

## UN CASO DE DIVERTICULO DE ANGULO DUODENO-YEYUNAL

T. GUIASOLA PÉREZ

Gijón.

Con los progresos de la radiología y el estudio sistemático ante la pantalla de los enfermos digestivos, los divertículos duodenales ya han pasado de la fase en que eran considerados como afección sumamente rara y diagnosticable, la mayor parte de las veces sólo por la autopsia. Sin embargo, su mayor rareza de presentación en la tercera porción duodenal, su indudable belleza radiográfica, junto con algunas otras particularidades clínicas, que expondremos a lo largo del trabajo, es lo que nos han movido a la publicación del caso presente.

Las cifras estadísticas de los diversos autores sobre la frecuencia de los divertículos duodenales varían entre límites muy amplios, tanto en las referentes a necropsias como en las derivadas de los estudios radiológicos, y así, mientras BALDWIN encuentra un 13 por 100 de divertículos de dicha porción intestinal en las autopsias de 105 cadáveres, LINSMEYER halla, entre 1.367, sólo un 3 por 100. Radiológicamente las cifras oscilan entre un 32,7 por 100 (KELLER) y un 0,2 por 100 (BENSAUDE y VASELLE). Entre nosotros, MADINAVEITIA, de 18.000 enfermos digestivos explorados radiológicamente, sólo consigue ver un caso de divertículo duodenal, mientras que GALLART encuentra un 3 por 100 de casos en sus enfermos digestivos. No cabe duda que las estadísticas irán en aumento cuanto más se insista en el estudio de las dos últimas porciones duodenales y no se polarice toda la atención sobre el bulbo, sin que por ello quitemos a esta primera porción su primordial importancia en cuanto a la patología duodenal se refiere.

Es oscura todavía la etiología de los divertículos duodenales, estando las opiniones de los diversos autores que sobre la cuestión se han ocupado divididas acerca de su origen congénito o adquirido. No obstante, la opinión más extendida es considerarlos de una etiología mixta, es decir, como alteraciones adquiridas sobre una base congénita.

Mientras que en el bulbo duodenal el hallazgo de auténticos divertículos es muy rara, su frecuencia es mucho mayor en la porción descendente del duodeno, en donde asientan la mayor parte de los descritos en la literatura médica. En favor de esta mayor frecuencia se invocan numerosas y variadas hipótesis: presencia de islotes pancreáticos distópicos, debilidad y déficit muscular en la inserción del mesenterio, factores embrionarios (formación en esta porción, por evaginación, de las grandes glándulas digestivas), etc. En la tercera porción duodenal vuelven a ser raros los divertículos duodenales, siendo esta rareza, como más arriba dejamos dicho, uno de los motivos que nos movieron a la pu-

blicación del presente caso de divertículo de ángulo duodeno-yeyunal, que a continuación pasamos a reseñar:

J. D., sesenta y cuatro años, casada, dedicada a las labores de su casa. Desde hace dos meses viene presentando un cuadro digestivo caracterizado por diarrea de 10 a 12 deposiciones diarias, pastosas y líquidas, con moco mezclado, precedidas de retortijones. Tenesmo. No sangre ni fiebre. Se presentan a cualquier hora del día y le despiertan también de noche. Borborigmos, que ella localiza a la izquierda del ombligo. Estuvo así unos veinte días, siendo luego tratada con astringentes y dieta. Desde entonces alterna la diarrea, que es menos intensa, con estreñimiento de tres o cuatro días. Nota además a veces sensación de vacío y debilidad gástricas a las dos horas de las comidas, que pasa con éstas. Bien de apetito. Astenia; adelgazamiento de 10 kilogramos.

A. P.—Hipomenorreica de joven. Diez embarazos normales; 4 abortos de tres meses. Menopausia hace nueve años. Dice haber sido tratada hace cuatro años de hipertensión arterial, siendo las molestias que le producía vértigos y llamaradas de calor a la cara.

A. F.—Padre muerto no sabe de qué. Madre muerta de afección cardíaca. Un hermano muerto de ulcus gástrico; una hermana muerta de T. P.; tres hermanos muertos de pequeños; tres hermanos sanos. Marido sano. Cinco hijos muertos de pequeños; un hijo muerto de neumonía postoperatoria (gastrectomía por ulcus duodenal); una hija muerta de T. P.; tres hijos sanos.

Exploración.—Enferma de constitución y coloración normales, algo desnutrida. Dentadura séptica y muy mutilada, faringe normal. Respiratorio normal. Circulatorio: tonos cardíacos normales; 72 pulsaciones rítmicas; T. a. 15,7/7,5. Abdomen: chapoteo gástrico, acusado a las cuatro horas del desayuno; dolorimiento ligero en región epigástrica, a la izquierda de la línea media; no se palpan hígado ni bazo y sus zonas de percusión son normales.

Laboratorio.—Jugo gástrico (desayuno alcohólico de Ehrman): acidez libre por mil, 1,19 gr.; acidez total, 1,81 gr. Acido láctico, bilis y sangre, reacciones negativas.

Heces: blandas, pastosas, con algo de moco mezclado en su interior, reacción ácida. Fibras musculares bien digeridas, escasas gotas de grasa neutra, abundantes granos de almidón y fibras vegetales. Ausencia de parásitos. Adler y Weber, positivas débiles.

Sangre: 4.600.000 hematíes; hemoglobina, 80 por 100; valor globular, 1,01. Leucocitos, 5.100; basófilos, 0; eosinófilos, 1; mielocitos, 0; juveniles, 0; en cayado, 4; segmentados, 60; linfocitos, 30; monocitos y formas de tránsito, 5. Velocidad de sedimentación (índice de Katz), 7,8. Wasserman y complementarias, negativas.

Orina: densidad, 1,019, reacción ácida, no se observan elementos anormales.

Exploración radiológica (\*).—Estómago en anzueto, ligeramente elongado, hipotónico. Peristaltismo y evacuación, normales. Pliegues y corvaduras, normales. Bulbo duodenal y segunda porción duodenal, normales. En la tercera porción, a nivel de su unión con el yeyuno, es decir, en pleno ángulo duodeno-yeyunal, gran divertículo del tamaño de un puño de niño (fig. 1), con disposición de su contenido en tres capas: la inferior, de contraste; la intermedia, líquida, y la superior, gaseosa. A las seis y ocho horas, restos ligeros del bario en el estómago. El tránsito por el delgado es algo acelerado. La exploración del colon sólo acusa una ligera hipertonia distal. El divertículo permanece lleno a las veinticuatro y treinta horas. A las cuarenta y ocho horas ya ha desaparecido su imagen.

Las publicaciones médicas que se ocupan del diagnóstico radiológico de los procesos digesti-

(\*) Las radiografías del presente trabajo han sido efectuadas por el Dr. GARCÍA HERRERO.

vos destacan la fácil confusión de los divertículos de tercera porción duodenal con los nichos de úlcus perforados, de corvadura menor gástrica, en los que también su contenido se dispone en las tres características capas. La primera impresión radioscópica de nuestro caso fué también la de hallarnos en presencia de un nicho gigante perforado, correspondiente a una úlcera de corvadura menor gástrica, desarrollado hacia la vertiente posterior, ya que en posición antero-posterior quedaba tapado por la porción vertical del estómago, siendo necesario acentuar la posición de O. A. D. para que hiciese relieve sobre la corvadura menor. Chocaba, naturalmente, lo atípico de su sintomatología. Por otra parte, por la simple radioscopia era difícil distinguir si la presunta imagen de nicho ulceroso era

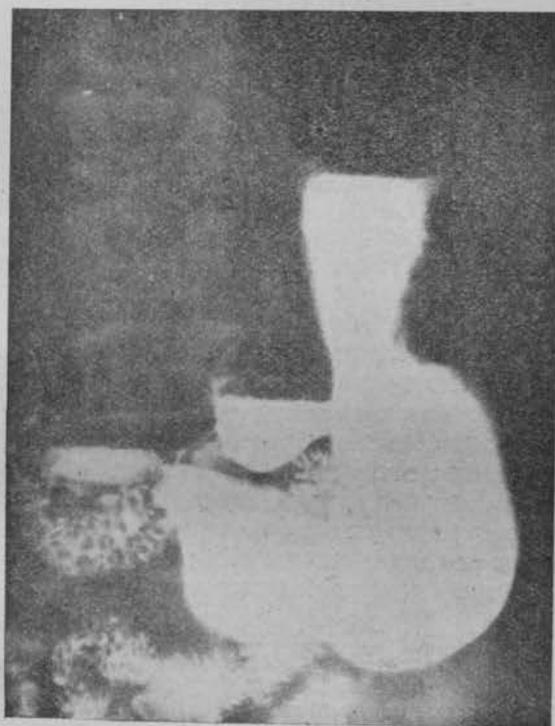


Fig. 1.

plenamente separable del contorno gástrico y si estaba en conexión con el tercer segmento duodenal. Las exploraciones sucesivas, en las que vimos claramente cómo el divertículo no conseguía plenificarse hasta que no empezaba la evacuación gástrica, los ligeros cambios en la posición de aquél y, sobre todo, la fijación de las imágenes en la placa radiográfica, fueron las que nos hicieron ver claramente que la anormal imagen radioscópica observada correspondía a un divertículo del ángulo duodeno-yeyunal. En efecto, aunque en la figura 1, obtenida en O. A. D. acentuado, ya se ve claramente la independencia de los contornos gástrico y diverticular; la radiografía número 2, caso de perfil, y la tercera, en O. P. D., son bien demostrativas en dicho sentido, y fijan bien claramente la dependencia del saco diverticular con las porciones duodeno-yeyunales contiguas.

La evolución de los divertículos duodenales es muchas veces asintomática, siendo su hallazgo casual en el curso de una exploración radioscópica digestiva. En ocasiones producen síntomas vagos y atípicos y otras veces originan cuadros sintomáticos análogos a las enfermedades orgánicas más frecuentes de su vecindad, tales

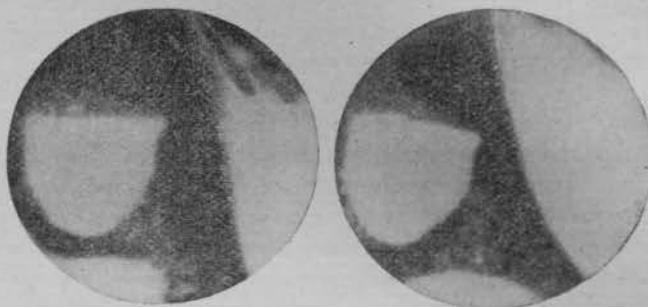


Fig. 2.

como úlcus, gastritis, colecistitis, pancreatitis, etcétera, con las que incluso a veces coexisten. GALLART cree poco en la sintomatología puramente diverticular, a excepción de cuando se complican, y opina que si los síntomas de un divertículo duodenal coinciden con los de una enfermedad orgánica vecina y frecuente del tipo de las citadas anteriormente, aun cuando los signos exploratorios sean negativos, a ella deben ser atribuidos los síntomas antes que al mismo divertículo.

La complicación más frecuente de los divertículos duodenales es la diverticulitis, esto es, la inflamación de su capa mucosa, originada por la retención en el saco diverticular de porciones alimenticias, las cuales experimentan procesos de fermentación o putrefacción, que producen su inflamación. Esta inflamación puede propagarse a los tramos intestinales vecinos, dando origen a duodenitis, enteritis, etc. Otras veces se pro-

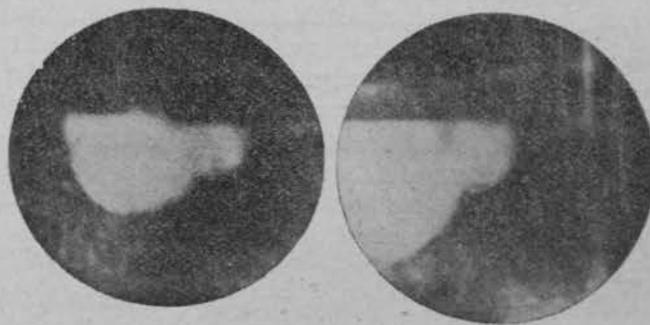


Fig. 3.

paga en profundidad hacia la serosa, produciendo la peridiverticulitis. Complicaciones más raras son la perforación, la torsión del pedículo, con gangrena del saco, cancerización, etc.

En el caso concreto que presentamos, creemos que toda su sintomatología se debe a la inflamación del saco diverticular, es decir, a la diverticulitis, producida por la estancación en él de

productos alimenticios, comprobable por la evidente retención que se observa radiológicamente. En efecto, todo su cuadro sintomático es asimilable por completo al de una enteritis (deposición uniforme con moco mezclado, reacción ácida, diarrea diurna y nocturna, borborigmos a la izquierda de ombligo, hemorragias ocultas positivas con régimen previo, etc.), no compensada cólicamente, enteritis que creemos debida a la propagación a las partes yeyunales vecinas de la diverticulitis producida por las fermentaciones que en el interior del saco diverticular se originan a consecuencia de la retención. Este tipo de diarrea, con los caracteres señalados, no parece probable sea debido a otras causas (afecciones pancreáticas, diarreas infecciosas, colitis, diarreas endocrinas o de absorción, etc.), que, por otra parte, tampoco mostraba ningún otro carácter clínico que hablase en favor de alguno de los procesos citados.

Nos ha parecido interesante el dato que la enferma refiere de haber sufrido intensamente, hace cuatro años, vértigos y sofocaciones a la cara, molestias que le fueron atribuidas a la hipertensión arterial. En esta misma Revista han publicado ROMEO y LARA otro caso de divertículo de segunda porción duodenal, en el que, junto con otros síntomas de carácter más típicamente digestivo, presentaba también fenómenos análogos, que ellos atribuían al síntoma que PORGES denomina "shock del intestino delgado", característico de las enteritis, producido por la excitación mesentérica que da origen a fenómenos de tipo vasomotriz como los descritos. En dicho caso, los autores mencionados consideraban la replección post-prandial del divertículo como la causa de los fenómenos de excitación mesentérica. Hemos insistido con nuestra enferma sobre el carácter de dichas molestias, en especial en su relación con las comidas, pero no recuerda bien su horario de presentación. Desde hace unos meses son muy poco frecuentes y tampoco las relaciona con las tomas de alimento. Como sus tensiones en la actualidad son normales, nos queda la duda de si los vértigos y sofocos que antes padecía habrían de ser atribuidos a su hipertensión arterial pasada o si serían las primeras manifestaciones de su divertículo, si bien no deja de ser chocante que con su tamaño y grado de retención actuales no le sigan produciendo las molestias señaladas.

Como tratamiento fué sometida la enferma a una dieta blanda y a medicación bismútica, alternada con sulfato de bario. Una revisión efectuada a los dos meses nos mostró el divertículo con el mismo tamaño, pero su evacuación era mejor, pues a las veinticuatro horas ya estaba vacío de contraste. Las deposiciones se habían normalizado, salvo en una ocasión, en que se le presentó una diarrea que le duró sólo dos días; su peso había aumentado en 5 kilogramos y su estado general era bueno.

## RESUMEN.

Se presenta un caso de divertículo de ángulo duodeno-yeyunal y se revisa la frecuencia, sintomatología, localización, etc., de esta clase de afecciones. Se consideran, por último, los síntomas del caso presentado y se da cuenta de su evolución posterior.

## PERFORACIONES AGUDAS DE ULCERAS GASTRODUODENALES SIN SINTOMAS PREMONITORIOS

RAMÓN DELOR

Gijón.

Las perforaciones de las úlceras gástricas y duodenales no suelen presentarse, por lo general, sin historia previa de úlcus. Hay, sin embargo, ocasiones, desde luego poco frecuentes, en las cuales faltan toda clase de antecedentes, siendo el interrogatorio completamente negativo en este sentido. Es a estas perforaciones a las que dedicaremos, como queda indicado, especialmente nuestra atención, aprovechando para ello la circunstancia de haber tenido ocasión de observar dos de estos casos. En uno de ellos se trataba de un úlcus duodenal. En el otro la localización era gástrica. En ambos la perforación tuvo lugar en plena cavidad peritoneal. Primero referiremos las historias clínicas correspondientes y luego haremos algunos comentarios.

Caso primero.—J. D., de treinta y ocho años, soltero. El día 3 de marzo de 1939 despertó, como otras tantas veces le ocurría, de madrugada, y al alargar el brazo para coger los cigarrillos que tenía en la mesita de noche sintió un dolor súbito y violento en parte alta de vientre, cuya exacta localización no pudo precisar. Eran entonces las cinco de la mañana, y había cenado siete horas antes. El dolor se le acentuaba al moverse. No tuvo náuseas ni vómitos, y la temperatura y el pulso, reiteradamente observados por su médico de cabecera, fueron en todo momento normales. A las dieciséis horas del comienzo del dolor vemos al enfermo en consulta con el Dr. TINTURÉ. Su aspecto es bueno, y está completamente tranquilo. La temperatura continúa normal y el pulso bate con una frecuencia de 80 al minuto. El enfermo niega haber sentido con anterioridad molestias gástricas de ningún género (ardores, peso, dolor, náuseas, vómitos, etc.). Dice que sentía más bien el placer de la mesa. Como se trata de una persona inteligente y observadora, tenemos que dar por buenos los informes que nos suministra.

Apreciamos defensa muscular hacia parte alta de recto derecho, con dolor moderado a la palpación a ese nivel. Se percute hígado. Nos pareció advertir ligera matidez en los flancos (el enfermo no había tomado nada desde la aparición del dolor). Con estos datos a la vista, pensamos que, verosíblemente, se trata de perforación de úlcera duodenal o gástrica, y proponemos la intervención inmediata. Nuestro diagnóstico es acogido con ciertas reservas. La familia se resiste y habla de aplazar la operación hasta que "las cosas se pongan