

sidad de la afección y las modalidades de la misma, vemos asociarse la fiebre y los trastornos de la absorción intestinal, que se presentan no sólo después de la exéresis quirúrgica y como consecuencia de la misma, según indica KIEFER⁹, sino como consecuencia de la enfermedad misma, y entre ellos encontramos como más importantes la anemia ferropénica con hiposideremia, el déficit de vitaminas C y K, la esteatorrea y, si la enfermedad se presenta en niños, la presentación de osteoporosis y retardos del crecimiento.

La *evolutividad* del proceso puede llevar a la formación de fístulas, estenosis y perforaciones, accidentes que están considerados como las complicaciones más esenciales de la enfermedad y que, afortunadamente, cada vez se señalan menos, ya que, como el caso que comentamos, la existencia de un tumor a la palpación o la diarrea, dolor y exploración radiológica, hace aconsejable, aun con diagnóstico sólo probable, una actuación quirúrgica que no sólo nos ha permitido una confirmación diagnóstica, sino que, lo que es más importante para nuestra misión, permite salvar a la enferma, que lleva cerca de un año libre de sus molestias, y aunque la posibilidad de recidivas se encuentra señalada en la literatura, nos lleva de la mano al comentario final terapéutico de que nuestro consejo no debe insistir en *tratamientos* paliativos más que un tiempo prudencial, como serían, por ejemplo, el ACTH usado por GRAY, la cortisona usada por MACHELLA¹⁰ o la vagotomía usada por EDDY¹², ni aun incluso los antibióticos, de los que tan buenas referencias da LÜSCHER¹³, o la radioterapia, que tan eficaces resultados da en manos de POPP y colaboradores, sino que creemos preferible equivocarnos en la frecuencia diagnóstica que no entretener un caso cuya evolutividad es en muchos casos inexorable, y que oportunamente intervenido, según indican la mayoría de los autores modernos (CROUSE¹¹, KIEFER¹⁴, FOSS¹⁵, etc.), permite una recuperación completa, y con una supervivencia que nos compensa de los desvelos por estos enfermos, y aun cuando siga en pie el interrogante de su etiología.

BIBLIOGRAFÍA

1. S. CHESSE, G. OLANDER, C. B. PUESLOW, W. BENNER y D. CHESSE.—Surg. Gynec. and Obst., 91, 349, 1950.
2. J. C. G. YOUNG, A. M. A.—Arch. Pathol., 87, 646, 1951.
3. G. ARMITAGE y M. WILSON.—Brit. J. Surg., 38, 182, 1950.
4. M. W. CONFORT, H. M. WEBER, H. M. WAGENSTOSS y W. F. KIELY.—Am. J. Med. Sci., 220, 616, 1950.
5. C. JIMÉNEZ DÍAZ.—Lecciones de Patología Médica, t. V.
6. BOCKUS.—Gastroenterología.
7. W. C. MEIR, A. J. BEAMS y A. STEWART.—New York State J. Med., 49, 2820, 1949.
8. J. B. GREGG y J. R. WEISSER.—Am. J. Surg., 80, 873, 1950.
9. E. KIEFER y W. T. ARNOLD.—Journ. A. Med. Ass., 144, 903, 1950.
10. T. E. MACHELLA y O. R. HOLLAN.—Am. J. Med. Sci., 221, 501, 1951.
11. R. CROUSE, F. GILLET y A. MOLLET.—Acta Gastroenterol. Belg., 12, 127, 1950.
12. F. D. EDDY.—Surgery, 29, 11, 1951.
13. E. LÜSCHER.—Schweiz. Med. Wschr., 79, 97, 1947.
14. E. D. KIEFER, S. F. MARSHALL y M. P. BROLSMA.—Gastroenterology, 14, 118, 1950.
15. H. L. FOSS y W. T. BARNES.—Ann. Surg., 133, 651, 1951.

PASO DEL SÍNDROME PILÓRICO-DUODENAL A LA ULCERA (*)

A. GÓMEZ FERNÁNDEZ DE LA CRUZ.

Málaga.

El número de pacientes gastroenterológicos que concurren a consulta por una historia que podríamos calificar de "tipo ulceroso duodenal" es considerable; más del 50 por 100 de ellos tienen verdaderamente un *ulcus*; casi siempre lo visualizamos a rayos X; a veces alguno escapa a esta exploración, disminuyendo su cantidad mientras mayor uso hacemos de la radiografía seriada y del estudio mucosográfico. Pero aún existen en gran proporción otro grupo de enfermos a los que no podemos calificar de ulcerosos por carecer de *nicho*; de éstos, tras una buena investigación comprobamos que su síndrome es debido a un proceso no gastroduodenal: colecistitis, apendicitis crónica, divertículos de yeyuno, etc., y tratada o suprimida la causa desaparece el síndrome que nos ocupa.

Mas fuera de estos dos grupos quedan todavía otros sujetos que no conseguimos encajar en ningún diagnóstico etiológico, que presentan unos datos clínicos idénticos al genuino *ulcus* e inclusive los radiológicos, excepto, claro es, la lesión anatómica; y no para ahí la cosa, sino que, además, responden de igual manera a la terapéutica que un legítimo ulceroso.

Ante estos individuos nos hemos planteado seguramente todos los interrogantes de si es la misma enfermedad ulcerosa, "*sine ulcus*", o, por el contrario, se trata de pacientes en que han fracasado nuestros medios diagnósticos y no hemos averiguado su verdadero mal.

Lógico que en muchos de los que calificamos de síndromes *ulcoides*, pilóricos, duodenales, etcétera, nos hemos limitado a encubrir un fracaso ante un problema diagnóstico a veces insuperable, pero todavía quedan algunos en los que no es así, que son verdaderos enfermos ulcerosos sin lesión anatómica, y la mayoría podemos recordar casos que en las primeras exploraciones etiquetamos con este síndrome por no descubrir el *nicho* y que años más tarde aparece la úlcera.

De estos casos podría referir bastantes; claro que no les concedo valor, porque siempre queda en duda si no supimos ver el *nicho*, si la pérdida de sustancia era tan pequeña y superficial que no se podía apreciar a rayos X, o si estudiamos al paciente en período de cierre de su lesión, cosa que hemos comprobado repetidas veces; en sujetos con úlceras claras, radiografiadas, que a la vez siguiente no la podemos encontrar y sólo por signos indirectos (rigidez, edema, etcétera) conocemos dónde está la cicatriz para más tarde volverla a observar. Este fenómeno ocurre bien por verdadera cicatrización tempo-

(*) Comunicación presentada al VI Congreso Español de Patología Digestiva y de la Nutrición.

ral o por oclusión de la entrada del nicho debida al edema mucoso circundante.

Pero lo que sí considero de interés es la reseña del siguiente caso, en que la comprobación quirúrgica nos garantiza una certeza que en los anteriores no podemos tener:

Es un varón de veintiocho años de edad, casado, de profesión pescador, en cuyos antecedentes familiares y personales no hay nada de interés, que en febrero de 1947 refiere una historia de doce años de padecimientos gástricos, que encuadra exactamente en la del *ulcus duodenal*. La exploración general es negativa; a rayos X se aprecia espasmo pilórico, duodeno irritable y doloroso a la presión. La acidez gástrica, estudiada por el método de Kalk y Katsch, se muestra elevada, pre-

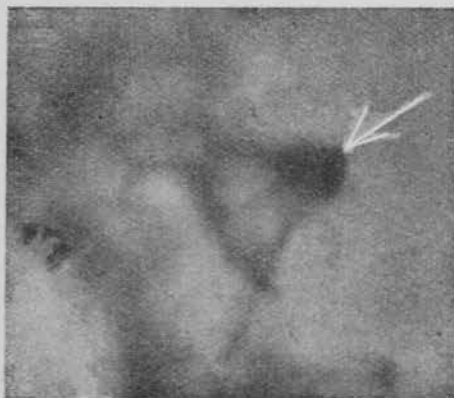


Fig. 1.

sentando una curva en todo correspondiente a la general en las úlceras piloro-duodenales. Se instaura un tratamiento apropiado y ceden rápidamente los síntomas, que reaparecen en cuanto cesa la terapéutica. Repite consulta, y examinado más detenidamente no encuentro nada anormal fuera ni dentro del aparato digestivo excepto los datos radiológicos de irritabilidad duodenal. Durante un año continúa con estas alternativas, apareciendo siempre los fenómenos espasmódicos de bulbo característicos de la úlcera duodenal.

Ante la persistencia de la sintomatología, acuciado por la situación social del enfermo y su incapacidad para el trabajo, y aceptando la existencia de úlcera ante los signos indirectos, decido la intervención, que practico en marzo de 1948, realizando con anestesia local laparotomía media supraumbilical, que muestra un estómago y duodeno perfectamente normales; mediante antrotomía es examinada la mucosa antro-piloro-bulbar sin hallar vestigios de úlcera. En colecisto, intestino delgado y colon no hay nada patológico: sólo encuentro un apéndice largo, estrecho, acodado por algunas adherencias, que reseco.

El paciente, tras un buen curso post-operatorio, es dado de alta, continuando con el mismo síndrome piló-

rico-duodenal y sin encontrar nicho en repetidísimas exploraciones radiológicas hasta febrero de 1950, en que al fin aparece éste sobre el ángulo basal interno de bulbo. Sigue con tratamiento médico; pero el fracaso de éste es manifiesto, en buena parte debido a las dificultades económicas y profesionales del pescador en esta zona del Mediterráneo. En febrero de 1951 los trastornos son más intensos que nunca, el nicho ha aumentado de tamaño, presentando una duodenitis concomitante muy marcada, según se aprecia en la radiografía. Ante estos resultados se adopta el tratamiento quirúrgico, practicando la operación en abril de este mismo año; en ella se encuentra un enorme *ulcus duodenal* cuya callosidad abarca todo el borde superior de bulbo, que se reseca junto con dos tercios de estómago, practicando anastomosis gastro-yeyunal término-lateral retrocólica. El curso post-operatorio es satisfactorio y el paciente ha reanudado su vida normal sin molestias de ninguna clase.

Es curioso cómo este individuo, a los trece años de historia duodenal, no tiene úlcera, hecho comprobado quirúrgicamente, y a los quince ya la presenta, constatándose un año después su presencia mediante nueva operación. Es un caso claro de tránsito del síndrome ulceroso sin lesión anatómica a la úlcera propiamente dicha, y no se puede imputar participación alguna a la antrotomía exploradora debido a que no se seccionó siquiera piloro, ya que el calibre de éste permitió una perfecta observación del bulbo.

Es un solo caso; no pretendo por ello echar las campanas al vuelo; sólo deseo llamar la atención sobre el hecho y provocar nuevas publicaciones de quienes con más experiencia contribuyan al esclarecimiento de la incógnita que planteamos, esto es, si el *ulcus* no es más que un síntoma de la enfermedad ulcerosa secundaria a ella y no primordial. Se saca en conclusión que cuando no podamos catalogar los síndromes pilóricos-duodenales como correspondientes a otro proceso, los tratemos como úlceras graves, y es posible que en estos casos se obtengan mejores resultados que esperando al desarrollo de la pérdida de sustancia.

BIBLIOGRAFIA

1. BOCKUS.—Gastroenterología, tomo I. Salvat.
2. GALLART MONÉS y VIDAL COLOMER.—Enfermedades no ulcerosas del duodeno. Colección Monografías Médicas, 1944.
3. GÓMEZ FERNÁNDEZ DE LA CRUZ.—Rev. Clín. Esp., 15, 5, 1947.
4. TEIJEIRO FORMOSO.—Rev. Clín. Esp., 15, 2, 1950.