

## COMPLICACIONES DE EXTERIORIZACIÓN DE LA ÚLCERA YEYUNAL DEL OPERADO GASTRICO Y POSIBILIDAD DE SU PROFILAXIA

R. CANALS MAYNER

Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Barcelona. Servicio  
Quirúrgico del DR. PUIG SUREDA

El carácter distintivo más sobresaliente en la evolución de la úlcera yeyunal del operado gástrico portador de una anastomosis gastroenterica, que diferencia sobremanera a esta lesión de la úlcera gastroduodenal primitiva, estriba en su superior tendencia terebrante hacia la exteriorización. La úlcera secundaria postoperatoria no manifiesta inclinación alguna a la curación espontánea, sino que, por el contrario, en constante progresión evolutiva, y en tiempo sumamente variable para cada enfermo, conduce a múltiples complicaciones, entre las cuales ocupan el primer lugar por su frecuencia y gravedad las perforaciones de dicha lesión.

En la clínica de estos operados gástricos, en los que tras un tiempo breve o largo de bienestar se renuevan los sufrimientos digestivos, además de sus molestias dolorosas a veces intensísimas y siempre mayores que los dolores epigástricos de la úlcera primitiva, y los síntomas dispépticos adjuntos, concurren otras manifestaciones evolutivas de la lesión, como son las hemorragias, hematemesis y melenas, vómitos, quizás signos de estenosis de la neostomía, etc.; pero, repetimos, a la cabeza de todos estos síntomas, por la gravedad que llevan, existen los signos premonitorios de la exteriorización, que culminan en la perforación ulcerosa.

En la operación de derivación más utilizada, y de ínfima gravedad operatoria, en la simple gastroenterostomía posterior transmesocólica, cuando aparece aquella lesión yeyunal, manifiesta ya desde su iniciación, una insistente marcha hacia la exteriorización. Los fenómenos de infiltración inflamatoria periulcerosa originan prontamente una retracción del mesocolon circundante, acercándose con ello al colon transverso. El mesocolon fibroso y esclerosado por aquel proceso vecino en progresión evolutiva, pasa a ser incluido en el magma que constituye la úlcera al pegarse al intestino grueso, el cual queda íntimamente adherido a la boca anastomótica.

En ocasiones esta adhesión de contigüidad se transforma en corrosión parietal; la úlcera se emporta en el colon, destruyéndole en aquella zona a sus expensas y labrando su fondo en la misma pared intestinal. El proceso infiltrativo periulceroso da lugar en muchos casos a la determinación de una estenosis en el calibre del intestino grueso afectado. Finalmente, con estenosis cólica o sin ella, la úlcera acaba perforándose en la luz del intestino, originando la fistulización gastroyeyunocólica. Esta es la complicación de exteriorización más grave y desgraciadamente la que más abunda.

No obstante, en alguno de estos operados, aun-

que con mucha menor frecuencia, la úlcera en vez de abrirse en el intestino grueso, se perfora en plena cavidad peritoneal libre, determinando el dramático cuadro del abdomen agudo.

En los portadores de una gastroenterostomía anterior precólica, que naturalmente son en escaso número, por lo poco que se realiza este tipo de intervención, la úlcera yeyunal puede asimismo adherirse a la cara anterior del colon transverso, para acabar perforándose en él, o bien puede fijarse al peritoneo de la pared abdominal anterior excavando en ésta su fondo.

La versatilidad de las características evolutivas de la úlcera de la boca anastomótica del operado gástrico, y la variabilidad de su progresión en el tiempo, son de tal imprecisión en cada enfermo que aun suponiendo el establecimiento en firme del diagnóstico de la lesión yeyunal, cosa muchas veces harto difícil, en la mayoría de casos nos faltan signos acreditativos de que la úlcera progresá hacia la perforación próxima. Lo que una úlcera de la neostomía hace en unas semanas, otra tarda meses o años en conseguirlo.

En determinadas ocasiones el síndrome se manifiesta con suficiente claridad, y la marcha clínica del sujeto es descaradamente paralela a la evolución anatomo-patológica de la lesión, y así vemos que cuando el curso en pos de la catástrofe perforativa transcurre con rapidez, la clínica indica la agudeza y persistencia de los dolores, sin apenas período intercalar de bienestar, y, que cuando, por el contrario, la evolución ulcerosa tiene lugar con lentitud, los dolores acostumbran a ser amortiguados y luegas las fases de calma.

No obstante, como contraste con estos casos en que la anatomía patológica y el síndrome clínico marchan de consuno, pudiéndose prejuzgar la evolución de la lesión; sea ésta rápida o más lenta, existen otros, por fortuna en menor número, en que la nimiedad de los síntomas iniciales no permite de ningún modo asegurar la marcha pausada del proceso, ya que con escasos signos premonitorios se produce la complicación perforativa, en buena lógica insospechable. Al lado de aquellos operados en mayoría, con un conjunto sindrómico bien evidente, en que es posible seguir las etapas de progresión de la lesión, existen, pues, otros con un cuadro dispéptico discreto, al parecer de poca monta, escasamente indicario del brusco estallido de la perforación que se avecina.

Esto puede dar razón del porqué algunos de estos enfermos vienen a nuestras manos ya perforados, puesto que en ellos la complicación de exteriorización de su úlcera yeyunal ha sido imprevisible. Sin embargo en muchos casos, ya que no en todos, existen elementos suficientes que es necesario buscar en cada uno, y que sugieren al médico avisado de la inminencia de la perforación, indicando la perentoria necesidad de actuar quirúrgicamente, anteponiéndose a la complicación perforativa segura.

Los síntomas indicativos de la probable perforación, que, como hemos dicho, aunque no son constantes, se manifiestan en gran número de casos, y que deben ser cuidadosamente investigados en cada enfermo, son los siguientes:

a) SIGNOS SUBJETIVOS. — Éstos son suministrados por la intensidad de sufrimientos del paciente. El operado gástrico que vuelve a padecer de manera insistente, continuada, con escasas o nulas temporadas de bienestar, es evidentemente un candidato próximo a la perforación, ya que la persistencia y agudeza de sus dolores indican bien a las claras la maligna intención del proceso que le aqueja, siempre dirigida hacia su exteriorización.

En casos de tal intensidad, es natural que el mismo enfermo, en busca del alivio de sus sufrimientos, reclame la terapéutica cruenta, pues sabe que es la única que puede resolver su angustiosa situación. Este imperativo de exigencia por parte del sujeto acuciado por sus padecimientos conduce muchas veces a la reintervención antes de que sobrevenga el hecho consumado de la perforación próxima.

b) SIGNOS CLÍNICOS. — Desgraciadamente no poseemos ningún síntoma directo que permita prejuzgar el peligro inminente de exteriorización ulcerosa. No obstante, en el supuesto que la lesión yeyunal, en su marcha invasora, llegue a determinar una estenosis acentuada en la luz del intestino grueso, pueden aparecer signos clínicos indirectos, indicadores de aquella inclusión y estenosis cólica, en el seno del proceso inflamatorio de las vecindades de la neostomía.

Cuando la flogosis o la infiltración periulcerosa alteran el calibre cólico, al síndrome de sufrimientos gástricos característico se superpone entonces un cuadro de suboclusión intestinal baja. La existencia de dolores cólicos, con distensión abdominal, peristaltismo visible, etc., indicadores del síndrome añadido de dificultad mecánica al tránsito por el colon, advierten de la inminencia de la perforación. En realidad la estenosis cólica no es más que la señal que marca un jalón en el camino ulceroso hacia la fistulización.

La apreciación clínica de aquella estenosis de intestino grueso, y su inmediata comprobación radiológica de fácil investigación por enema opaco, indican naturalmente la perentoria necesidad de la intervención quirúrgica, adelantándose a la inminente perforación de la úlcera yeyunal en el seno del colon transverso.

c) SIGNOS RADIOLÓGICOS. — Tampoco la radiología acostumbra a suministrar ningún dato directo indicativo de la marcha de la úlcera yeyunal en pos de su exteriorización. Pero, en cambio, proporciona signos indirectos que se repiten en muchos de estos enfermos y que poseen un valor extraordinario.

El proceso infiltrativo de corrosión hacia el fondo que es característica peculiar de la lesión de las proximidades de la boca anastomótica, al originar aquella fijación del colon, incluyéndole en el proceso inflamatorio periulceroso, hasta llegar en ocasiones a la determinación de una estenosis en el diámetro de su luz, es evidente que marca un estadio en la progresión de la enfermedad, seguidamente al cual tendrá lugar la perforación, y es en aquel momento cuando la radiología nos puede prestar poderosa ayuda. El simple enganchamiento del intestino grueso, su adherencia a la boca anastomó-

tica, la infiltración de sus paredes y, en último extremo, la estenosis en su luz, cuando el fondo de la úlcera, todavía no perforada, corre e invade las túnicas del colon, exteriorizándose a sus expensas, verdadera etapa parietal preperforativa, se manifiestan inicialmente por signos radiológicos que se hace imprescindible buscar en cada enfermo.

En el caso más avanzado, cuando se ha llegado a fraguar una estenosis en el colon transverso invadido, el examen radiológico por enema opaco muestra la existencia de aquella estenosis en la luz intestinal, precisamente en lugar superpuesto a la boca anastomótica. El colon en vez de colgar y desplegarse normalmente, aparece retráido y angulado hacia arriba, por lo común en el tercio distal, donde precisamente existe una dificultad de paso a la papilla. La región es siempre dolorosa a la presión.

Aumentando la presión y la cantidad de líquido opaco del enema, se consigue por lo común vencer el obstáculo, traspasado el cual vuelve a llenarse normalmente el intestino, hasta el ciego. Entonces puede visualizarse la imagen lacunar irregular, por falta de repleción en la zona afecta; basta administrar un poco de papilla por ingesta para apreciar su superposición a la neostomía.

Cuando aquella dificultad en el paso es ligera por ser todavía escaso el estrechamiento de la luz cólica, o cuando, sin existir aún verdadera estenosis, hay solamente aquel pegamiento del intestino grueso con infiltración parietal consiguiente, que es precisamente el momento en que la clínica no puede suministrar más que escasos datos de difícil valoración (aumento y persistencia de los dolores ulcerosos), en cambio el enema opaco, siempre combinado con el tránsito de mucosa por ingesta para localizar la boca anastomótica, indica entonces la existencia de alteraciones en la posición, forma y contorno del colon, de un valor extraordinario.

En vez de su aspecto normal en guirnalda colgante, el intestino grueso aparece atraído en dirección ascendente, escasamente móvil o fijo en una zona donde se percibe una rigidez, con dolor a la presión, con desdibujamiento del contorno y quizá con disminución en el calibre de su luz, o con apelotonamiento en las proximidades de la boca anastomótica, manifestaciones radiológicas demostrativas de la adherencia ulcerosa a la pared intestinal.

Aun sin llegar a aquellos extremos en que ya se inicia la estenosis intestinal y, por lo tanto, la papilla al llegar al tercio externo del colon transverso queda detenida breves momentos, para pasar seguidamente de modo brusco a través de una zona constreñida, donde el dibujo del contorno ha perdido su forma normal, desapareciendo las haustras, para convertirse en un conducto irregular de corto trayecto más o menos estrechado, seguidamente al cual vuelve el líquido opaco a expandirse normalmente; aun, repetimos, en el caso en que todavía no exista la estenosis, puede en aquella zona de elección, que corresponde precisamente a la proyección de la boca anastomótica, el colon aparecer fijado, rígido, deformado en su contorno normal, siendo imposible su despliegue y provocando allí

la presión un dolor selectivo, mientras que, naturalmente, el resto del intestino grueso permanece libre, móvil, indoloro y con silueta normal. No ha tenido lugar todavía una alteración sensible en el calibre intestinal, que incluso es posible que no llegue siquiera a producirse, pero se manifiesta ya de modo ostensible por el enema opaco a la pantalla el enganchamiento del colon transverso a la neostomía ulcerosa.

Estos signos radiológicos indirectos, demostrativos de la estenosis o de la simple adhesión cólica en el magma periulceroso de la boca anastomótica, establecen, pues, una orientación pronóstica, previniéndonos del próximo peligro de la perforación y de la necesidad de la indemorable intervención del cirujano.

De todo ello se deduce el gran valor que poseen las posibles alteraciones del colon transverso en el ulceroso yeyunal, respecto a la profilaxis de sus complicaciones de exteriorización, así como la necesidad de la observación periódica por enema opaco del intestino grueso, en todo gastroenterostomizado que presente nuevos trastornos, por leves que éstos parezcan, si queremos llegar a tiempo de proceder a un tratamiento adecuado, antes de que sobrevenga la temible perforación ulcerosa.

En el año 1942, en la monografía que sobre *Patología del operado del estómago* publicamos conjuntamente con RAMENTOL, exponíamos nuestras modestas ideas sobre las complicaciones de exteriorización de la úlcera de la boca anastomótica del gastroenterostomizado o del resecado gástrico, elaboradas en el crisol de la experiencia del Servicio Quirúrgico de nuestro malogrado maestro doctor CORACHÁN, durante un período de tiempo, desde el año 1922 hasta aquella fecha. Habían entonces pasado por nuestro quirófano 45 enfermos afectos de úlcera de la neostomía: 43 gastroenterostomizados y 2 resecados.

Entre los primeros, 7 llegaron a nosotros ya en fase perforativa, con fistulización de la lesión en el colon transverso. No habíamos observado ninguna otra clase de exteriorización ulcerosa.

Transcurridos dos años en el momento actual de la publicación de aquella obra, nos ha parecido oportuno verificar un análisis retrospectivo de aquellas complicaciones perforativas de los ulcerosos de la neostomía, asistidos en este interregno, desde el año 1942 hasta la fecha, en el Servicio Quirúrgico del doctor PUIG SUREDA, en busca de elementos de estudio que nos obligasen a añadir o a rectificar algo en nuestra anterior manera de pensar expuesta en aquella monografía, sobre las características de exteriorización de la úlcera yeyunal del operado gástrico. Durante estos dos años hemos visto 20 úlceras de la boca anastomótica; 17 en gastroenterostomizados y 3 en resecados. En estos últimos hemos operado una perforación circunscrita en pared abdominal anterior, y entre los primeros hubo 2 perforaciones en cavidad peritoneal libre, una de ellas reincidente, y 6 fistulizaciones en colon transverso.

Si reunimos en un conjunto la totalidad de enfermos observados, vemos que en 22 años han sido operados en nuestro Servicio:

65 úlceras de la boca anastomótica.	
60 gastroenterostomizados.	13 fistulizaciones en colon. 2 perforaciones en cavidad peritoneal libre
5 resecados gástricos . . .	1 empotramiento en pared abdominal.

De la simple observación de estas cifras puede deducirse que las complicaciones de exteriorización fueron casi privativas del gastroenterostomizado simple, siendo excepcionalmente raras en el resecado gástrico. Naturalmente, esta ausencia de perforaciones en la úlcera yeyunal del gastrectomizado aduce un dato más al panegírico de la operación radical de resección.

En los 20 enfermos operados en el Servicio en los dos últimos años hubo, pues:

Una perforación tabicada en pared abdominal anterior en un resecado gástrico.

Dos perforaciones en peritoneo libre, en gastroenterostomizados, una de ellas iterativa.

Seis perforaciones en colon transverso, originando la fistulización gastroyeyunocólica, todas ellas en simples gastroenterostomizados.

Procuraremos hacer un estudio resumido de todas estas complicaciones perforativas.

#### A) PERFORACIÓN DE LA ÚLCERA YEYUNAL EN PERITONEO TABICADO

Aunque se describen casos de perforaciones de la lesión ulcerosa secundaria en peritoneo tabicado, provocando perivisceritis graves que pueden abocar a supuraciones localizadas, nosotros no hemos tenido ocasión de ver ninguno. Únicamente existe en nuestra casuística un enfermo con empotramiento de la úlcera de la neostomía en la pared abdominal anterior, cuya historia resumimos.

R. J. J., de 42 años de edad, casado, jornalero, con residencia en Canals (Valencia), de donde es oriundo.

Ingresa en el Hospital, en el Servicio de Patología Digestiva del Profesor GALLART, en febrero de 1944.

De la historia de dicho Servicio extractamos los siguientes datos:

Hace ocho años empieza a padecer del estómago, por temporadas de sufrimientos de 15 ó 20 días, alternando con otras de bienestar de 2 a 3 meses. El dolor epigástrico aparecía a las dos o tres horas de haber comido y calmaba momentáneamente con una nueva ingestión o con polvos alcalinos. Nunca vómitos. Iba bien de vientre.

En el año 1942 fué operado por su úlcera gástrica, ignorándose qué intervención le fué practicada; sólo dice el sujeto que duró dos horas. Se encontró bien unos 40 días, transcurridos los cuales de nuevo volvió a sufrir, con dolores muy intensos, localizados esta vez en hipocondrio izquierdo, con irradiaciones hacia atrás, y con cierta interdependencia de las comidas. El dolor era continuo, con escasa relación con las comidas y no calmaba con los alcalinos. Alguna vez vómitos acuosos que disminuían sus molestias. Ello obliga a los seis meses de la primera operación a ser reintervenido de nuevo, desconociendo también cuál fué la técnica utilizada, ya que sólo sabe que esta vez la operación duró tres horas. No obstante, a pesar de esta nueva tentativa quirúrgica, consecutivamente a ella, quedó con las mismas molestias que después de la primera vez.

Persistieron los dolores de igual localización, con intensidad suma, que le obligaron a abandonar el trabajo. De cuando en cuando, un vómito abundante, a veces con residuos alimenticios atrasados, aliviaba las molestias. Perdió el apetito y enflaqueció seis kilogramos.

Ingresa en este estado el 3 de febrero de 1944.

**Exploración clínica abdominal.** — Presenta dos cicatrices paralelas en la región media supraumbilical, y otra cicatriz transversal perpendicular a aquéllas en su parte media, dirigida hacia la izquierda.

**Exploración radiológica.** — 8 de febrero de 1944.

**Tránsito gástrico.** — Existe una gastroenterostomía. No puede visualizarse el duodeno, que probablemente está excluido. Asa eferente yeyunal estenosada, que permite el vaciamiento

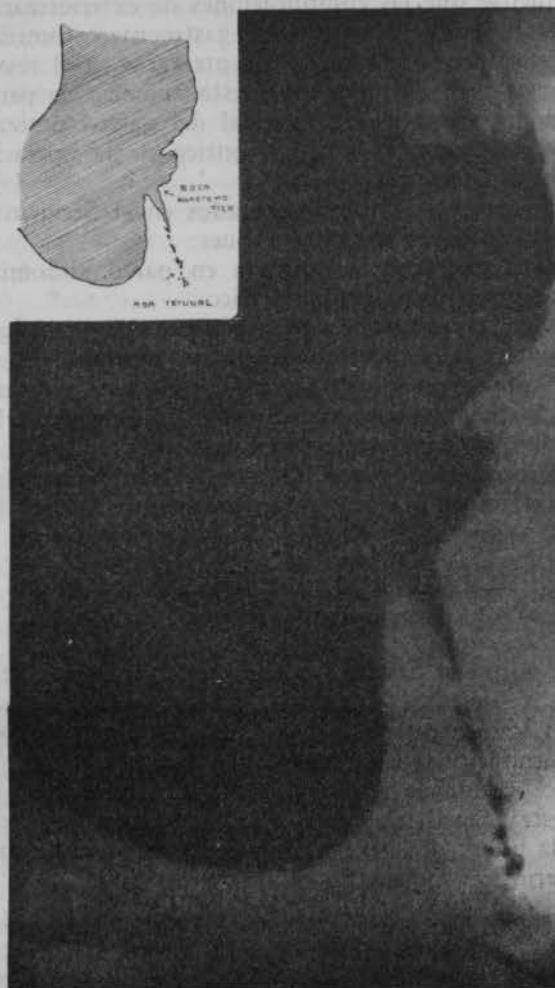


Fig. 1. — Gastroenterostomía. Estenosis del asa eferente yeyunal, que permite el vaciamiento gástrico con mucha dificultad, en forma de estrecho filete, debido probablemente a la intensa perivisceritis originada por una úlcera de la boca anastomótica.

gástrico con mucha dificultad, y en forma de filete estrecho, debido probablemente a la existencia de perivisceritis en la boca anastomótica (fig. 1).

El enema opaco demuestra que el colon es normal en llenarse, se despliega bien y permanece alejado del proceso de la neostomía.

**Gastroskopía.** — Doctor VIDAL COLOMER. Introducido el gastroskopio a fondo no se ve nada que pueda parecer el antró pilórico. Se observa una pequeña abertura que se dilata de vez en cuando muy ligeramente, en forma de embudo, y que parece una cavidad ulcerosa, pero que debe corresponder en realidad a la boca anastomótica fija e inextensible.

**Diagnóstico.** — Probable úlcera de la boca anastomótica en un resecado gástrico, que determina una estenosis de la neostomía.

Es trasladado a nuestro Servicio para ser operado.

**Intervención quirúrgica.** — Operador: Doctor PUIG SUREDA. 16 de febrero de 1944.

Laparotomía media supraumbilical siguiendo la antigua cicatriz. Tejido celular subperitoneal edematoso. Hígado fijado a la pared. Asas intestinales adheridas al lado izquierdo de la pared. Al proceder a su liberación, se observa que existe una

úlcera en la boca anastomótica cuyo fondo se halla excavado y perforado en la misma pared abdominal anterior, en el lugar correspondiente a aquella cicatriz de incisión transversal. Cortando los bordes, el fondo ulceroso se deja pegado al peritoneo parietal, siendo pincelado con yodo. Prosiguiendo la liberación de las adherencias, se consigue despegar la cara anterior del estómago, que estaba fuertemente adherida al borde inferior del hígado. Una vez separado el yeyuno con el orificio ulceroso, se observa que la anastomosis enterogástrica es precólica, en cara anterior del estómago. Existe una amputación del antró pilórico. Colon libre normal. Liberado el contorno ulceroso y desenganchado el yeyuno del estómago, se consigue restablecer la luz del intestino delgado por una sencilla sutura transversal. Resección gástrica amplia. Se busca el extremo duodenal, que se logra aislar en extensión suficiente para utilizarlo en el restablecimiento del tránsito digestivo, y se practica una gastroduodenostomía terminoterminal (Billroth I).

Tras un curso postoperatorio normal, es dado de alta curado. 6 de marzo de 1944.

Este ulceroso fué operado del estómago el año 1942, pero tras unos 40 días de bienestar volvió a sufrir, indiscutiblemente con mayor intensidad, y por ello fué reintervenido quirúrgicamente a los seis meses. Por lo que se refiere a la técnica utilizada en las dos operaciones consecutivas, debemos basar su conocimiento en conjeturas deducidas de la tercera y última operación. Probablemente le fué verificada primero una gastroenterostomía por úlcera piloroduodenal, y luego, atribuyendo sus nuevos sufrimientos a la persistencia del primitivo proceso ulceroso, se le realizó una antrectomía limitada para respetar la boca anastomótica baja. De hecho se ha demostrado más tarde que probablemente lo que aquejaba al enfermo era ya la úlcera de la neostomía y que, por lo tanto, aquella resección gástrica tímida respetando la neostomía anterior fué una técnica errónea que más bien contribuyó a empeorar la lesión.

En efecto, persistió el síndrome ulceroso y además aparecieron vómitos acentuados en último lugar, por haberse fraguado una intensa perivisceritis que condujo a una estenosis de la boca anastomótica.

La intensidad de los dolores, su constancia y su escasa relación con las comidas queda suficientemente aclarada por la corrosión parietal de la lesión al invadir el peritoneo abdominal anterior. Al ser reoperado por tercera vez comprobamos, en efecto, que la úlcera ha fraguado su fondo a expensas de la pared del abdomen, hecho facilitado por llevar el paciente una anastomosis gastroyeyunal precólica anterior. Esto explica también el porqué el enema opaco demostraba que el colon permanecía indemne y alejado de la lesión. La úlcera yeyunal llevó su tendencia corrosiva exclusivamente hacia adelante, incrustándose en la pared, manifestándose por una sintomatología limitada a la fuerte intensidad de los dolores, a los que, por la existencia de la estenosis concomitante, se añadieron los vómitos.

Abandonado el fondo ulceroso en la pared del abdomen, una vez liberadas las adherencias que la intensa perivisceritis determinaba por doquier, se deshizo la gastroenterostomía, conservando suficiente continuidad parietal en el yeyuno para poder restablecer su luz con una simple sutura transversal. Seguidamente se procedió a la amplia gastrec-

tomía, terminando con una anastomosis termino-terminal gastroduodenal.

Este es el único caso de nuestra casuística de un gastrectomizado cuya úlcera yeyunal secundaria ha evidenciado poseer una tendencia perforativa, empotrándose en pared abdominal anterior, en exteriorización tabicada; era portador de una resección muy limitada y llevaba además una anastomosis gastroyeyunal precólica en cara anterior del estómago, lo cual ha facilitado su adhesión parietal.

#### B) PERFORACIÓN DE LA ÚLCERA YEYUNAL EN CAVIDAD PERITONEAL LIBRE

La perforación de la úlcera de la boca anastomótica en cavidad peritoneal libre, con determinación del cuadro de abdomen agudo, es otra complicación de exteriorización de escasa frecuencia. Entre nuestros enfermos hay únicamente dos y uno de ellos reincidente. Resumimos sus historias.

**OBSERVACIÓN 1.<sup>a</sup>** — J. P. V., de 50 años de edad, jornalero, natural de Zaragoza.

Ingresa en nuestro Servicio por primera vez el 21 de abril de 1942, y por segunda vez el 24 de septiembre de 1944.

**Historia resumida.** — Antecedentes familiares y personales sin valor apreciable.

Desde hace más de 16 años que viene sufriendo del estómago por temporadas, con un síndrome de dolores epigástricos tardíos, a la hora o más de la ingesta, que aliviaban con la nueva ingestión o con alcalinos, y en tiempos posteriores también con el vómito provocado. Pasaba épocas de bienestar, alternando con fases de dolor.

Buen apetito. Estreñimiento ligero. Fué medicado y sometido a régimen en distintas ocasiones, pero por su posición económica le era difícil seguir una pauta terapéutica, y o bien porque las molestias cedían o mejor por cansancio o imposibilidad material, abandonaba prontamente las reglas impuestas por el médico.

En diciembre de 1936, ante la intensidad de las molestias, decidió operarse, siéndole realizada una intervención (probablemente una gastroenterostomía) por un médico particular.

Seguidamente a la operación pasó dos años bien, al cabo de los cuales repitieron de nuevo las molestias epigástricas. Por temporadas volvió a padecer dolores de aparición irregular, frecuentemente tardíos, con algún vómito de hipersecreción. Asimismo tuvo hasta seis melenas, alguna de ellas bastante importante, en intervalos de tiempo que se le hace difícil precisar. A fines del año 1941, las molestias se acentuaron, con dolores más fuertes y persistentes que de costumbre, con vómitos muy ácidos y abundantes. A principios del año 1942 los dolores se hicieron constantes, hasta que el día 21 de abril tuvo una crisis abdominal intensísima, con dolor cataclísmico, vómitos hemáticos y rápido empeoramiento, que obligó a que fuese trasladado rápidamente al Hospital.

Atendido por el Servicio de Urgencia, fué operado por el doctor MASOLIVER. De la hoja operatoria extraemos los siguientes datos:

**Diagnóstico clínico.** — Abdomen agudo por perforación gástrica de unas 12 horas, en un antiguo operado del estómago.

**Intervención quirúrgica.** — Laparotomía supraumbilical. Aparece el abdomen lleno de líquido, que es aspirado. El enfermo lleva una gastroenterostomía. Perforación de una úlcera de la boca anastomótica, situada en el asa yeyunal frente a la boca gástrica, o sea en el ángulo diedro que forman el asa aferente y eferente. El orificio, de pequeño tamaño, es suturado con facilidad, sin alterar la luz de la neostomía. Estómago grande, con úlcera piloroduodenal, al parecer estenosante. Colon transverso normal.

Tras un curso postoperatorio sin grandes accidentes, es dado de alta a los dos meses. Se expone con claridad la situación al enfermo, indicándole la necesidad de ser reoperado para llegar a una curación radical mediante la exéresis de su lesión, pero se niega de momento a ello, pues se encuentra bien y, natu-

ralmente, alega otras circunstancias: necesita reforzarse, ha de trabajar, etc.

Insistimos en la necesidad de que no pierda el contacto con nosotros para continuar en observación y tratamiento, y al efecto le hacemos acudir periódicamente a nuestra consulta y a la de Patología Digestiva del doctor GALLART.

Desgraciadamente, como era de esperar, tras unos meses de bienestar, en que no vemos al enfermo, éste acude nuevamente, indicando vuelve a tener grandes molestias y dolores epigástricos de aparición irregular. En 3 de noviembre del año 1942, una exploración radiológica realizada en el Dispensario de Patología Digestiva, suministra los siguientes datos: "Boca anastomótica de la gastroenterostomía que funciona correctamente. También existe vaciamiento por el piloro, observándose una deformación duodenal tipo *ulcus*. Perivisceritis alrededor de la boca. En mucosa no puede observarse nicho alguno."

Sigue medicándose más o menos, acudiendo unas veces al Dispensario de Digestivo y otras veces a nosotros, persistiendo el síndrome de dolores irregulares intensos con vómitos biliosos frecuentes. Buen apetito. Enflaquecimiento. Una y otra vez le repetimos la necesidad de ser reoperado, cosa que es rechazada por el enfermo.

En marzo próximo pasado, o sea hace unos seis meses, le practicamos un enema opaco, para visualizar colon a la pantalla, y obtenemos los datos siguientes: "Recto y colon se llenan bien, hasta llegar a la mitad del colon transverso, donde tiene lugar una momentánea detención de la papilla, vencida al proseguir el examen. A este nivel la luz del colon aparece deformada, por probable perivisceritis, ya que el intestino permanece elevado y fijo, determinándose dolor a la presión en aquel punto." Naturalmente, insistimos al enfermo en que debe operarse con cierta urgencia.

Finalmente, hace unos 15 días, vencido por el dolor y sus molestias más que por nuestras admoniciones, ingresa en el Servicio de Patología Digestiva, para allí ser preparado para la operación.

De la historia suministrada por aquel Servicio extraemos los siguientes datos:

"Fecha de ingreso, 11 de septiembre de 1944. Enfermo muy emaciado, pálido. Buen apetito. Evacuación diaria normal. Dolores epigástricos intensos, irradiados hacia el hipocondrio izquierdo, irregulares en aparición y no influenciados por la ingesta. Algun vómito bilioso.

A la exploración clínica, clapoteo en ayunas.

A rayos X: 13-IX-1944. Gastroenterostomía, perivisceritis. Dilatación del asa aferente. La evacuación tiene lugar a partes iguales por el piloro y por la boca anastomótica. En asa eferente, a escasa distancia de la boca anastomótica, imagen diverticular de pequeñas dimensiones, que bien podría ser una falsa imagen por perivisceritis o un *ulcus* péptico en dicha región.

En otras exploraciones verificadas el día 16 y el 19 se comprueba de nuevo la perivisceritis y dilatación del asa eferente, sin que pueda precisarse la existencia de un nicho ulceroso.

Seguidamente a su ingreso se coloca el enfermo en reposo en cama, dieta láctea, lavados gástricos, atropina, etc.

El día 24-IX-1944. Dolor abdominal agudísimo. Vientre de madera. Pasa a la Sala de Operaciones."

Con un cuadro de abdomen agudo, instaurado hace unas seis horas, es intervenido de urgencia por el doctor ARNALDRICH.

De la hoja operatoria extraemos los siguientes datos:

**Diagnóstico clínico.** — Abdomen agudo por perforación iterativa de una úlcera de la boca anastomótica.

**Intervención quirúrgica.** — Laparotomía supraumbilical. Abundante cantidad de líquido gástrico en cavidad libre. Un magma de adherencias, hace difícil orientarse y penetrar hasta la boca anastomótica. En las maniobras de liberación adhesiva, al tirar del yeyuno, éste se desgarra a partir de la perforación, separándose de la boca de la neostomía. El orificio perforativo radicaba, pues, en yeyuno. El colon transverso aparece por delante íntimamente pegado a la úlcera, al extremo que su fondo está esculpido en la pared cólica. Se separa el colon del orificio de la neostomía, sin que exista lesión perforativa del intestino. Se ha realizado pues una desgastroenterostomía. Aparece imposible la resección yeyunal, por cortedad del asa eferente, y como, por otra parte, la continuidad entre el asa aferente y la eferente se conserva por un puente parietal bastante bueno, se decide practicar una sutura transversal restable-

ciendo la luz yeyunal. Se deja abandonado el fondo ulceroso en el colon. El orificio gástrico, estenosado y de bordes escorzosos, se cierra con doble sutura, después de asegurarse de que el piloro es permeable. Se recubre con epiplon el colon con el fondo del úlcus.

El curso postoperatorio es desfavorable. El enfermo fallece a los 5 días, con un cuadro de ileo por peritonitis, que no es posible vencer a pesar de apurar todos los recursos.

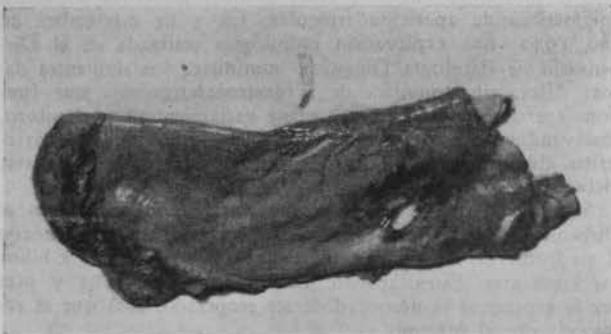


Fig. 2. — Pieza de necropsia de un gastroenterostomizado fallecido a consecuencia de una perforación iterativa de una úlcera yeyunal, en peritoneo libre. Estómago visto por su cara posterior, con el antro pilórico a la derecha, donde puede observarse la antigua cicatriz de su úlcera yuxtapilórica. La úlcera yeyunal que ocasionó la perforación en cavidad peritoneal libre había determinado una estenosis de la boca anastomótica cuyo orificio aparece muy reducido de tamaño. Alrededor del mismo existe gran infiltración que corresponde a la zona que permanecía adherida al colon transverso, donde la lesión había llegado a socavar su fondo.

*Necropsia.* — Peritonitis circunscrita en el fondo de saco de Douglas, donde un asa ileal cercana al ciego ha venido a pegarse, determinando una acodadura y obstrucción mecánica, ya que las asas situadas por encima aparecen muy distendidas.

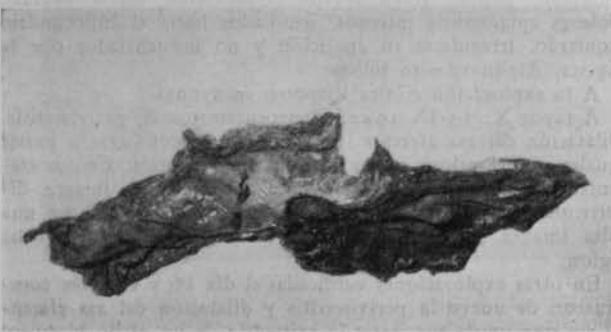


Fig. 3. — Pieza de necropsia del mismo enfermo anterior. Colon transverso visto por su cara externa, después de su apertura longitudinal en canal y despliegue consiguiente. Obsérvese el fondo de la úlcera terebrante empotrado y esculpido en la pared cólica, al mismo tiempo que la estriatura del calibre intestinal en el área periulcerosa.

y el segmento ileal por debajo, aparece de calibre normal. Absceso subfrénico izquierdo, con abundante cantidad de pus. Sutura yeyunal en buen estado, con luz intestinal permeable. Sutura del orificio gástrico en buen estado, adherida a epiplon y colon transverso. Estómago grande, con úlcera piloroduodenal estenosante, pero con piloro permeable. Separado el estómago del colon, se aprecia la huella socavada del fondo de la úlcera esculpido en la pared cólica sin que llegue a perforar su luz (figs. 2 y 3).

Se trata, pues, de un ulceroso piloroduodenal que, gastroenterostomizado ha ocho años, tras un período de bienestar de dos años de duración, vuelve de nuevo a sufrir con un síndrome epigástrico irregular, con vómitos y melenas. Se ha establecido una úlcera de la boca anastomótica que sangra y

que acaba perforándose en cavidad libre en abril de 1942. La sutura simple de la perforación salva al enfermo, pero como la lesión persiste se indica al sujeto la necesidad que tiene de reoperarse, para practicar una intervención radical: gastrectomía con extirpación de la boca anastomótica. El paciente, como de momento se encuentra bien, rechaza esta nueva operación.

Se le insiste en diferentes ocasiones para que se opere, ya que su úlcera, que ha sangrado y se ha perforado, manifiesta claramente una progresión evolutiva, que indudablemente no fué detenida por el fenómeno de la perforación y consiguiente sutura. Tal sucede, en efecto, pues tras unos escasos meses de bienestar vuelve a sufrir. Practicado un enema opaco, se demuestra que el colon transverso, que permanecía libre e indemne y, por consiguiente, alejado del proceso ulceroso en la primera laparotomía, se halla ahora, por el contrario, incluido en el mismo. Se establece, pues, la necesidad ineludible e imperiosa de la reintervención, y convencido más por sus molestias que por nuestra dialéctica, el enfermo ingresa de nuevo en el Hospital, donde, en plena preparación preoperatoria, vuelve la úlcera a perforarse en cavidad peritoneal libre, ocasionando un abdomen agudo. Es operado entonces de urgencia, realizándose una desgastroenterostomía, con sutura gástrica y sutura yeyunal, pero, a pesar de todo, fallece al poco por peritonitis.

El proceso ulceroso de este enfermo ha demostrado desde su iniciación una incombustible evolución progresiva: intensidad del síndrome epigástrico, vómitos de hipersecreción, melenas y, por último, la primera perforación. La sutura salva de momento la situación, pero pronto el proceso recidiva; aquí, como en el ulcus gastroduodenal simple, la perforación indica una agudeza del proceso, pero nunca una tendencia a la curación; la perforación y subsiguiente sutura no han curado, pues, la úlcera. La lesión continúa evolucionando y, en su tendencia terebrante, adhiere a la pared cólica socavando en ella, hasta constituir el fondo ulceroso en la misma pared del intestino grueso. No obstante, la úlcera vuelve a perforarse, pero no lo hace en colon sino de nuevo en la cavidad peritoneal libre.

La corrosión de la pared cólica por la úlcera, demostrada primero radiológicamente y más tarde en la última operación y en la pieza de necropsia, que sabemos no existía en la primera intervención por perforación y que, por consiguiente, fué fraguada en el último interregno, no alcanzó todavía a resquebrajar la continuidad de la mucosa, ni tan siquiera llegó a alterar de modo ostensible el calibre de la luz intestinal. En consecuencia, no existían manifestaciones clínicas de fistulización o de obstrucción, pero en cambio se apreciaban ya evidentes signos radiológicos. El enema opaco demostraba la fijación, irregularidad de replección y las alteraciones de situación y contorno, así como el dolor provocado, en el tercio medio del colon transverso, evidentemente incluido en el proceso periviscerítico de la boca anastomótica. Este dato, por sí sólo, imponía la urgente operación de resección, a la que desgraciadamente no pudo llegarse. El empoder-

tramiento ulceroso en el colon y la corrosión de su pared indudablemente hubiesen terminado en la fistulización entre el estómago y el intestino grueso de no haber encontrado la úlcera más expedito el camino de la cavidad peritoneal.

Nos parece, pues, éste un caso ejemplar, demostrativo de la importancia que poseen las alteraciones cólicas visualizadas por enema opaco en la pantalla radiosópica, en la úlcera yeyunal del operado gástrico, en marcha ininterrumpida hacia la exteriorización.

OBSERVACIÓN 2.<sup>a</sup> — M. L. R., de 29 años de edad, casado, natural de Archena (Murcia), tranvía.

Ingresa en nuestro Servicio con un cuadro de abdomen agudo, en 24 de septiembre de 1943.

*Historia resumida.* — A los 14 años comenzó a presentar un síndrome epigástrico, con ardores y dolores tardíos, a las dos o tres horas de la ingesta, por temporadas. Calmaba el dolor con la nueva ingesta y con alcalinos. En septiembre del



Fig. 4. — Operado de perforación en peritoneo libre de una úlcera yeyunal en un gastroenterostomizado. Sutura de la perforación. El estómago vacía a la vez por el piloro y por la neostomía. La evacuación por la boca anastomótica se realiza normalmente, rellenándose inmediatamente el yeyuno, sin que pueda apreciarse signo directo ulceroso alguno.

año 1938, hematemesis y melena abundantes. El 17 de diciembre de 1938 fué intervenido quirúrgicamente, practicándose una gastroenterostomía.

Seguidamente a la operación pasó siete meses bien, pero luego vuelven a aquejarle molestias epigástricas por temporadas de dos a tres meses mal y cuatro o cinco de bienestar. Dolores epigástricos de horario variable, irradiados hacia el hipocondrio izquierdo, que a veces calmaban con alcalinos y otras persistían.

En 23 de septiembre, bruscamente dolor abdominal generalizado e hiperagudo, a las dos de la madrugada.

A las 5, ó sea a las tres horas, es trasladado al Hospital, donde, diagnosticado de perforación gástrica, es intervenido por el médico de guardia doctor MASOLIVER.

*Intervención quirúrgica.* — Perforación de una úlcera yeyunal en un gastroenterostomizado. Perforación pequeña en el asa eferente yeyunal, a unos cinco centímetros de la neostomía, que es suturada fácilmente, sin estenosar el intestino.

Curso postoperatorio sin accidentes.

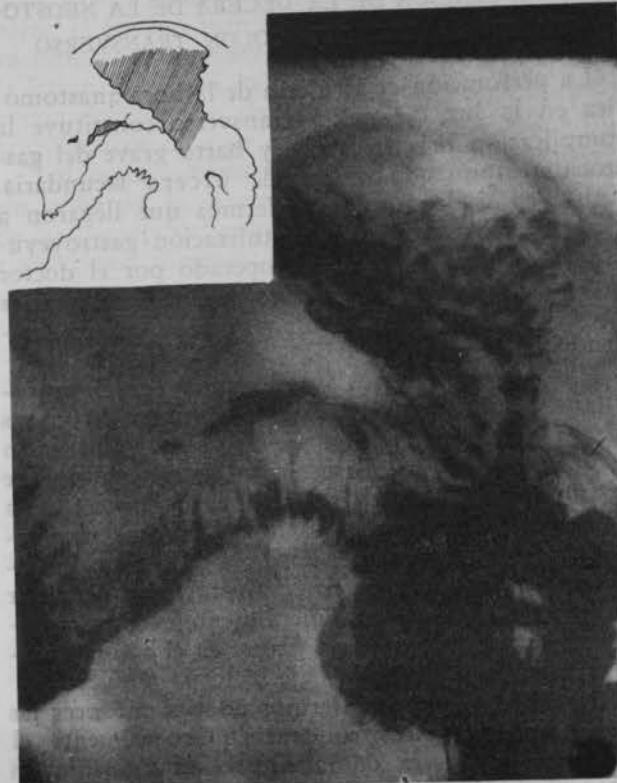


Fig. 5. — El mismo caso anterior. El enema opaco demuestra que el colon transverso se halla atraído hacia la neostomía, donde aparece apelotonado y adherido. Ausencia de signos clínicos.

El 13 de octubre es dado de alta curado, sin ninguna molestia, pero antes le realizamos un examen radiológico, que suministra los siguientes datos: El estómago vacía a la vez por el piloro y por la neostomía. La evacuación por la boca anastomótica se realiza normalmente, rellenándose inmediatamente el yeyuno, donde se observan lesiones perivisceríticas notables. No se puede visualizar signo directo ulceroso alguno. El enema opaco demuestra la atracción del colon transverso hacia la neostomía, donde aparece apelotonado y adherido, sin dolor a la presión (figs. 4 y 5).

Se indica al enfermo la conveniencia de su periódica asistencia al dispensario adjunto, para seguir una vigilancia asidua, aunque repetimos que no acusa ninguna molestia.

Desde entonces hasta el momento actual hemos visto al enfermo a menudo, y se encuentra bien.

Se trata, pues, en este caso de un gastroenterostomizado que, afecto de una úlcera yeyunal, ha presentado una perforación de dicha lesión en peritoneo libre. La tendencia terebrante de su afección de la neostomía ha culminado en la efracción en la cavidad peritoneal, que ha podido resolverse por simple sutura. El enema opaco demuestra la adherencia del colon transverso a la boca anastomótica, englobado en el proceso inflamatorio periucleroso. Creemos que en este caso, de no presentar molestias, puede transigirse con una expectación armada condicionada por una observación periódica, clíni-

ca y sobre todo radiológica. Por el contrario, si el enfermo vuelve a sufrir, signo evidente de que la úlcera prosigue en su evolución, deberá ser reintervenido nuevamente para efectuar la resección ulcerosa antes de que sobrevenga la complicación de exteriorización en la luz del colon contiguo.

### C) PERFORACIÓN DE LA ÚLCERA DE LA NEOSTOMÍA EN LA LUZ DEL COLON TRANSVERSO

La perforación de la úlcera de la boca anastomótica en la luz del colon transverso constituye la complicación más frecuente y harto grave del gastroenterostomizado afecto de úlcera secundaria. Existe en 6 de nuestros enfermos que llegaron a nuestras manos en plena fistulización gastroyeyunocólica. Uno de ellos fué operado por el doctor PRIM y curó. Los otros cinco fueron intervenidos por el doctor PUIG SUREDA y curaron cuatro, muriendo uno.

Como ya expusimos anteriormente, en el gastroenterostomizado la úlcera de la neostomía con sus particulares características de invasión y corrosión profunda, con la consiguiente determinación de una intensa perivisceritis a su alrededor, provoca la retracción del mesocolón, atrayendo sobre sí al intestino grueso, al que no tarda en adherirse, esculpiendo su fondo en la pared cólica, para terminar perforándose en su luz. Generalmente es el asa yeyunal eferente la que se pega y abre en el colon transverso.

La clínica de estos enfermos adopta entonces las características típicas conocidas. Generalmente el síndrome de úlcera de la neostomía aumenta en intensidad; el sujeto sufre constantemente, con un fondo de dolor sordo persistente, jalónado con exacerbaciones estridentes, hasta que en un momento dado aparecen diarreas anteriormente inexistentes. Prontamente se instaura la triada sintomática típica: diarreas luentéricas, eructos o vómitos de olor fecaloideo y demacración más o menos rápida.

Aunque comúnmente no falta aquella sintomatología dolorosa premonitoria *in crescendo*, algunas veces, no obstante, hemos visto aparecer la diarrea sin grandes manifestaciones prodrómicas subjetivas.

Cuando ya se ha fraguado la comunicación anormal entre el estómago y el colon, por lo común persiste el dolor ulceroso constante o tal vez intensificado. En efecto, a veces con posterioridad al establecimiento de la fistula los fenómenos de perivisceritis concomitante al acentuarse pueden provocar una estrechez en la luz del intestino grueso y, claro está, entonces a los sufrimientos propios de la lesión desencadenante se añaden fuertes dolores cólicos, pudiéndose llegar a la obstrucción de la luz intestinal y al consiguiente síndrome superpuesto del ileo mecánico bajo.

Sin embargo, en algún enfermo sucede todo lo contrario, ya que al fraguarse la fistulización desaparecen los dolores.

Sea con síndrome violento indicario o sea, por el contrario, más suave, el sujeto se da cuenta de que verifica varias deposiciones al día, sobre todo

postprandiales, de carácter diarreico, conteniendo alimentos groseros sin digerir, muy líquidas, fétidas, ácidas, escasamente pigmentadas, indoloras a veces y otras acompañadas de dolores cólicos inmediatos a la ingesta. Los alimentos, particularmente los líquidos, pasan directamente al intestino grueso y son expulsados seguidamente, observándose los restos no digeridos en la deposición flúida. El paciente se desnutre y demacra con rapidez, pierde el apetito, presenta eructos de olor fecal y regurgitaciones o vómitos fecaloideos.

Esta diarrea, que primitivamente había sido interpretada como motivada por el paso directo del contenido gástrico a través de la fistula hacia el intestino grueso, parece que en la actualidad se cree mayormente ocasionada por el reflujo del contenido del colon hacia el tracto gastrointestinal superior. Así se explica el porqué en estos casos existe siempre diarrea, que puede en cambio faltar en los enfermos afectos, por el motivo que fuere, de una fistula exclusivamente gastrocólica, sin participación yeyunal. Ello da también una explicación de la existencia de sujetos en los que la fistulización no presenta aquellas características de agudeza y gravedad tan llamativas en rápida evolución hacia la demacración y estercorémia. Son aquellos enfermos en los cuales la fistulización gastroyeyunocólica es relativamente mejor tolerada y el cuadro clínico no es tan aparente; en tales casos hay que suponer que la comunicación entre aquellas vísceras se verifica de modo valvular, de forma que por un hecho mecánico especial es más fácil el paso desde el estómago y yeyuno al colon, siendo en cambio difícil el reflujo inverso. Esto, que a veces tiene buena comprobación radiológica, observándose con facilidad la comunicación anormal por tránsito de arriba abajo, y no siendo en cambio posible visualizarla por enema de abajo arriba, da buena razón del porqué en estos determinados enfermos puedan existir pocas diarreas y menor estercorémia, resintiéndose menos el estado general y permitiendo una superior supervivencia.

Cuando la fistulización no presenta aquel carácter valvular, entonces la emaciación rápida, la deshidratación inherente y la estercorémia conducen a un desenlace fatal en breve plazo.

Por el mismo mecanismo de englobamiento periviscerítico puede originarse una estenosis del asa yeyunal de la neostomía, sobreviniendo entonces un síndrome de obstrucción intestinal alta, que naturalmente viene a complicar de modo exacerbado la gravedad propia de la fistulización intervisceral.

La exploración clínica del abdomen de estos enfermos acostumbra a suministrar escasos datos. Existe siempre una resistencia parietal a la palpación, con dolor a la presión en la zona periumbical correspondiente a la proyección de la neostomía, percibiéndose a veces un plastrón en forma de tumoreación difusa, profunda y dolorosa.

La radiología muestra la inmediata explicación de la diarrea, ya que seguidamente a la ingesta se observa que la papilla pasa directamente desde el estómago al colon, llenando al intestino grueso. Asimismo el enema opaco acostumbra a demostrar la comunicación en sentido contrario, penetrando

desde el colon al estómago y al yeyuno. No obstante, en ocasiones las cosas no aparecen con tanta claridad, haciéndose la demostración de la comunicación anormal ciertamente difícil, consiguiéndose únicamente a base de exámenes repetidos.

Ya hemos señalado anteriormente que por una disposición peculiar en válvula de la fistula, puede suceder que no sea visualizada por enema, y en cambio ello se obtenga fácilmente por ingesta, o viceversa.

Existe un medio muy simple que acostumbra a dar una rápida demostración de la existencia de la fistula lientérica: consiste en la sencilla insuflación de aire por el recto, el cual es expulsado seguidamente por la boca. Si esto se verifica bajo la pantalla radiológica, se observa la inmediata formación de una gran cámara de aire gástrica, que vacía a sacudidas, por eructos repetidos. Si se introduce una sonda de Wangensteen, por vía nasal, hasta el estómago, y se sumerge su extremo oral en un vaso de agua, se observa que a cada insuflación rectal se origina un intenso burbujeo en el agua del vaso, achicándose la cámara de aire gástrica.

El examen coprológico directo, químico o microscópico, informa en último extremo de la existencia de la fistula lientérica.

Una vez establecido el diagnóstico, hay que proceder sin dilación al tratamiento quirúrgico, dirigido a la supresión de la fistulización, que, de persistir, conduce rápidamente al enfermo que la padece en pos de un fatal desenlace.

Concedemos una importancia excepcional a la cuidadosa preparación preoperatoria, de la cual puede depender en gran parte el éxito del tratamiento quirúrgico, que en individuos en tal estado aparece de pronóstico justificadamente sombrío. Estos enfermos acostumbran a llegar a nuestras manos en pleno declive orgánico, en fase de agudización de su lesión inflamatoria, desnutridos, deshidratados, con profunda intoxicación estercorémica, y lógicamente la intervención quirúrgica a que deben ser sometidos, que implica una técnica compleja y prolongada, presenta en aquel terreno tan misérísmo una acusada gravedad. Por ello, durante un plazo necesariamente breve, pero desde luego imprescindible, procuramos remontar su estado general para ponerles en las mejores condiciones posibles de soportar la actuación del cirujano. Recurrimos a las transfusiones sanguíneas repetidas, a las grandes inyecciones de suero fisiológico o glucosado por venaclisis o por vía subcutánea, a la administración de vitaminas, tónicos cardiovasculares, etc., limitando toda alimentación a la ingestión de leche, sueros derivados, horchata de almendras, etc.

Al mismo tiempo, para conseguir una sedación de los fenómenos inflamatorios agudos de su lesión evolutiva, obligamos al estricto reposo en cama, con calor local y diatermia. En busca de disminuir en lo posible el microbismo que pulula en las vísceras sobre las que hay que manipular al operar al sujeto, verificamos lavados gástricos, enemas de limpieza y administrámos ademas derivados sulfamídicos de las guanidinas. Tras unos breves días de estos cuidados preoperatorios, cuando juzgamos que he-

mos alcanzado un momento óptimo de realce del sujeto, nos lanzamos a la operación.

El tratamiento quirúrgico de la fistula gastro-yejunocólica tiene en su haber una elevada mortalidad postoperatoria, si bien es la única terapéutica eficiente que puede llevar a la curación. La operación a que han de ser sometidos tales enfermos es de técnica difícil y de larga duración, y, por otra parte, el terreno bien misero. La técnica quirúrgica va dirigida a la supresión de la fistula extirpando la lesión, mediante la resección gástrica y yeyunal, previa desconexión del colon perforado, cuyo orificio fistuloso debe ser suturado.

Tal es la mínima intervención en teoría, pero, sin embargo, la mayor parte de las veces el estado de las paredes del colon incluidas en el proceso periviscerítico ulceroso hacen imposible la refección de la luz intestinal por simple sutura; los bordes del orificio fistuloso cólico están esclerosados y frecuentemente en las maniobras de disección se desgarran, originando pérdidas de substancia parietal y, además, muchas veces aquella zona intestinal queda con una vascularización precaria, por lesión quirúrgica de la arteria cólica; como se comprende, aquellos tejidos se presentan nada propicios a la sutura, debiéndose entonces forzosamente recurrir a la resección del tramo de intestino grueso afectado.

La triple resección gástrica, yeyunal y del colon transverso, verificadas en un sujeto en tan precarias condiciones, implican una clara explicación del peligro inmediato a que es expuesto el enfermo, en tal operación.

Entre nuestros casos tenemos dos que fueron resueltos con aquella triple exéresis, curando ambos; otros tres sufrieron la gastrectomía y resección yeyunal, pudiéndose suturar el orificio cólico, y curaron dos, falleciendo el tercero por shock operatorio y hemorragia. Finalmente, tenemos un enfermo en el que se verificó la resección yeyunal y cólica y, en cambio, se respetó el estómago, volviendo a restablecer el tránsito digestivo por su vía pilórica normal; lleva más de dos años de operado y permanece curado.

Vamos únicamente a exponer con detalle la historia de uno de nuestros operados, que difiere en algún punto del cuadro tipo corriente.

L. C. F., de 42 años de edad, natural de Barcelona, casado, empleado. Ingresa en nuestro Servicio el 8 de enero de 1943. **HISTORIA RESUMIDA.** — Desde hace unos 12 años, que le aqueja un síndrome epigástrico tardío, con dolor a las tres horas de la ingesta, que calmaba comiendo o con alcalinos y que aparecía por temporadas, con intervalos de meses de bienestar. A principios del año 1938, debe provocarse el vómito frecuentemente para calmar sus molestias. Los vómitos son abundantes y de hipersecreción.

En junio de 1938 fué operado, realizándose una gastroenterostomía. Tras la operación, pasó dos años bien, sin molestias, haciendo vida normal.

Pasado este tiempo aparecen de nuevo dolores epigástricos, que se presentan sin horario fijo, antes o después de las comidas, irradiados hacia el hipocondrio izquierdo, que calmaban con alcalinos, y que duran poco menos de un mes, alternando con unas semanas de bienestar. Desde entonces hasta diciembre de 1942, ha persistido con aquellas molestias, que carecen de horario fijo, que duran unas semanas o un mes dejando espacios intercalares de calma de uno o dos meses (a lo más cuatro meses), que primeramente aliviaban toman-

do alcalinos, debiendo últimamente provocarse el vómito si quería verse libre de ellas. Cuando ha seguido un régimen alimenticio muy severo, se han aminorado sus trastornos, pero raras veces ha podido adaptarse a él y en general come de todo. Buen apetito. Deposición diaria normal.

Un examen radiológico practicado el 10 de octubre de 1939, demuestra la existencia de un nicho en el asa eferente yeyunal de la gastroenterostomía. La boca anastomótica funciona bien. Existe además una deformación de bulbo duodenal, tipo

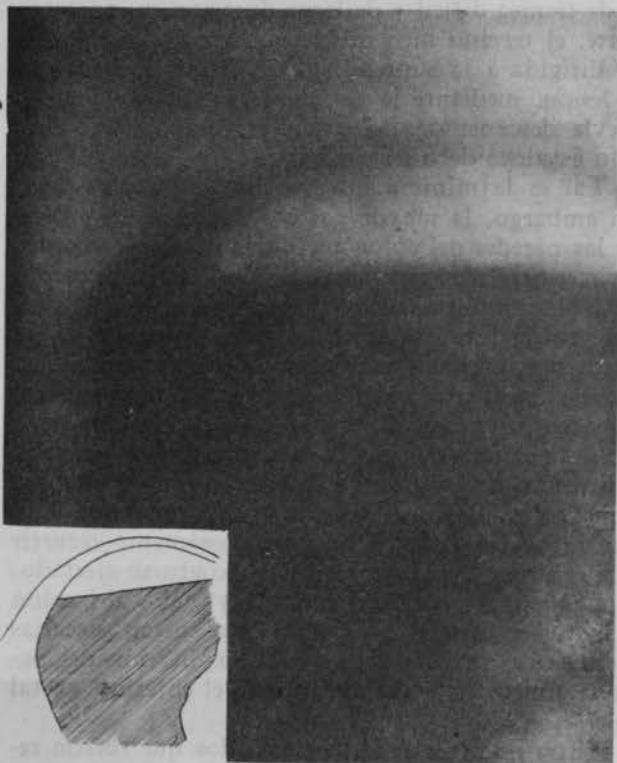


Fig. 6. — Fistula gastroyeyunocólica, en un gastroenterostomizado, afecto de una úlcera yeyunal exteriorizada. Cámara de aire gástrica con visión directa del estómago, sin estar el enfermo en ayunas.

ulcus con peridiodenitis. (Este examen radiológico fué realizado por un competente especialista de la ciudad.)

En el mes de diciembre de 1942, otro examen a los rayos X, verificado por otro radiólogo distinto, mostró los siguientes datos, que extraemos del dictamen correspondiente: Estómago deformado por la anastomosis entérica, que funciona normalmente. La presión a este nivel provoca dolor y la neostomía aparece fija. Evacuación gástrica rápida. El tramo cólico a nivel del transverso está dilatado por el gran contenido de gases; hacia el tercio izquierdo se encuentra adherido a la región intervenida, no observándose movilidad a la presión. Dicho radiólogo termina con la siguiente orientación diagnóstica: Íleo incompleto por estenosis en el tercio izquierdo del colon transverso, debido a adherencias y probable proceso de perivisceritis.

Con escasas molestias por pasar una buena temporada, unos días antes de Navidad, presenta unos eructos fétidos y aparece una diarrea lientérica. Coincidiendo con unas vagas molestias en todo el vientre, se le administra una enema, tras de la cual las diarreas se acentúan. A los tres meses presenta unos vómitos estercoráceos, durante un día, que se repiten a los tres días, perseverando las deposiciones lientéricas diarias.

En este momento, con buen apetito y bastante buen estado general, ingresa en nuestro Servicio.

No presenta diarreas ni vómitos. Tiene apetito y va de viente una sola vez al día, con deposición de aspecto macroscópico normal. Ningún dolor ni molestia. Ha adelgazado considerablemente.

Exploración clínica abdominal negativa. Palidez manifiesta y enfaquecimiento, sin que llegue a la emaciación.

Radiología al poco de su ingreso. Sin previo ayuno, existencia de un nivel en la parte alta del estómago, con cámara

de aire reducida (fig. 6). Se le hacen ingerir algunos sorbos de papilla, observándose un vaciamiento inmediato por la neostomía, rellenándose el asa yeyunal. No se observa evacuación pilórica. Tampoco se logra que la papilla pase al colon. No obstante, la insuflación por el recto demuestra el instantáneo paso del aire al estómago cuya cámara de aire se ve aumentar considerablemente, obligando al eructo (fig. 7). Colocando una delgada sonda por vía nasal, hasta el estómago, y dejando el pabellón sumergido en un vaso de agua, se observa que seguidamente a cada insuflación rectal, se produce un intenso burbujeo en el vaso, achicándose la cámara de aire gástrica. Nuestra intención era ver si se podía apreciar el burbujeo a la pantalla desde colon a estómago, lo cual no pudo lograrse.

**Diagnóstico.** — Fistula gastroyeyunocólica, como complicación de exteriorización de una úlcera yeyunal en un gastroenterostomizado.

**Tratamiento.** — Intervención quirúrgica. Operador: doctor PUIG SUREDA. 29 de enero de 1943.

Laparotomía media supraumbilical. Estómago grande. En su cara posterior y gran curvadura, existe una masa infiltrada adherida al colon, que corresponde a la anastomosis gastroyeyunal. Sección del asa yeyunal eferente y de la aferente, que se dejan fijadas a la pieza patológica, mientras se realiza la anastomosis término-terminal yeyunal. Ante la posibilidad de una simple sutura lateral del colon, para mejor manipular en la región de la fistula, se deja éste para el último tiempo. Duodeno estenoso. Gastrectomía amplia y restablecimiento de la continuidad digestiva, por gastroduodenostomía término-terminal (Billroth I). Con la pieza de resección ya en la

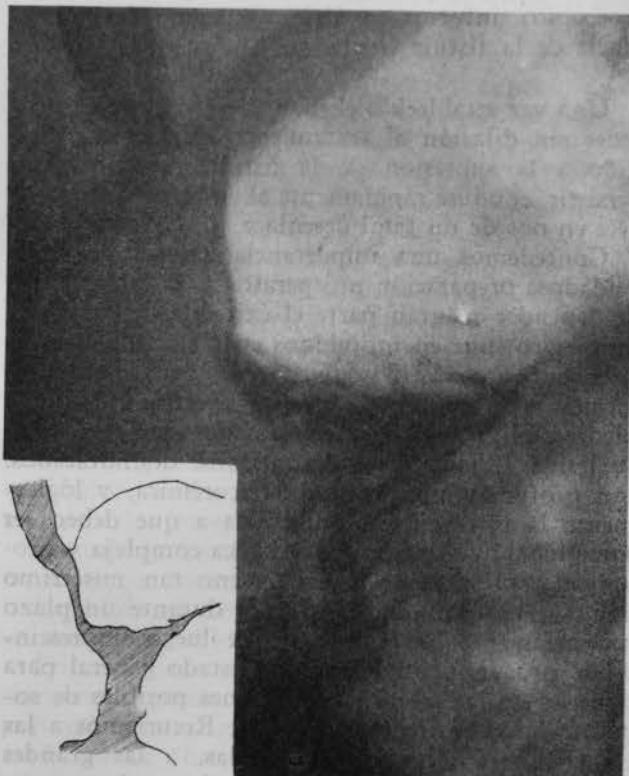


Fig. 7. — El mismo enfermo anterior. Obsérvese el gran aumento de la cámara de aire gástrica, seguidamente a la insuflación de aire por el recto, evidenciando así la anormal comunicación cologástrica.

mano, se desprende el colon del estómago y yeyuno extirpados, quedando una abertura de 3 centímetros de diámetro en su pared, que puede suturarse, sin necesidad de recurrir a la resección.

Seguidamente a un curso postoperatorio sin accidentes, es dado de alta, curado, el 23 de febrero de 1943.

Hemos escogido este caso entre nuestros enfermos porque presenta características especiales, distintas del cuadro típico anteriormente expuesto, que hacen su estudio sumamente interesante. Se trata

de un sujeto operado de gastroenterostomía, por úlcera duodenal, que a los dos años vuelve a sufrir, con un síndrome claro de úlcera en las proximidades de la neostomía, cuya lesión se comprueba por visualización directa de un nicho yeyunal a la pantalla radioscópica. Tres años más tarde, en los cuales no le han abandonado sus padecimientos digestivos por temporadas, un nuevo tránsito radiológico demuestra que la lesión de la neostomía, en su evolución progresiva constante, se ha pegado al colon transverso, originando una discreta estenosis en la luz intestinal que por el momento no ha dado lugar a manifestaciones clínicas ostensibles.

Prosiguiendo en su marcha pausada, pero impermeable, hacia la exteriorización, la úlcera yeyunal acaba fistulizándose en el intestino grueso, apareciendo la típica diarrea y los eructos fecaloideos, sin aparatosidad alguna. Precisamente en el momento de iniciación del síndrome lientérico pasaba el enfermo por una temporada de bienestar. Han faltado, pues, en este caso los signos subjetivos premonitorios de la perforación, ya que la fistulización ha sobrevenido en una fase de calma de sus molestias dolorosas. En cambio, la radiología ha suministrado datos evidentes de una estenosis cólica que todavía no había producido manifestaciones clínicas. El enganchamiento y estrechamiento del colon transverso en el proceso periviscerítico de la neostomía indicaban bien claramente que se avecinaba la perforación.

Otro dato notable en este sujeto es el que se refiere a la ausencia de sufrimientos, una vez establecida la fistulización, a pesar de la existencia concomitante de aquella estenosis de intestino grueso.

Finalmente, llama también la atención que la fistula gastroyeyunocólica ha sido en este enfermo bastante bien tolerada, de modo que cuando ha acudido a nosotros, a pesar de llevar más de un mes de su establecimiento, su estado general no ofrece muestras de aquella desnutrición y agotamiento clásicos. Probablemente por ser el orificio fistuloso de pequeño tamaño, o mejor por presentar aquella disposición valvular que antes hemos detallado, la comunicación intervisceral no era constante, gozando de largas y frecuentes interrupciones; así se explicaría la relativa benignidad del síndrome, con escasa diarrea, conservación del apetito, discreto enflaquecimiento y bastante buen estado general, así como también la dificultad que hubo en visualizar el trayecto fistuloso a la pantalla radiológica.

Éste fué, pues, un caso de excepción, en que a pesar de existir la fistula gastroyeyunocólica, el enfermo acudió al quirófano en bastante buenas condiciones.

Del estudio de nuestros operados pueden deducirse las enseñanzas siguientes:

1.º La úlcera yeyunal del operado gástrico portador de una anastomosis gastroenterítica presenta una acusada tendencia a exteriorizarse, perforándose en el colon vecino, caso el más frecuente (30 por ciento de nuestros enfermos), o en peritoneo libre con mayor rareza (10 por 100) y excepcionalmente en peritoneo tabicado (5 por 100).

2.º La perforación tiene lugar preferentemente en la úlcera yeyunal del simple gastroenterostomizado (50 por 100 de nuestros casos), ocurriendo con menor frecuencia en los resecados gástricos (33 por 100).

3.º La inminencia de la perforación ulcerosa en la luz del colon transverso puede manifestarse por síntomas subjetivos, clínicos y radiológicos. Estos últimos poseen una excepcional importancia y se obtienen por el estudio mediante el enema opaco, combinado al tránsito por ingesta, de las relaciones del intestino grueso con la boca anastomótica. El pegamiento e inclusión del colon en el proceso periviscerítico de la neostomía señalan una etapa en la exteriorización ulcerosa seguidamente a la cual sobrevendrá la perforación y el consiguiente establecimiento de la fistula gastroyeyunocólica.

4.º El tratamiento quirúrgico, única terapéutica curativa, adolece de una gravedad considerable. Por ello no es necesario encarecer la importancia de aquellos signos premonitorios que permiten intervenir quirúrgicamente al enfermo antes de que estalle la complicación perforativa, ejerciendo una terapéutica cruenta profiláctica.

#### ZUSAMMENFASSUNG

1. Das Ulcus jejunalis des Magenoperierten mit einer Gastro-enterostomie hat eine ausgesprochene Tendenz, zu rezidivieren. Am häufigsten perforiert es in das benachbarte Colon (in 30 % unserer Fälle), seltener in das freie Peritoneum (10 %) und nur ausnahmsweise in abgeschlossene Bauchfellteile (5 %).

2. Die Perforation findet vor allem bei der einfachen Gastroenterostomie (50 %) und weniger bei der Magenresektion statt (33 %).

3. Der baldige Durchbruch in das Innere des Colon transversus kündigt sich durch subjektive, klinische und roentgenologische Symptome an. Letztere sind besonders wichtig und werden mit Hilfe des Kontraseinlaufes nachgewiesen, gleichzeitig damit nimmt man einen Teil des Breies per ingesta, um so die Beziehungen des Dickdarms mit dem Anfang der Anastomose besonders deutlich darzustellen. Die Verklebung und Inclusion des Colons mit dem perivisceralen Prozess der Neostomie sprechen für eine in Entwicklung befindliche Ulcusphase, auf die baldigst eine Perforation mit Zustandekommen der entsprechenden Gastro-jeuno-colon-Fistel folgt.

4. Die einzige Behandlung, die zur Heilung führen kann, ist der chirurgische Eingriff, der in solchen Fällen sehr schwer ist. Man darf deshalb die vorausgehenden Symptome, die den Eingriff in Form einer prophylaktischen Operation, bevor der komplizierende Durchbruch erfolgt, nicht unterschätzen.

#### RÉSUMÉ

1. L'ulcère du jejunum de l'opéré gastrique avec anastomosis gastro-entérique, présente une tendance très accentuée à s'exterioriser, se perforant dans le colon voisin, cas le plus fréquent (30 % de nos

malades) ou dans le péritoine libre plus rarement (10 %) et exceptionnellement dans le péritoine taillé (5 %).

2. La perforation a lieu de préférence dans l'ulcère de jéjunum du simple gastroenterostomisé (50 % de nos cas), et plus rarement dans les resserrages gastriques (33 %).

3. L'imminence de la perforation ulcéreuse dans la lumière du colon transversal, peut se manifester par des symptômes subjectifs, cliniques ou radiologiques. Ces derniers possèdent une importance exceptionnelle et sont obtenus au moyen de l'étude de l'énème opaque — combiné au transit par ingestion — des relations du gros intestin avec la bouche anastomotique. L'union et inclusion du colon dans le processus periviscéritique de la néostomie, signalent une étape dans l'exteriorisation ulcéreuse; à la suite viendra la perforation et l'établissement tout naturel de la fistule gastro-jéjunale-colique.

4. Le traitement chirurgical, unique thérapeutique curative, présente une gravité considérable. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire d'insister sur l'importance de ces signes prémonitoires qui permettent de réaliser une intervention chirurgicale, avant que la complication perforative arrive, exerçant une thérapeutique sanglante prophylactique.

sobre esto sería tarea ardua y poco práctica, aunque sí intentaremos dar ideas claras de aquellos puntos que nos sirvan de pauta para la interpretación del caso que vamos a estudiar.

**ANAFILAXIA.** — Las manifestaciones morbosas de la anafilaxia fueron ya observadas por el fisiólogo MAGENDIE en 1839, LANDOIS y HAYEM (1885-1890), KOCH en 1890 con la tuberculina, ARLOING y COURMONT (1891), FLEXNER (1894), RICHET con HERICOURT (1898); pero hasta el año 1902 no se desarrolla el concepto en que otra vez RICHET con PORTIER, operando con extracto de actíneas, nota que al reinyectarle a los 22 días, en lugar de encontrar inmune al animal de experimentación (perro), observan el cuadro de polipnea, respiración superficial, vómitos, insensibilidad, etcétera, estado especial que le denominan anafilaxia (del griego *contra-protecter*).

Al año siguiente se dió un gran paso con los trabajos de ARTHUS, que describe el fenómeno que lleva su nombre, el cual, repitiendo las inyecciones sucesivamente en el conejo se produce edema, respuesta ganglionar, con induración y hasta necrosis, lo que pone de manifiesto que estos fenómenos no están ligados a la acción tóxica directa de la substancia empleada, como suponían RICHET y PORTIER, sino a una disposición particular del animal a la presencia de ellas. Este fenómeno de Arthus nos explica la anafilaxia local, que, según la concepción establecida por KLINGE y apoyada por FRÖHLICH en sus experiencias sobre el mesenterio de la rana, sería debido a las alteraciones vasculares con el consiguiente trastorno circulatorio inmediato, dilatación vascular focal, con trasudación y producción de edema, terminando con necrosis por la destrucción de los elementos celulares, sumándose en los casos de gran sensibilidad hemorragias. Pero la alteración hemorrágica se hace más patente en el fenómeno de Sanarelli-Schwartzman, en el que un conejo recibe una inyección intradérmica de caldo de cultivo de una bacteria, e inyectando en vena la desencadenante a las 24 horas, se produce en el lugar de la primera alteración de preferencia hemorrágicas.

Después de los trabajos de ARTHUS siguen una serie interminable de investigaciones, las de NICOLLE, FRIEDEMANN, OPIE, SMITH, ROSENAU y ANDERSON, etc., de los que se deduce que el fenómeno de la anafilaxia está integrado por varios hechos: especificidad, sensibilización mantenida durante varios meses, necesidad de un intervalo de diez a doce días entre la inyección sensibilizante y la desencadenante, sumándose la prueba experimental de la sensibilización de la musculatura uterina en el cobaya de Schulz-Dale.

Con esto, ya se puede definir la anafilaxia como un estado de sensibilidad debida a la existencia de anticuerpos anafilácticos en el organismo.

Para explicar el mecanismo por el cual se produce la crisis anafiláctica se han propuesto infinidad de teorías, desde la primitiva de RICHET pasando por la de FRIEDBERGER, DOERR, VON PIRQUET, SCHICK y NICOLLE, BESREDKA con VAUHGAN y WHEELER, en la que esboza la participación celu-

## LAS HEMOPTISIS FULMINANTES CON LANZAMIENTO MÍNIMO DE SANGRE

M. SANTOS DE COSSIO

Patronato Nacional Antituberculoso. Sanatorio Provincial de Asturias, Boñar (León). Médico Director: DR. M. SANTOS DE COSSIO

Las diversas comunicaciones efectuadas sobre estos cuadros son las que justifican la conservación del título reseñado, ya que muchas veces la hemoptisis no es mínima, sino abundante, y en otras la muerte no es tan rápida como se señala. Pero conviene sostener este enunciado porque con él no nos referimos a las hemoptisis fulminantes, con gran cantidad de sangre, en las que se produce una verdadera sangría del enfermo matándole en un plazo más o menos largo y que se presentan en la neumonía caseosa cuando el *caseum* se vacía rápidamente, o en los más raros, de aneurismas de Asmussen en las cavernas crónicas.

El haber tenido un caso en el Sanatorio que dirijo y el conocer otros similares en enfermos no tuberculosos, es lo que me mueve para intentar explicar el mecanismo patogénico de los mismos.

Para ello es conveniente hacer antes unas breves consideraciones sobre anafilaxia y alergia, siguiendo los conceptos modernos de la escuela americana representados por COCA y las ideas de RÖSSLER, MEYMBURG, ICKERT, JIMÉNEZ DÍAZ, SÁNCHEZ CUENCA, etc., pues una revisión de todo lo escrito