

sis latero-lateral (ileo-cólica). Sulfamidas en cavidad abdominal. Cierre de pared por planos.

Durante la operación se hizo una transfusión de 600 c. c. y después de finalizada ésta otra de 300 c. c.

El enfermo soportó bien la operación, que fué larga y laboriosa, durando cerca de tres horas.

Diagnóstico operatorio.—Trombosis parcial de la mesentérica superior, probablemente de origen venoso, con infarto hemorrágico en vias de necrosis y gangrena (ver la figura 3, que corresponde a una fotografía de la pieza de resección).

Curso postoperatorio.—Durante el mismo se le puso suero abundante normo e hipertónico, tónicos cardíacos, penicilina, estreptomicina y sulfamidas. Los tres primeros días llevó marcha satisfactoria. Al cuarto día se presentó un proceso peritoneal de tipo progresivo y del que falleció al sexto día.

En el tercer día del curso postoperatorio tuvo tres amplias deposiciones hemorrágicas de tipo melena.

COMENTARIOS.

Nuestro enfermo inició su episodio de abdomen agudo de una forma brusca y violenta, como suelen empezar casi siempre (HENNING y BAUMANN), salvo que exista con anterioridad esclerosis mesentérica con sus típicos cuadros de angina abdominal o dispraxia intestinal intermitente angioesclerósica.

Difiere nuestro caso de los habituales, en que el aspecto general del enfermo estaba poco atectado (a pesar de llevar catorce horas iniciado el cuadro), no existiendo signos de colapso, pues el enfermo tenía buen pulso y tensión arterial en límites normales.

Las deposiciones sanguinolentas o melenas, tan típicas y orientadoras—que sólo se presentan también en las invaginaciones—, no aparecieron en nuestro caso hasta en el tercer día del curso postoperatorio.

El diagnóstico preoperatorio fué de ileo por estrangulación o torsión y no creemos pudiera pensarse en otra cosa, a la vista del cuadro clínico y exploración. Pues, como dice HENNING y BAUMANN, sin enterorragia es difícil orientar el cuadro, y aun así se piensa con facilidad en una invaginación.

El pronóstico es casi siempre mortal; sólo algunos casos han logrado salvar la vida con la resección del tramo intestinal afecto. Operación que se realiza laboriosamente, y a veces con muy mal estado general, por lo que la mortalidad operatoria suele ser grande. Pasado el peligro operatorio inicial, mueren en la primera semana de proceso peritonítico, secundario al infarto necrosado o por dehiscencia de la anastomosis.

RESUMEN.

Exponemos un caso de observación personal, hallazgo de operación, de trombosis parcial de la mesentérica superior, afectando las ramas ileocecal y cónicas derecha y media. A la vista del hallazgo anatomo-patológico creemos que se trata de una trombosis venosa. La rareza de estas trombosis parciales nos ha impulsado a su publicación.

CRISIS ABDOMINALES DE APARICIÓN PRECOZ EN UN ADDISONIANO (*)

J. MARTINO CASAMAYOR.

Nos mueve a presentar esta comunicación la observación de un caso de enfermedad de Addison en el que las crisis abdominales fueron las primeras manifestaciones clínicas que obligaron al enfermo a requerir la ayuda del médico, y si bien al hacer la historia clínica se llega, como era de esperar, a la conclusión de que la enfermedad ya venía manifestándose con unos meses de anterioridad, resultan con todo manifiestamente precoces estas crisis, teniendo en cuenta que lo corriente es su presentación en las fases finales, cuando ya la enfermedad estaba hace tiempo diagnosticada.

Es precisamente esta precocidad, sobre cuya posibilidad ya ha llamado la atención MARAÑÓN, lo que a nuestro juicio da interés al caso que comunicamos, ya que si siempre estas crisis pueden plantear un problema de diagnóstico diferencial con el abdomen agudo, problema cuya solución no es baladí dada la gravedad que puede llevar consigo una intervención quirúrgica en un addisoniano cuando se presentan como el síntoma inicial que requiere la intervención del clínico, las dificultades suben de punto, pareciéndonos por ello muy útil la divulgación de estos casos para llevar al ánimo del médico el convencimiento de que, si bien en la mayoría de las veces estos accidentes constituyen síntomas finales, otras pueden ser muy precoces o iniciales.

Se trata de un joven de veinticinco años que un mes antes de ser visto por nosotros, y estando haciendo un género de vida relativamente normal, dedicado a sus trabajos de comerciante, es atacado repentinamente por un dolor agudo en fosa ilíaca derecha, sin irradiación a otras regiones y sin vómitos, que le obliga a llamar al médico, el cual comprueba defensa muscular no muy marcada y ausencia de fiebre. Un análisis de sangre da este resultado: H., 4.770.000. L., 6.800. E., 6. Bastón, 2. S., 42. L., 47. M., 3.

El dolor desapareció espontáneamente en pocas horas y hubo normalidad en la evacuación del vientre.

A las ocho días repitió el dolor con la misma localización, con mayor intensidad que la vez primera, e irradiación hacia hipochondrio derecho, también sin vómitos ni fiebre. El análisis de sangre dió el resultado siguiente: H., 4.700.000. L., 9.600. E., 3. Bastón, 2. S., 58. L., 32. M., 5. V. S., 29. Desapareció con un supositorio antiespasmódico.

En los días sucesivos, aunque sus dolores abdominales no se repitieron, manifestaba una anorexia absoluta, una intensa astenia y una gran postración, que motivaron un examen radioscópico de tórax en el que no se apreció nada patológico en parénquima pulmonar. Entonces también le tomaron la tensión arterial, encontrándose una máxima de 9.

Le recomendaron reposo absoluto por unos días, buena alimentación, medicación tónica y una caja de Per-cortén, con lo que mejoró algo y llegó a comer con menos repugnancia; pero cuando, pasados unos días, se le autorizó para levantarse, él no lo hizo, ya que no tenía

(*) Comunicación presentada en la I Reunión Médica de Levante.

ningún deseo de hacerlo por encontrarse sumamente flaco, permaneciendo días en cama indiferente, cansado, con astenia física y psíquica, anorexico; sorprendiendole en este estado, cuando hacia aproximadamente un mes del primer episodio relatado, a los dos o tres días de padecer una ligera amigdalitis, un nuevo dolor abdominal, ahora en hipocondrio derecho, con irradiación a todo el vientre y cambiando durante su curso el foco de mayor intensidad, pues del hipocondrio derecho cambió al izquierdo y de este a ambas fosas iliacas. Era menos intenso que las veces anteriores, pero se acompañaba de vomitos abundantes, al principio insípidos o ligeramente ácidos, después amargos, con intolerancia casi absoluta para alimentos y bebidas. No tenía diarrea. En este estado es conducido al consultorio de un especialista de aparato digestivo y, al colocarlo detrás de la pantalla radioscópica, sufre una lipotimia. Impresionado este compañero por su color, su astenia y su hipotensión (5 de máxima y 0 de mínima en aquel momento), unidos a su cuadro digestivo, piensa en la posibilidad de un Addison y solicita una consulta con nosotros.

Al proceder a su exploración me encuentro con un enfermo de tipo constitucional asténico, desnutrido, con la mirada apagada, facies sufriente, coloración parda oscura de la cara con abundantes lentigos distribuidos por mejillas, nariz, frente, mentón y región superior y lateral del cuello, de tamaños que varían entre el de una lenteja y la cabeza de un alfiler blanco, unos intensa y absolutamente negros, otros pardos y otros con tonalidades variables entre estos dos extremos. Pelo negro y liso con línea de implantación convexa. Pelos del labio superior muy ralos, casi ausencia de barba en la cara, reduciéndose a unos pocos pelos en el mentón. El aspecto general fisiognomónico, así como los ademanes, perfil psicobiológico y tono de la voz no corresponden a un hombre de su edad (veinticinco años), sino a un adolescente de diecisiete. Reflejos pupilares, normales. Buena coloración de la mucosa bucal y faringe de aspecto normal. La mucosa de las mejillas aparece completamente libre de pigmentaciones. En la encia superior, y a unos dos milímetros de los rebordes gingivales, se aprecia un festón de color pardo que discurre paralelamente a la línea de implantación de dientes y mueve dibujando un conjunto simétrico. En la encia inferior una línea oscura, también en su conjunto simétrico, formaba un dibujo análogo a la del superior y únicamente a nivel del canino inferior izquierdo se encuentra una pigmentación de color pizarroso, poco intensa, mal delimitada, del tamaño de una lenteja pequeña, que se corresponde con otra simétrica en el lado opuesto, si bien ésta es más pequeña y menos aparente. Ausencia de pigmentaciones en labios y comisuras. La lengua está húmeda, ligeramente saburral en el centro y sin pigmentaciones. Reflejo faringeo exaltado. Piezas dentarias bien conservadas. Cuello de aspecto normal, sin saltos vasculares y con los lunares ya descritos. Tórax de coloración morena, aunque mucho más claro que la cara, coloración que es igual en el resto del tronco y en la superficie cubierta de las extremidades, con algún pequeño léntigo en la espalda y los brazos. Manos de un color similar al de la cara, con acúmulo del pigmento en los nudillos. Pezones intensamente pigmentados, casi de un negro total, sin vello, que está asimismo ausente en el resto del tórax. Latido de la punta en cuarto espacio por dentro de línea medioclavicular. La auscultación de pulmón y corazón no revela ninguna anormalidad.

Abdomen con pigmentación no muy intensa de la línea alba. Se efectúan bien los movimientos a la respiración abdominal y aparece normal a la inspección. A la palpación hay una defensa generalizada, aunque poco intensa, y está todo él dolorido por igual, sin que se encuentren puntos dolorosos especiales ni la defensa sea más acentuada en ninguna región. No se palpa hígado ni bazo. A la percusión no aparecen estos órganos aumentados de tamaño.

Vello genital con línea de implantación horizontal. Órganos genitales bien desarrollados, con consistencia normal de los testículos. Escroto muy pigmentado y

más aún el extremo del prepucio, que presenta un color tan oscuro como el de los pezones. El grande resulta más pequeño de lo que correspondería al tamaño del pene, se descubre con dificultad por estrechez del anillo prepucial y no presenta pigmentaciones. Perine bastante pigmentado en su porción central, y en el ano no se descubre ninguna mancha. Reflejos cutáneos abdominales, vivos.

Reflejos periósticos y tendinosos, normales. Ligera hipotonia muscular. Aunque en el momento de la exploración no presenta la piel humeda, nos dice que sudá mucoso. No dermografismo ni raya blanca de Sergent. No se aprecian edemas.

Al interrogatorio aqueja gran postración, cefalea, insomnio. El dolor abdominal, que hemos descrito más arriba, se le calma a ratos, quedándole un malestar difuso e indefinible, volviéndole a aparecer con corta duración y menor intensidad que al principio. Anorexia intensa, dando asco la presencia del alimento y repitiéndole las náuseas al menor intento de alimentario. Desde hace algún tiempo está estremido. El día anterior, deposición normal. Expulsa gases. Crisis de hipo muy molestas. No tiene tos. Dolorimiento en región lumbar, que él atribuye a la permanencia en cama. Orina sin dificultad y la cantidad emitida en el día no la sabe, pero no ha llamado su atención ni por exceso ni por defecto.

Temperatura, 36,5. Pulsos, 100. Tensión, 7,5 máxima y 0 mínima.

No hay acetona en la orina ni ningún elemento anormal.

ANALISIS: H., 4.700.000. L., 11.600. E., 1. Bastón, 4. S., 70. L., 23. M., 4. V. de S., 18.

Indagando los precedentes de esta situación nos refiere el enfermo que desde hace unos cinco meses creía notarse algo rijo, no teniendo ganas de pasear con los amigos y prefiriendo en sus ratos de ocio irse a leer a la biblioteca pública, pero sin que esto llamara su atención, notara sensación de enfermedad ni pensara remotamente en consultar con el médico. Únicamente forzado por nuestras preguntas hace memoria de ello. Fue hace aproximadamente tres meses cuando ya de una manera manifiesta, aunque no alarmante, notó cansancio desproporcionado al esfuerzo que hacia, le fatigaba mucho subir las escaleras del segundo piso en que vive, se cansaba de estar de pie tras el mostrador y tenía que sentarse con frecuencia. Pequeños esfuerzos, como pueden ser el colocar cajas de caízado en las estanterías o levantar pequeños pesos, lo cansaban como si hubiera realizado un fuerte trabajo. Esto también lo notaron sus familiares, que dicen que cuando andaba iba agobiado como un viejo. Se levantaba relativamente bien y a medida que transcurria el día se iba encontrando más cansado. Conforme pasaba el tiempo esta astenia se iba acentuando, pero él lo atribuía a que comía poco y quizás a la masturbación. Siempre ha sido delicado para comer, pero últimamente aumentó su anorexia de una manera evidente. Coincidiendo con esto, fue adelgazando poco a poco sin llegar a extremos llamativos, pues aun en la actualidad, su delgadez no es extrema. Dice que ha perdido unos diez kilos. Siempre estremido, con diarreas alguna vez, y cree que en esta última época padecía de ellas con más frecuencia. Hemorroides. No ha tenido accesos de bulimia. Respecto a la cantidad de agua que bebe al día, no le ha llamado la atención beber menos de lo habitual. El cree que bebe lo normal y lo mismo que ha bebido siempre. Desde hace ya bastante tiempo (no precisa) le da hipo con frecuencia.

Dice que hará unos dos meses, un amigo que hacia tiempo no lo veía, le dijo que estaba más moreno. Esta mayor pigmentación también la notaba él y sus familiares, que dicen se ponía "renegrido", lo que atribuían a su adelgazamiento. Estos datos sobre el color se refieren a los dos últimos meses. Preguntado sobre si había observado la aparición de nuevos léntigos, no se había fijado en ello. Siempre ha sido de carácter caprichoso, retraído e irritable. Cree que la irritabilidad y una cierta tendencia a la tristeza se la acentuaron últimamente.

Dice no haber tenido dolorimiento en la región renal. En la esfera sexual se manifiesta como masturbador diario desde los diecinueve años, práctica que ha continuado hasta hace poco más de un mes, manifestando que últimamente notaba aumentarse su astenia después de este acto.

No recuerda ningún traumatismo ni emoción intensa.

Entre sus antecedentes personales nada hay digno de mención más que un reumatismo cardoarticular a los nueve años, que no ha dejado como secuela ningún efecto valvular.

Respecto a los familiares, el abuelo paterno fué diabético. El padre, muerto de accidente, vivió sano y presentaba un color de cara bastante moreno, con algunos léntigos negros en las mejillas.

La madre vive sana y no ha tenido abortos. Cuatro hermanos viven sanos.

Como se ve, la historia y la sintomatología son muy típicas de enfermedad de Addison; pero, no obstante, teníamos algunos reparos que impedían, de momento, aceptar la responsabilidad de un diagnóstico que lleva aparejado, aun con los actuales métodos de tratamiento, un pronóstico infausto más o menos a la larga. Estos reparos se fundaban, en primer lugar, en la ausencia de pigmentaciones mucosas típicas, pues como hemos visto antes, excepto una, no muy clara, eran de localización simétrica, lo que en un sujeto constitucionalmente moreno tiene un valor muy escaso. En segundo lugar, los léntigos eran asimismo constitucionales y el enfermo no sabía si le habían aparecido nuevos en el transcurso de su enfermedad y, finalmente, el aumento de la intensidad de la melanodermia, que aseguraban el enfermo y sus familiares haber observado últimamente, es un dato de interpretación subjetiva difícilmente valorable, puesto que nuestras propias preguntas podían ejercer un efecto sugestivo en este sentido, aparte que el adelgazamiento por sí mismo puede oscurecer la coloración por concentración del pigmento. Por nosotros mismos no podíamos juzgar por ser la primera vez que veíamos al enfermo. Aceptada esta crítica de datos tan fundamentales y habida cuenta de la astenia constitucional del enfermo con su cortejo de anorexia, poca energía, pronta fatigabilidad, etcétera, que tal estado constitucional lleva consigo, todos los demás síntomas, aun el interesante de la presentación de una crisis digestiva a raíz de una infección amigdalina, perdían significación, por lo cual, y a pesar de nuestro íntimo convencimiento de que se trataba de un addisoniano, nos decidimos por observar al enfermo unos días antes de emitir un juicio definitivo.

La investigación de los datos analíticos a nuestro alcance que juzgamos más significativos nos dieron una glucemia basal de 1 por 1.000; urea, 0,25; sodemia, de 0,296 por 100, y potasemia, de 21,6 mg. por 100, cifras dentro de la normalidad, pero que, sin embargo, al enjuiciar las dos últimas, nos parece que puede dársele cierto valor al hecho de que la del sodio esté en el límite inferior y la del potasio en el superior.

Respecto a pruebas funcionales y complejos análisis, sabido es que en todos los procesos endocrinos en general, y en la enfermedad de Addison en particular, están subordinadas a la clínica y no suelen servir más que como sumandos conformativos que añadir a lo que aquella descubrió; aparte de que su positividad es algo tardía, como claramente hemos visto en este caso con unas cifras de sodio y potasio en sangre que se encuentran dentro de la normalidad.

Con todo, según MARAÑÓN, hay dos pruebas: la de la hipoglucemia-acidosis insulínica y la de la potasemia provocada que puede tener valor, pero tanto la una como la otra nos parecían completamente improcedentes y peligrosas en el estado en que el enfermo se encontraba.

Ya habíamos comenzado, por lo demás, un tratamiento enérgico con sueros salino y glucosado, Percortén de 10 mg., Cebión fuerte y adrenalina, con lo que en seguida desaparecieron los vómitos, pudiendo suprimir los sueros y comenzando una alimentación adecuada a la que añadimos cloruro sódico en grageas queratinizadas. Al día siguiente, presentó el enfermo una fiebre de 40°, que desapareció antes de cuarenta y ocho horas.

No insistiremos en detalles de tratamiento. Lo importante es que no transcurrieron muchos días sin que tuviéramos la certeza de que nuestro supuesto diagnóstico era acertado. Esta certeza nos la proporcionaron varios datos, como son la rápida mejoría, la elevación de su tensión a 11 de máxima y 6 de mínima en cuatro días, una interesante manifestación del enfermo que nos dijo que, al mirarse con detención al espejo, se percató de que tenía en la frente y mejillas lunares pardos que, con toda seguridad, reconocía como nuevos, y como dato definitivo el blanqueamiento en menos de quince días, siendo en los pezones, prepucio y nudillos donde más clara e intensamente se manifestó. La cara recobró el color que anteriormente tenía, con notable diferencia respecto al que hacía muy pocos días presentaba, reconociendo entonces todos que el oscurecimiento había sido más intenso de los que suponían, pero que su presentación paulatina les había impedido darse cuenta de su intensidad. A los quince días se encontraba prácticamente normal, aunque aun con cierta astenia.

Lamentamos que el ambiente domiciliario, la modesta economía del enfermo y nuestra penuria nos hayan impedido verificar radiografías y determinaciones analíticas que hubieran añadido interés a nuestra observación y dado un carácter más científico y completo a nuestro caso, pero creemos que con lo expuesto queda fuera de toda duda la seguridad del diagnóstico y cumplido nuestro modesto propósito de hacer resaltar el hecho de que una crisis digestiva pueda ser el primer dato que ponga al clínico sobre la pista de la existencia de una enfermedad de Addison.