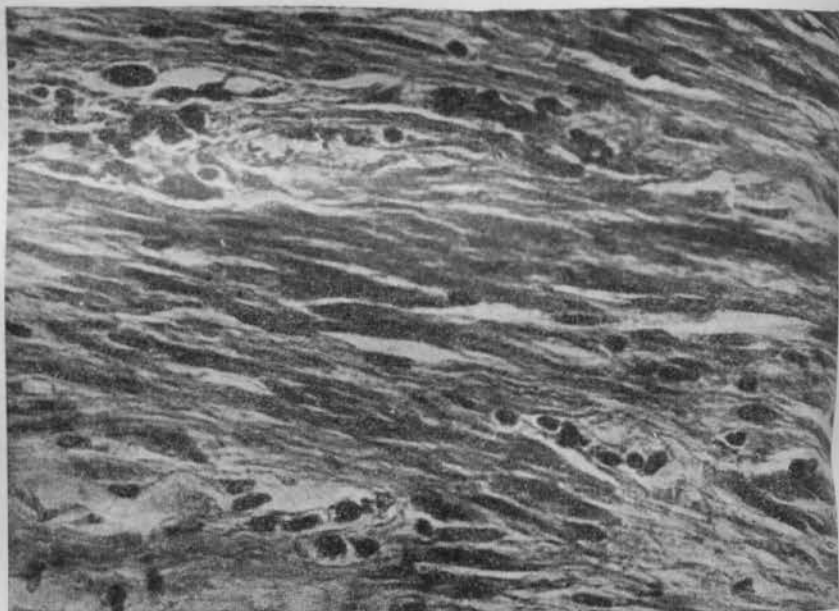


Fig. 6. — Detalle de la micro de la figura 5, con tres veces más de aumento.



haces, etc.). La proliferación tiene ciertos caracteres atípicos, que son visibles en parte en la figura 7; son éstos las desigualdades de los núcleos, unos muy largos con estrangulaciones e indicios de mitosis, otros muy gruesos que llegan casi a ser redondos, y algunas células que contienen varios núcleos. El criterio de los autores sobre la malignidad o benignidad de estos tumores por los caracteres histológicos (VON BORRMANN ¹) no es uniforme, y así que en diversas estadísticas las relaciones de miofibromas o mio-

Fig. 7. — Campo en el que se aprecian irregularidades de los núcleos que no se observan en los leiomiomas histológicamente benignos. (Aum. aprox.: 900.)

fibrosarcomas oscile entre un 2 y un 10 por ciento. La evolución que el caso ha llevado hace apoyar en este caso el criterio de benignidad a pesar de los caracteres apuntados, pero es interesante advertir un germen de malignidad que explicaría cómo algunos de estos tumores que evolucionan como benignos durante cierto tiempo dejan de serlo en un momento determinado.

No son tan raros estos tumores como generalmente se cree; NIGRISOLY (cit. KALK²), en el año 1927, ha reunido de la literatura hasta 211 casos publicados; EUSTERMAN y BALFOUR³ hacen referencia personal de 23 casos entre las diversas variedades del mioma gástrico; COLLINS y COLLINS (citado por BOCKUS⁴) revisan 1.347 tumores benignos de estómago entre los que el 39,9 por ciento eran leiomiomas; la impresión es que después del adenoma (poliposis) el mioma en sus variedades es el más frecuente tumor benigno del estómago.

En lo referente a su histogénesis, ha habido discusiones y puntos de vista diferentes. Para VIRCHOW derivaban de la musculatura gástrica; para KLEBS, LUBARSCH y otros, de la capa muscular de las arterias gástricas, y en algunos casos parece que este arranque ha podido ser directamente demostrado. Otros autores, partiendo del concepto de CONHEIM del origen disembrionario de los tumores, han sustentado la acepción de semejante origen para los fibromiomas gástricos; COHEN ya señaló uno partiendo de restos del tejido pancreático en la zona pilórica, y BEUTLER ha presentado análogos casos; se trataría de heterotopías disontogénicas en el sentido de LAUCHE (V. BORRMANN¹). Posiblemente esta hipótesis sea válida para los casos de adenofibroleiomiomas, más bien que para los miomas o fibromiomas propiamente dichos, en los que es más natural derivarlos ya de la capa muscular del estómago, ya de la de sus arteriolas; la *muscularis* mucosa en nuestro caso se ve totalmente respetada.

En lo referente a la clínica de estos tumores, lo más interesante es hacer resaltar que muchos casos cursan sin el menor síntoma, salvo las hemorragias, a veces muy copiosas e incluso fatales; otros pueden presentar acidismo, molestias disépticas vagas, y más rara vez fenómenos de índole mecánica: disfagia, o vómitos reiterados por obstrucción pilórica, por lo general intermitente condicionada por el desarrollo intragástrico del tumor. En un caso de BAUMECKER (cit. ²) se desarrolló una anemia perniciosa. La linfocitosis, y la leucopenia, sobre la cual llamamos la atención y pensamos que puede ser un síntoma de valor diagnóstico poco atendido, indicaría una posible participación más general del organismo en la diátesis de facilitación de estos crecimientos.

Por último, no solamente por la posible producción de un accidente hemorrágico mortal, sino también por su eventual malignización, deben ser operados siempre.

RESUMEN

Se comunica un caso de fibromioma gástrico diagnosticado en la clínica y confirmado en la in-

tervención, haciéndose resaltar algunos datos interesantes de la clínica y naturaleza de estas neoplasias.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 BORRMANN. — En el Hdb. d. sp. pathol. Anat. u. Histol., 1926, IV/1, pág. 815. Ed. Springer, Berlín.
- 2 KALK. — En el Hdb. d. inn. Med., 1938, III/1, 755. Ed. Springer, Berlín.
- 3 EUSTERMAN y BALFOUR. — The Stom. a. duodenum, pág. 554, 1935.
- 4 BOCKUS. — Gastroenterology, t. I, pág. 703, 1943. Ed. Saunders.

UN NUEVO CASO DE TROMBOSIS DE LA ARTERIA MESENTÉRICA

E. RODA

Clinica Médica Universitaria, Madrid
Director: PROF. C. JIMÉNEZ DÍAZ

Apenas si es posible encontrar en toda la Medicina un capítulo que, a un tiempo, presente más dificultades y exija, en un momento dado, una responsabilidad mayor al práctico y al especializado que el hacer un diagnóstico diferencial de un cuadro de abdomen agudo, encuadrándolo, con rigor, dentro de una etiología determinada, en ciertas circunstancias, especialmente cuando ya se manifiestan los síntomas de peritonitis aguda. Contrasta esto, a su vez, con el hecho de que, con gran frecuencia, las formas peritoníticas incipientes suelen pasar en la práctica desapercibidas, razón por la que estos procesos se diagnostican, en muchas ocasiones, demasiado tarde, cuando ya apenas si es posible hacer nada por la vida del paciente. En algunos casos, como ocurre en el que vamos a exponer, el diagnóstico es difícilísimo, y, a lo más, sólo puede sospecharse, dentro del rigor de una minuciosa exploración para hacer el diagnóstico diferencial entre una serie de entidades clínicas, a enjuiciar, como posiblemente responsables de tal cuadro; pero lo que sí nos es dado exigir es captar, al menos, los datos más iniciales del proceso peritoneal, su significación y su trascendencia, para, apoyados en ellos, aun no contando, en ese momento, con un diagnóstico firme y seguro, al menos proceder con rapidez, hecho que puede ser vital para el porvenir inmediato del paciente. La gran mayoría de los procesos peritoníticos son secundarios, y producidos a partir de un proceso inflamatorio de cualquiera de los órganos abdominales cubiertos por la serosa peritoneal.

Nuestro caso es como sigue:

V. C., 46 años, de Noblejas (Toledo), donde reside. Industrial. Casado.

Enfermedad actual. — Hace unos cinco años, encontrándose previamente bien, tuvo un dolor paroxístico intenso, iniciado en el epigastrio, que se irradió ligeramente hacia el hipocondrio derecho. Este dolor le duró unos cinco o seis días; no se acompañó de fiebre y sí de náuseas, sin vómitos. Las orinas, refiere el enfermo que eran encendidas y cree, si bien esto no lo precisa bien, que las conjuntivas se le pusieron un poco