

ORIGINALES

CALCIFICACION PANCREATICA CON PSEUDODIVERTICULO DE CARDIAS

P. DE LA BARREDA

Jefe clínico. Servicio del Prof. JIMÉNEZ DÍAZ.
Hospital Provincial.

Ultimamente hemos tenido ocasión de estudiar el caso que detallo a continuación, que justifica el título de esta aportación clínica, y de su publicación por lo extraordinariamente raro e interesante.

Resumen de historia clínica.—Es un enfermo de veintiocho años, soltero, de Los Silos (Tenerife), gestor administrativo, que desde hace año y medio, aproximadamente, viene aquejando molestias de inflamación, pesadez postprandial, molestias vagas de epigastrio e hipocondrio, a veces hasta la nuca, sin horario y sin aparente relación con las comidas. Ha perdido apetito y peso, teniendo aversión a las grasas y salsas. Tendencia al estreñimiento, que alterna con fases de deposición matutina de paso rápido. Nunca vómitos ni crisis cólicas, alguna vez ardores. Sueño muy inquieto. Ultimamente, muy preocupado y triste. De los antecedentes familiares, padre ha padecido de úlcera de estómago; madre diagnosticada de arteriosclerosis. Cuatro hermanos; vienen tres sanos. Uno falleció de pequeño.

Único varón. A los ocho años, infección intestinal. Crecimiento rápido. A la edad de quince años tenía una talla de cerca de 1,80 y pesaba 85 kilogramos. Hacía vida de deporte activa, sin recordar golpes ni traumatismos en el vientre. Reinterrogado, refiere que a los diecisésis o diecisiete años, por razones de guerra, sustituyó durante una temporada a un empleado de autobús, y muchos días, durante sus frecuentes viajes, recuerda dolores fuertes, que refiere a epigastrio, pero que se pasaban pronto, por lo que ni consultó a médico ni hizo nada, haciendo vida habitual. A los diecinueve años, blenorragia leve, que trataron con Ullrón. Por entonces, crisis de hemicránea, con aurea visual izquierda.

A los veintidós y veintitrés años, episodios pasajeros febris, interpretados como infección intestinal. En el curso de este año y medio de su historia actual, ha sido visto por varios distinguidos compañeros, con los diagnósticos más dispares: estómago caído, peritonitis fímita, colitis química, neurosis e hipotonía vesicular.

Aporta diversos informes de análisis de este tiempo de año y medio, que transcribo:

13-I-48.—Examen químico de la sangre: Bilirrubina, 0,003 por 1.000.

13-I-48.—Examen de orina: Cantidad, 900 c. c. Densidad, 1,028. Extracto por litro, 62,72 gr. Reacción, ácida. pH, 6,0. Color, ambarino fuerte. Aspecto, transparente. Sedimento, existe. Glucosa, no contiene. Acetona, no contiene. Albúmina, no contiene. Urea, 28,0 gr. por 1.000. Cloruros, 12,40 por 1.000. Fosfatos, 2,2 por 1.000. Ácido úrico, 0,60 por 1.000. Bilirrubina, no contiene. Urobilina, indicios muy leves. Urobilinógeno, no contiene. Ácidos biliares, no contiene. Indican, contiene (+). Diazorreacción, negativa. Urocromógeno, no contiene. Sedimento: Células planas y redondas, escasas. Bacterias. Cristales de ácido úrico.

13-II-48.—Examen morfológico de la sangre: Hemoglobina, 95 por 100 = 15,5 gr. por 100. Hematies por

milímetro cúbico, 5 millones. Valor globular, 0,95. Leucocitos por milímetro cúbico, 3.500. Eosinófilos, 3,5. Neutrófilos, 47. Núcleos en bastón, 1. Segmentados, 46. Linfocitos, 43,5. Monocitos, 6. Núcleo normal en su segmentación y estructura. Granulaciones neutrófilas, finas. Protoplasma normal ortocromático. No se vieron vacuolas. Monocitos, igual número de mononucleares que de formas de transición. Linfocitos, todos adultos. Plaquetas abundantes, iguales en tamaño, agrupadas. Hematies, nada patológico. Normoblastos, no se vieron. Macroblastos, no se vieron. Megabolastos, no se vieron.

22-II-48.—Sangre: Velocidad de sedimentación de los hematies, método de Westergreen: Primera hora, 4. Dos horas, 10. Índice de Katz, 4,5.

23-III-48.—Sangre: Hemoglobina, 110 = 17,6 gr. por 100. Hematies por milímetro cúbico, 5.400.000. Leucocitos por milímetro cúbico, 5.700. Valor globular, 1,0.

2-IV-48.—Bilis: Examen citológico: Células, planas. Algunos leucocitos. No se vieron cristales. Tinción: Diplococos del tipo de neumococo. Algunos grupos de esfáfilococos. Escasos bacilos tipo coli.

22-IV-48.—Parásitos intestinales y huevos de los mismos. En las heces remitidas, que han sido tratadas por el método de Telleman, se encuentran numerosos huevos de áscaris.

14-VIII-48.—Prueba de Bauer: En ayunas, en sangre, 1,05. A la media hora, 1,30. A la hora, 1,65. A la hora y media, 1,20. A las dos horas, 1,15. En orina, reacción negativa en ayunas; 3,4 gr. a las dos horas. Indicios a las cinco y ocho horas. Negativa a las doce y a las veinticuatro horas.

Los últimos informes que aporta, de fecha 18 de abril de 1949, son: Sondaje gastroduodenal: De estómago se extraen 10 c. c. con bastante moco y bilis, siendo negativa la prueba de hemorragias ocultas, sin acidez clorídrica libre. Acidez total es de 0,5 c. c. de sosa. De duodeno sale bilis de color amarillo oro claro transparente con flóculos. Después de la primera inyección de sulfato magnésico el color de la bilis es semejante al anterior, pero mucho más oscura y viscosa después de la nueva inyección de sulfato, con grumos en suspensión, teniendo los mismos caracteres macroscópicos luego de una nueva inyección de sulfato, saliendo posteriormente de color claro. En el examen microscópico de la bilis más oscura se observan masas de moco que engloban células epiteliales y leucocitos.

En la investigación parasitológica de las heces solamente se han encontrado escasos blastocitosis ominis.

Orina de densidad 1,020, con reacción positiva de urobilina, sin otros elementos anormales.

En el examen microscópico del sedimento solamente se han visto algunas células de descamación del epitelio plano.

Aporta al mismo tiempo una colecistografía verificada con administración oral de Priodax (fig. 1), con un informe de vesícula biliar poco contrastada, ptosada, proyectándose el borde inferior a nivel de la cuarta apófisis transversa, contornos lisos, sin apreciarse imágenes litiasicas; después de la prueba de Boyden, la respuesta contráctil es poco marcada. El informe que trae de la radiosopía digestiva dice: "Estómago hipotónico, proyectándose el polo inferior por debajo de línea bífurca. El relieve de la mucosa es grueso, pero regular. Ondas peristálticas profundas, verificándose la evacuación normal. Bulbo duodenal vertical, dirigido hacia arriba, regular. Ciego, colon ascendente y transverso de situación y morfología normales."

Con todos estos datos, y sin ningún juicio previo de orientación por la anamnesis, procedemos a nuestra ex-

ploración, que recoge: bien constituido; talla, 1,80; delgado; peso, 67 kilogramos; piel y mucosas, bien; boca y faringe, cuidadas. Ningún signo patológico de cuello. Datos físicos de tórax, negativos; 70 pulsaciones al minuto. Tones puros y ritmicos. Presiones arteriales, 12/8. En abdomen, dolorimiento en el punto xifoideo. No se palpa hígado ni bazo. No adenopatías. Columna vertebral normal. No objetivamos ninguna zona de hiperestesia cutánea abdominal. Reflejos tendinosos vivos. Reflejos pupilares normales. Ligero estrabismo de ojo izquierdo, con mácula pericorneal en zona interna izquierda. Fondo de ojo, normal.

A rayos X, nada anormal en riñón y corazón. Presenta pequeños restos de papilla en intestino grueso, y nos llama la atención una sombra como resto de papilla a la izquierda de la columna vertebral, hacia la altura de la 12 vértebra dorsal. Sospechando la posibilidad de un divertículo, y después de hacer una radiografía (figura 2), aplazó para el día siguiente la exploración radiológica, esperando vaciaran los restos de papilla que habíamos visto.

Al día siguiente, a las veinticuatro horas, ya no había papilla en intestino grueso, pero persistía la sombra subdiafragmática izquierda, lo que aumentó nuestra extrañeza, pues pensando en divertículo, esperábamos que en tanto tiempo tenía que haberse vaciado, pues nuestra finalidad era lograr su nueva plenificación. A pesar de ello, como no podía tratarse de un secuestro óseo, y una concreción pancreática era poco probable, porque dentro de su rareza lo más frecuente es su asiento a la derecha de la columna y no a la izquierda y tampoco a esa altura, le damos nuestra papilla de contraste, y justamente vemos que se detiene transitoriamente en la parte más alta de la sombra, en zona yuxtapacial, dándonos la impresión de que los pliegues se continúan en

no valoramos adecuadamente, por lo que con las reservas naturales establecimos el diagnóstico probable de divertículo gigante de cardias.



Fig. 1.—Colecistografía.

esa zona, que interpretamos como el cuello del divertículo (fig. 3). En las posiciones oblicuas no hay cambio en nuestra impresión, pero llamándonos la atención que el estudio radiográfico en posición echada tiene un carácter de fijeza de sombras que, sin duda ninguna,

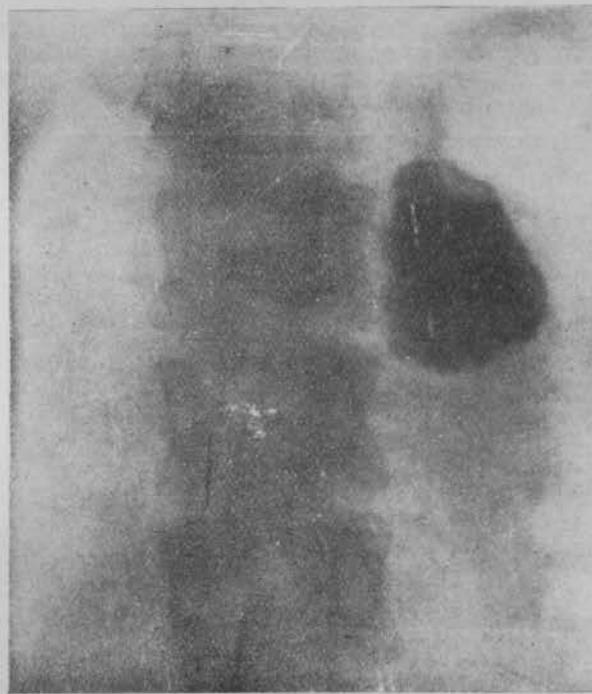


Fig. 2.—Radiografía de la sombra subdiafragmática izquierda.

Está reputado el estómago como el órgano del tubo digestivo donde la presencia de divertículo es más rara. El diagnóstico siempre se hace con gran reserva. Como en toda formación diverticular, en las de estómago señalan los verdaderos divertículos, considerados como congénitos, y los falsos o adquiridos. En el verdadero o congénito se encontrarían en su pared todas las túnicas del estómago, y no señales de enfermedad gástrica o extragástrica que pueda explicarlo, como pasa para los falsos o adquiridos. El asiento preferente es en la región cardial casi siempre en la pared posterior, cerca de la curvatura menor, por debajo de la boca del esófago (BOCKUS¹). Suele ser único. Su tamaño varía entre 1 y 7 cm.; el verdadero rara vez pasa de los 2 cm. El diagnóstico, cuando se hace, es con la ayuda de los rayos X. Se dan como signos la continuidad de los pliegues mucosos en el cuello del divertículo y la retención de la papilla, que puede variar entre seis y veinticuatro horas. En estos datos, unido a la sensibilidad electiva local a la palpación, fundamos el diagnóstico en este caso. Los otros datos, sobre los que yo también quiero recalcar, es la valoración del contorno. En el verdadero, el contorno es liso y puede modificarse ligeramente en el curso de la exploración. Se ha señalado que en posición vertical a veces se puede notar un nivel líquido con cámara de aire. En nuestro caso, todo esto faltaba. Nos sorprendía la no regularidad del contorno y una posible mayor densidad de la zona, lo que atribuímos a posibles adherencias, pero

como los restantes datos nos parecían hablar en favor de la formación diverticular, sentamos ese diagnóstico, aconsejando su intervención.

El enfermo, con los datos previos de un tiempo de hemorragia de dos minutos, un tiempo de coagulación de cinco minutos y quince segundos y un tiempo de pro-



Fig. 3.

trombina de 90 por 100, con una reacción de fibrinógeno B negativo por el método de Lyons y 146.200 plaquetas, fué intervenido en junio de 1949 por el Prof. GONZÁLEZ BUENO, quien encuentra adherencias en cara posterior tercio superior de estómago, que libera, señalando una masa calcificada extragástrica, que asentaba en cola de páncreas, pero con un raro desplazamiento hacia afuera y arriba, y que con su habitual dominio logra extirpar completamente. El curso postoperatorio fué muy bueno, dado de alta a la semana. Nuevas radiografías en ese momento (fig. 4) revelan la buena recuperación, sin objetivarse, de otra parte, ninguna formación calcíca.

La calcificación extraída (fig. 5) reproduce exactamente la imagen radiográfica de la silueta diverticular con su forma de pera en la que la parte más estrecha está proyectada a la proximidad del cardias, con sus adherencias a cara posterior de estómago, que modificaba la trayectoria de los pliegues, imitando una continuidad que no era a cuello diverticular, sino al divertículo falso o adquirido proximal a esa zona. Todo esto lo reputamos realmente como coincidencia sorprendente.

La calcificación extraída pesó 50 gr., y un estudio de su estructura por el Dr. CASTRO MENDOZA dió: "Color pardo amarillento, estructura amorfa, fácilmente disgregable en el mortero.

Al microscopio no se observan cristales de ninguna especie. El análisis químico da el resultado siguiente: Materia orgánica, 8,6 por 100. Materia mineral, 91,4 por 100. La materia orgánica está constituida por material proteico, trazas de colesterina y ácidos grasos. La porción mineral se compone principalmente de carbonatos, fosfatos y leves trazas de oxalatos, de calcio y trazas de magnesio y de plomo. El análisis semicuantitativo proporciona lo siguiente: Carbonato de calcio, 52 por

100; fosfato de calcio, 35 por 100; materia orgánica, 8,6 por 100; otras sustancias, 4,4 por 100.

El depósito de sales cálcicas en el tejido pancreático está considerado como un hecho patológico muy poco común. Por eso consideramos muy atinada y significa para nosotros un progreso la separación que hace MAYO² sobre estos depósitos cálcicos englobados hasta entonces como litiasis pancreática, pero dentro de ello ha separado dos tipos. El primero sería el de verdaderos cálculos pancreáticos, cuyo asiento estaría en el conducto o conductos del páncreas. El segundo tipo o variedad, los que él denomina falsos cálculos, serían calcificaciones hechas sobre el propio parénquima del páncreas. No debe confundirse estos falsos cálculos con lo que también se conoce en la literatura bajo este nombre, y que serían cálculos biliares que han pasado accidentalmente al conducto de Wirsung.

La poca frecuencia de la litiasis y de las calcificaciones pancreáticas resalta en las diversas estadísticas al efecto. En las de KING y WAGHELSTOIN³ se señala el hallazgo de cinco casos en las 16 primeras historias del John Hopkins Hospital, y ningún caso en las primeras 8.000

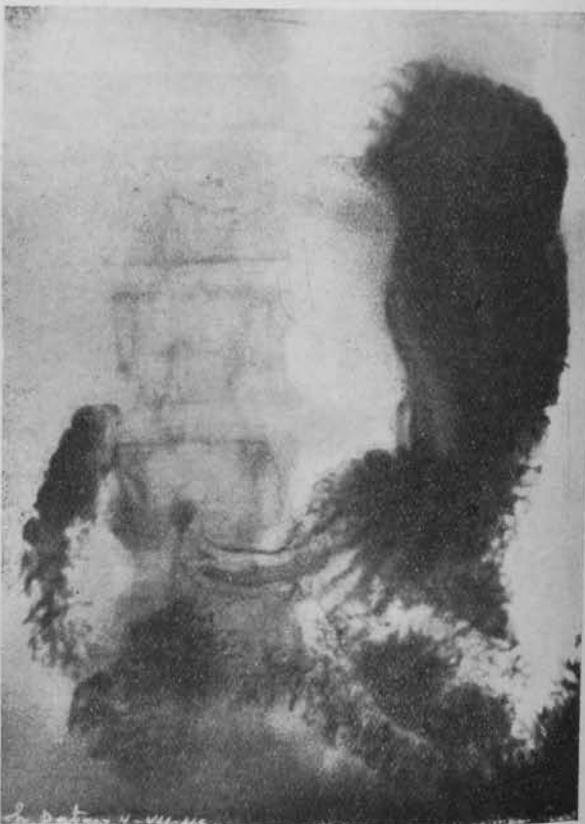


Fig. 4.—Después de la intervención.

autopsias del Baltimore City Hospital. De 209 casos, la calcificación de la glándula solamente existía en 15 casos (7,1 por 100). Hasta la presentación del caso de BELING⁴, en 1940, el número de casos era de 11. BOCKUS⁵ recoge la estadística general de FRANCISCO hasta 250 casos a fines de 1942.

Un hecho de interés es de que los 15 casos de calcificaciones registrados, el asiento de esa calcificación en nuestro caso a esa altura y a la izquierda es, a nuestro parecer, el más excepcional. En la revisión de GRAVANO⁶, sin embargo, se citan dos casos con calcificaciones voluminosas, uno de ellos observado por SCHUPMANN, de 200 gr., y otro caso de RUTH, de 280 gr.

El diagnóstico de esta afección en la mayoría de los casos ha sido hecho en la autopsia o como hallazgo de una intervención, aunque después del empleo sistemático de los rayos X, que es en la actualidad el mejor medio para su diagnóstico, el número de casos diagnosticados en vida y previamente a la intervención es cada vez mayor; sin embargo, en otros, aunque se llegue a sospechar este diagnóstico, es difícil sentarlo con firmeza, ya que le caracteriza una sintomatología vaga, más todavía, en los casos de calcificaciones falsas, que en los cálculos ductales y creemos perfectamente explicable escape el diagnóstico, máxime cuando las pruebas actuales de valoración de función externa del páncreas apenas dan signos valorables. Entre nosotros, el Prof. NOVOA SANTOS⁷, en un estudio de 11 casos de pancreolitiasis, sólo en uno encontró insuficiencia glandular externa (azotorrea, creatorrea, esteatorrea); 4 de entre los 11 casos presentaban trastornos diabéticos. El trastorno de la función interna podemos considerar que está ya señalado en el caso de CAWLEY⁸, quien señaló la existencia de diabetes en su caso, anticipándose casi un siglo a la era de von MERING y MINKOWSKI en la demostración de la relación entre páncreas y diabetes. Es fácil comprender que en el caso de GRAFF, que en 1667 fué el primero de litiasis pancreática publicado en la literatura, no se señaló la existencia o no de diabetes. En las revisiones de los casos posteriores se demuestra que en algunos, muy pocos, existe trastorno del metabolismo hidrocarbonado, pero la mayoría no lo presenta. Nuestro caso es uno más de esos. Solamente al segundo día de operado tenía una glucemia transitoria de 1,3 gramos por 1.000, pero nunca glucosuria.

No se conoce la causa de la litiasis ni de la calcificación pancreática. Como se considera que la secreción externa del páncreas no contiene carbonato cálcico y es éste el componente predominante que caracteriza a estas calcificaciones, es natural que se hayan invocado diversos factores etiológicos que puedan facilitar su precipitación o depósito, pero todo ello nada convincente, estasis, infecciones, coincidencia con afecciones de vías biliares, como piensa MAYO, aunque esto último, sin embargo, es rechazado muy fundadamente por HAGGARD y KIRTLY⁹, quienes en una revisión muy completa de 65 casos de pancreolitiasis intervenidos solamente 9 pacientes presentaban cálculo en vías biliares. El alcoholismo y la tuberculosis invocados por otros autores adolecen de la misma razón de inconstancia y vaguedad. En nuestro caso, ninguno de estos factores ha intervenido.

Pensamos más bien en que la calcificación se ha hecho sobre una zona de necrosis de páncreas, donde la motivación causal ha podido ser muy diversa: traumatismo, pancreatitis subaguda en cualquiera de sus formas mínimas, dando un ciclo de lesión inicial, necrosis, calcificación, pero siguiendo a nuestro maestro el Prof. JIMÉNEZ DÍAZ¹⁰, esto no sería posible sin la existencia disposicional constitucional de factores que desconocemos, pero que son evidentes en algunas litogénesis.

En lo que se refiere al sexo, la calcificación pancreática y la pancreolitiasis es mucho más frecuente en el hombre que en la mujer, lo que



Fig. 5.

es justamente lo contrario de lo que sucede con la litiasis biliar, que es mucho más frecuente en la mujer que en el hombre. La edad más frecuente de su presentación se señala entre los treinta y los cuarenta años, pero no se libran otras edades.

Sobre el tiempo de formación es mucho más difícil de precisar. En algunos enfermos puede darse de muy poco tiempo, lo que, sin duda, es válido para el cálculo verdadero, pero en las calcificaciones sobre parénquima, esta dificultad es más patente. En nuestro caso hay una radiografía de hace año y medio, que aunque está algo velada y muy blanda y es fragmentaria, razones por las que no la reproducimos, se puede continuar el contorno de la curvadura menor y no se ve sombra cálica alguna, aunque podría estar oculta por la papilla, pero de no ser así, esto nos podría inclinar a que la calcificación actual haya podido hacerse en el curso de este año y medio, coincidentemente con la persistencia y progresividad y rebeldía de la vaga sintomatología digestiva recogida por todos en su historia actual.

Cuando la indicación quirúrgica se juzgue indicada, en contra de la creencia general, va casi siempre seguida de éxito. Como señalan

ROCKWERN y SNIVELY¹¹, de 16 enfermos operados, sólo dos fallecieron, y en ninguno de esos dos casos la causa de la muerte fué por necrosis grasa ni peritonitis.

RESUMEN.

Se presenta un caso de calcificación de cola de páncreas, ectópico, con pseudodivertículo de cardias. Se comenta el diagnóstico de los divertículos de estómago y se revisan conceptos y estadísticas de litiasis pancreáticas y de calcificaciones del páncreas, con los comentarios pertinentes a la historia del caso presentado.

BIBLIOGRAFIA

1. BOEKUS.—Gastroenterología, 1, 801, 1948.
2. MAYO, J. G.—Proc. Staff. Meet., Mayo Clin., 11, 456, 1936.
3. KING y WACHELSTEIN.—Arch. Int. Med., 69, 165, 1942.
4. BELING, C. A.—Am. J. Digest. Dis., 7, 231, 1940.
5. BOEKUS.—Gastroenterología, 11, 845, 1948.
6. GRAVANO.—Enfermedades del páncreas. Ed. El Ateneo, 340, 1941.
7. NOVOA SANTOS.—Anales de Medicina Interna de Madrid, 1, 561, 1932.
8. CAWLEY.—London Med. J., 4, 289, 1788 (tomada de Rockvern y Snively, 11).
9. HAGGARD y KIRTLY.—Ann. Surg., 109, 809, 1939.
10. JIMÉNEZ DÍAZ.—Lecciones de Patología Médica. Ed. Cient. Med., 1946.
11. ROCKWERN y SNIVELY.—Arch. Int. Med., 65, 873, 1940.

SUMMARY

A case of ectopic, calcified tail of the pancreas with pseudo-diverticulum of the cardia is reported. The diagnosis of the diverticulum of the stomach is considered and the concepts and statistics on pancreatic lithiasis and calcification of the pancreas are revised. The points connected with the reported case are commented.

ZUSAMMENFASSUNG

Man beschreibt einen Fall mit Verkalkung eines ectopisch gelegenen Pankreas-Schwanzes und gleichzeitigem Pseudo-Divertikel des Cardias. Es erfolgt eine Besprechung zur Diagnose der Magendivertikel und eine Revision der Konzepte und Statistiken über Pankreas-Steine und Verkalkungen der Bauchspeicheldrüse und bringt alle Daten in Beziehung zur vorliegenden Krankengeschichte.

RÉSUMÉ

On présente un cas de calcification de la queue du pancréas, ectopique, avec pseudo-diverticule de cardias. On commente le diagnostic des diverticules d'estomac et on passe en revue des concepts et des statistiques de lythiases pancréatiques et de calcifications du pancréas, avec les commentaires adéquats à l'histoire du cas présenté.

GLUCOSA EN LOS DERRAMES PLEURALES

D. PÉREZ - SANDOVAL

Médico Interno.

E. ROTELLAR

Médico Interno.

Casa de Salud Valdecilla. Santander. Servicio de Bioquímica.
Jefe: Dr. E. CAVAYÉ HAZEN. Servicio de Aparato Respiratorio.
Jefe: Dr. D. GARCÍA ALONSO.

El método que hemos utilizado para las determinaciones de la glucosa en los líquidos pleurales es el de Hagedorn-Jensen, y, por tanto, en realidad lo que valoramos es la cantidad de sustancias reductoras; no obstante, ya ROTTMAN, en 1898, investigando comparativamente en los exudados las cifras halladas por métodos de reducción, fermentación y polarimetría, llegó a la conclusión de que estas sustancias reductoras eran esencialmente la glucosa; estos resultados fueron más tarde confirmados por HEGLER y SCHUMM. Admitimos, pues, que las cifras obtenidas por el método de Hagedorn-Jensen en los líquidos pleurales son glucosa.

Por tratarse de líquidos originados de la sangre hemos de relacionar sus valores con los hallados en éstos; por esta razón hemos realizado simultáneamente en ayunas desde ocho horas antes las determinaciones en sangre y en líquido. Por las razones que más adelante veremos, las determinaciones se han realizado de una manera inmediata a su extracción.

Por nuestras observaciones y del estudio de los casos de otros autores podemos afirmar que la glucosa presenta en los líquidos unas cifras y variaciones en dependencia con la sangre en unos casos, e independiente de las mismas en otros. Su comportamiento es diferente en los trasudados y en los exudados, como vamos a ver a continuación, estudiando separadamente cada uno de estos derrames.

Para los trasudados, según HEGLER y SCHUMM, BISBINI, ORSI y VILIA, las cantidades de azúcar son en los líquidos iguales o mayores que las de la sangre. Esto no es completamente exacto, ya que a veces son también algo menores, y la afirmación de estos autores es debida a haber observado pocos casos, como se demuestra en la gráfica adjunta (fig. 1), formada con los casos de SCHELLER, REICHE, HEGLER y SCHUMM y los nuestros. En ella se observa cómo aproximadamente en el mismo número de casos hay valores mayores, iguales y menores, pero oscilando entre límites muy escasos. Esta relación de dependencia, en algunos casos muy interesante, como en el caso 1 de SCHELLER y en el 3 nuestro, en que la diabetes concomitante hacía más patente la simultaneidad de cifras elevadas en la sangre y en el líquido, nos permite afirmar que en los trasudados las cifras de glucosa son iguales a las de la sangre. Para hacer más claramente observable esta valoración y poder contrastarla con lo que sucede en los exudados, hemos calculado la relación entre la glucosa de los derrames y la de la sangre, obteniendo una serie