

muy superficial. Percutiendo se obtiene un sonido timpánico generalizado. La palpación superficial no encuentra contractura; duele discretamente al palpar sobre la región periumbilical. Por debajo de ombligo se percute un asa con sonido metálico. Se auscultan ruidos intestinales intermitentes en esta zona, de timbre también metálico. El tacto rectal demuestra un fondo de saco de Douglas abombado, pero no doloroso.

Exploración radiológica.—En pie, y sin papilla de contraste, se observan varios niveles en la zona central del abdomen, amplics, dispuestos en escalera, típicos de intestino delgado. Aerocolia derecha e izquierda. Enema opaco: el marco cólico, relleno rápidamente hasta ciego, es normal. Puesto de pie nuevamente el enfermo se comprueba que los niveles corresponden a intestino delgado.

Hemograma.—Leucocitos, 6.200 con 15 cayados, 35 segmentados, 46 linfocitos y 4 monocitos.

Diagnóstico preoperatorio: Ileo de intestino delgado de causa desconocida.

Operación (doctor PERA). Anestesia general con éter. Laparotomía media mixta. Al abrir la cavidad peritoneal sale líquido de reacción, seroso. Aparecen asas delgadas, muy dilatadas. En seguida se nos muestra como causa de la oclusión una brida fibrosa que parte de un divertículo de Meckel y que parece corresponder, por su inserción junto al ombligo, al conducto onfalo-mesentérico obliterado.

Sección del conducto fibroso y resolución del cuadro obstructivo. Las asas delgadas se hallan adheridas en un corto trecho, a nivel del divertículo, por un proceso inflamatorio del mismo (diverticulitis antigua). Hay ganglios gruesos en el mesenterio del asa donde se implanta aquél y uno de ellos se extirpa para examen histológico. Se liberan fácilmente estas adherencias laxas.

Diverticulectomía con cierre mediante sutura transversal con puntos de lino sueltos en dos capas; queda permeable el intestino. Cierre en tres planos de la cavidad abdominal.

El curso postoperatorio fué totalmente normal dándose de alta a los doce días de la intervención.

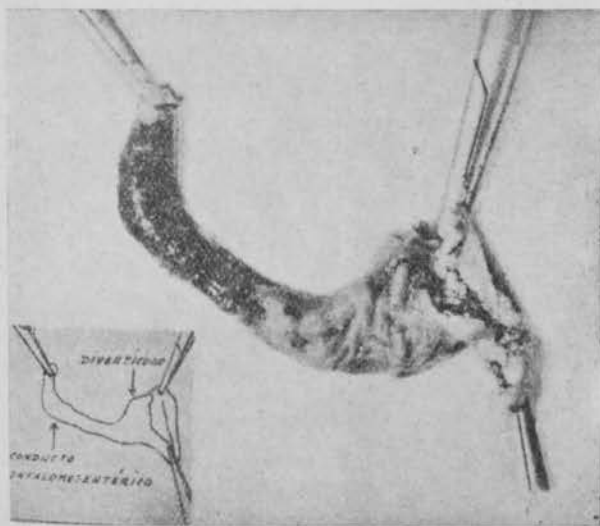


Fig. 1.

El estudio anatomopatológico del divertículo (fig. 1), realizado en el Servicio de Anatomía Patológica, demostró que estaba afecto de un proceso inflamatorio inespecífico similar al encontrado en el ganglio que se extirpó.

RESUMEN.

Se presenta un caso de íleo de intestino delgado, en un niño de ocho años, producido por un divertículo de Meckel con persistencia del

conducto onfalo-mesentérico obliterado, como aportación a la casuística, ya publicada, del Servicio.

BIBLIOGRAFIA

1. GARCÍA-BARÓN, A.—Rev. Clín. Esp., 49, 225, 1953.
2. CHRISTE, A.—Am. J. Dis. Child., 42, 544, 1931.
3. BROOKES.—Brit. J. Surg., 52, 57, 1954.
4. HOWELL.—Am. J. Dis. Child., 71, 365, 1946.
5. GROSS, T.—The Surgery of Infancy and Childhood. W. B. Saunders Company. Philadelphia & London, 1953.

ENDOTELIOMA DE ESTOMAGO

(Aportación de un caso.)

A. VIÑUELA HERRERO.

Médico Interno del Servicio.

Casa de Salud Valdecilla.
Instituto Médico de Postgraduados.
Servicio de Anatomía Patológica.
Jefe: Doctor E. OLIVA.

La rareza de esta lesión, la escasez de casos similares y la discusión en torno a ellos, nos mueve a dar cuenta de uno que recientemente hemos estudiado.

Enfermo B. S. J. E., de cincuenta y seis años, cuando acude en julio de 1950 a la consulta de Aparato Digestivo, quejándose de molestias en el estómago desde hacía treinta años, con temporadas buenas de uno o más años y malas de ocho días, habiéndose prolongado en aquella ocasión a dos meses. No se queja de dolor, sino de malestar en epigastrio a la hora y media de las comidas (más después del desayuno), y que no se modifica con ninguna influencia externa. Depositiones irregulares. Los restantes datos negativos, salvo la exploración radiológica, varias veces repetida desde mayo de 1953, y en la que se nota un defecto circular constante en la porción horizontal de la curvatura mayor, llegando a palpar el doctor BARÓN "un resalte que le da la impresión de ser más duro que lo normal".

Operado el 22 de agosto de 1953, aparece en cara anterior del estómago, muy cerca del ángulo de la curvatura mayor, una tumoración algo aplanada, aunque redondeada, como una avellana grande. La pared del estómago es movable en todas las direcciones. Previa biopsia rápida de la tumoración, se recomienda la resección, la cual se efectúa según la técnica de Billroth I. En el surco pancreático duodenal hay un ganglio pequeño, pero duro, que se toma para biopsia, en la que sólo se apreciaron las lesiones correspondientes a una adenitis simple. No se encuentran alteraciones de los restantes órganos abdominales.

La tumoración consta de un nódulo de 4 cm. de diámetro mayor, desarrollado en pleno espesor de la pared gástrica, flojamente adherido a las capas interna y externa que le envuelven. Al corte es blando, con

áreas de color blanco-grisáceo y otras oscuras pardo-rojizas ricas en sangre.

La situación exacta del tumor dentro de la pared del estómago nos resulta difícil de determinar, pues a causa de las manipulaciones de la biopsia rápida se despojó de sus capas envolventes a una parte de la pieza. La parte restante muestra el orden siguiente, según se indica en la figura 1:

- 1.º Mucosa.
- 2.º Muscularis.
- 3.º Submucosa.
- 4.º Capa muscular longitudinal.
- 5.º Tumoración.
- 6.º Musculatura longitudinal y circular.



Fig. 1.

En todos los casos publicados que hemos podido consultar, la neoformación se sitúa en la submucosa. En este caso esta capa está libre, separada de la tumoración por una capa ancha de tejido muscular que después de cubrirla se une en ángulo agudo a las fibras musculares de la capa externa. Parece, pues, que el tumor se haya originado o en el espesor de la muscular o en la serosa, y que en este caso al crecer hacia la pared se hubiera envuelto con un fondo de saco muscular.

Microscópicamente, el nódulo tumoral está constituido por bandas de células poliédricas algo alargadas, de bordes tan limpiamente dibujados que dan una imagen semejante a un mosaico; el protoplasma es muy claro y transparente, resultando negativa la tinción de los lípidos; los núcleos son relativamente grandes, esféricos u ovalados, bastante bien teñidos, con la cromatina uniformemente repartida y en casi todos resaltan uno o varios nucleolos. Entre estos elementos se descubren algunos cortados de través, que con la impregnación argéntica (DEL RÍO HORTEGA, téc. VIII) aparecen como líneas alargadas y estrechas con el núcleo también aplanado, pero prominente en el centro, y algunas veces dispuestas en series de dos o tres unidas por los extremos de sus prolongaciones protoplasmáticas (fig. 2).

Entre las células tumorales hay numerosas lagunas o pequeños espacios, más o menos repletos de sangre, situados sobre todo en el centro de la tumoración, mientras que en la peri-

feria abundan más las partes sólidas. Muchas de las lagunas están formadas por extravasación de sangre y corresponden a zonas hemorrágicas; pero otras, al igual que los más pequeños espacios o hendiduras, están limitadas por un revestimiento endotelial; unas veces es un endotelio aplanado que cortado de través aparece como una línea protoplasmática algo abombada por los núcleos, también planos. Otras veces las mismas células tumorales poliédricas revisten las cavidades y en muchas ocasiones se ve dentro del mismo espacio la transición entre una y otra forma de revestimiento (fig. 3).

El estroma acompaña a los vasos y se insinúa entre los grupos celulares por medio de finas prolongaciones: presenta un alto grado de hialinización, que afecta igualmente a la pared de los vasos más gruesos; tanto éstos, como las lagunas más extensas, se encuentran en el centro de la preparación (fig. 1).

Revisando la literatura, llama la atención el poco acuerdo que existe entre los autores. Es



Fig. 2.

natural que siendo tan pocos los casos publicados, y tan rara la lesión, las opiniones sean casi en su totalidad subjetivas. En cuanto al tumor en sí, todos señalan las dificultades que pueden surgir para diferenciarlo del carcinoma o el sarcoma, tanto más cuanto que EWING asegura que en tres de los cinco casos por él estudiados pudo demostrar la existencia de alvéolos de típico cáncer gástrico. Por otra parte, su estruc-

tura se complica muy frecuentemente por múltiples degeneraciones y lesiones elementales, cosa de gran importancia, ya que el estudio se hizo en un momento bastante avanzado, tanto en nuestro caso como en todos los que hemos revisado. Todo ello hace el diagnóstico tan delicado que no sólo se ha discutido, sino que se ha negado por muchos: en general, se considera imposible fuera de los de la duramadre y de los vasos, y a no ser en éstos confiesa BORRMANN que nunca lo ha hecho, porque no sabe cómo debe hacerlo. Por de pronto, este autor dudaba

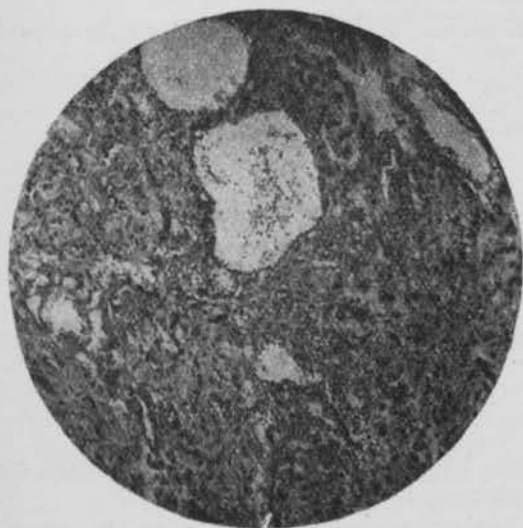


Fig. 3.

de todos los endoteliomas de estómago que conocía. A DONATH, los únicos tres casos que le parecían de garantía eran los de HANSEMAN, JUNGMAN y SSOBOLEW. CHOSROJEFF, que describió un caso de peritelioma, considera ciertos los casos de JUNGMAN, SSOBOLEW, DONATH y uno de BAGGER-JØRGENSEN, pero falsos los de FICK, CIGNOZZI y ALDEGARMAN. Sin embargo, el caso de éste es mencionado por BORST. ASCHOFF, que vió las preparaciones de CHOSROJEFF, dió por bueno su diagnóstico por encontrar gran parecido con determinados tumores del riñón, huesos y tiroides tomados como endoteliomas.

El diagnóstico de endotelioma basado en los caracteres morfológicos, parece que ha servido para englobar algunos tumores que no se ha sabido dónde catalogarlos. Representaría una denominación para un grupo de tumores distinto del carcinoma y de los sarcomas. BORST condicionó el diagnóstico de endotelioma a la disposición en forma de tiras celulares sólidas y canalizadas así como la inclinación a la degeneración hialina. RIBBERT, mucho más exigente, imponía la demostración de que los componentes del tumor formasen por sí solos endotelios crecientes.

Nuestro diagnóstico se basa: 1.º En la clínica y evolución del tumor, que nos permite descartar otras lesiones. 2.º En la morfología, que

nos permite equipararlo a otros casos descritos y encontrar algunas estructuras típicamente endoteliales. Se pueden descartar el carcinoma y el sarcoma: historia de treinta años de duración, tumoración que no progresa en las exploraciones sucesivas, limitación perfecta en la pared gástrica, encapsulamiento, falta de metástasis y, por último, la imagen microscópica (única definitiva), que en este caso no se presta casi a dudas a este respecto. Por el contrario, el cuadro histológico tiene un aspecto endotelial tanto en lo que se refiere a las células aplanadas como a la formación de espacios y hendiduras revestidos por las propias células tumorales más o menos diferenciadas. Se cumplen, pues, las condiciones no sólo de BORST, sino de RIBBERT.

Al querer juzgar del pronóstico, vemos cómo BRODERS afirma terminantemente que el hemangioendotelioma siempre es maligno, así como el hemangioma siempre es benigno. Algunos casos (DONATH, HANSEMAN) presentaron metástasis en el hígado. Sin embargo, en la mayoría de los publicados, la evolución fué

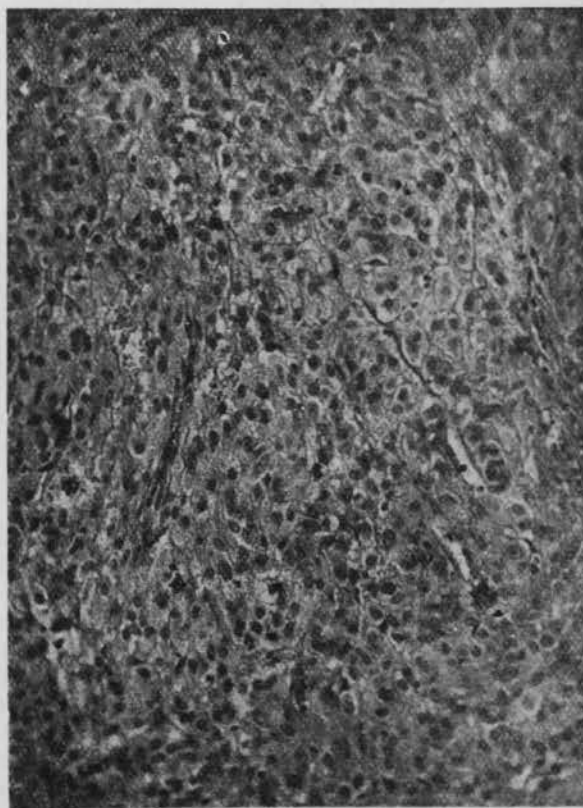


Fig. 4.

completamente favorable. BAUMEKER piensa que en lugar de metástasis podía haber habido una sistematización de la enfermedad, afectando simultáneamente al estómago y al hígado: nos parece una interpretación gratuita, hecha precisamente a propósito del caso de DONATH, cuando a éste le parecieron las metástasis lógicas y fáciles al descubrir la proliferación de las células tumorales dentro de los vasos.

Nuestro enfermo lleva más de un año después de operado sin aquejar ningún trastorno. Vistas las razones por las que descartábamos el carcinoma y el sarcoma, así como la integridad de la cápsula y los caracteres de las células tumorales, consideramos este endotelioma como una lesión benigna.

RESUMEN.

Se presenta un caso de endotelioma del estómago, originado al parecer en la capa muscular, y con una evolución benigna.

BIBLIOGRAFIA

ANSCHÜTZ y KONJETZNY.—Dtsch. Chir. S., 46.
BAGGER-JØRGENSEN.—Hygiea, 73, 376, 1911.
BAUMEKER, H.—Beitr. z. Klin. Chir., 148, 574, 1929-30.

BORRMANN, R.—En Henke-Lubarsch: Handbuch der spez. Path. Anat. und Histol., Bd. 4, I Teil.
BORST, M.—En Zweifel-Payr: Klin. der bösartigen Geschwülste, Bd. 1.
BORST, M.—Allgemeine Path. der Malignen Geschwülste, Leipzig, 1924.
BORST, M.—Pathologische Histol. Leipzig, 1922.
BRODERS, A. C.—En Walters, Gray y Priestley: Carcinoma y otras lesiones malignas del estómago. Salvat, 1946.
CHOSROJEFF, G.—Beitr. z. Path. Anat. Bd. 54, pág. 602.
CIGNOZZI, O.—Riforma Medica, 31 449-454, 486-493, 514-520, 536-545, 1905.
DONATH, K.—Virch. Arch. f. Path. Anat., 195, 31, 1909.
EWING, J.—Neoplastic Diseases. W. B. Saunders Co., 1928.
(Más bibliografía sobre endotelioma en las págs. 1.058 a 1.060.)
FRASER, J.—Brit. J. Surg., 7, 335, 1919-20.
HANSEMAN, A. C.—Deutsch. Med. Wschr., 22, 52, 1896.
HUNERMAN, TH.—Arch. f. Klin. Chir., 124, 258, 1913.
JUNGSMANN, R.—Diss. Würzburg, 1892.
OLINDER, R.—Acta Chir. Scand., 65, 475, 1929.
PULFORD, D. S.—Ann. Surg., 82, 710, 1925.
RIBBERT, G.—Geschwulstlehre. Bonn, 1914.
DEL RÍO-HORTEGA, P.—Arch. de Histol. Normal y Patol., 2, 580, 1943-44.
SHERRILL, J. G. y GRAVE, F. S.—Surg. Gyn. and Obst., 20, 443, 1915.
SIMON, N.—Dtsch. Chir., 43, 1928.
SSOBLEW, V.—Virch. Arch., 161, 56, 1900.

REVISIONES TERAPEUTICAS

TRATAMIENTO MEDICO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL

A. P. REAL (*).

La terapéutica de la hipertensión arterial permanente, y de etiopatogenia ignorada, es uno de los problemas médicos que más concita la atención de clínicos y de investigadores, como se desprende por los siguientes hechos:

1. El gran número de trabajos que sobre el tema se escuchan en los Congresos de Cardiología y el auditorio, siempre numeroso, que presentan las sesiones que tratan sobre la misma.

2. La cantidad "in crescendo" de enfermos hipertensos, que hoy más que nunca desfilan por los consultorios hospitalarios y particulares.

3. Los diversos productos que de continuo se están ensayando con el fin de encontrar la droga realmente útil y, por ende, eficaz en la sintomatología subjetiva y objetiva de la enfermedad hipertensiva.

Nosotros, que hemos estado atentos a la aparición de las nuevas sustancias hipotensoras, las hemos aplicado sistemáticamente a nuestros enfermos cuando las experiencias demostraron efectos positivos e inocuidad absoluta, siguiendo las normas y dosis de los investigadores, y guiados por un espíritu de absoluta ecuanimidad para el juicio definitivo de su eficacia.

Después de hacer algunas consideraciones sobre el régimen hiposalino y de las resinas cambias, exponemos en forma sintética los resultados obtenidos con el uso de cada una de las principales sustancias o drogas hipotensoras actualmente

en boga, habiéndose tenido en cuenta para ello lo siguiente:

1. Los enfermos fueron en todos los casos ambulatorios y no se tuvo en cuenta el grado de esclerosis arterial, de manera que entran en la evaluación de nuestros resultados tanto hipertensiones funcionales como con intenso daño arterial (no malignas ni malignizadas).

2. Aparte del tratamiento medicamentoso se prescribía invariablemente dieta pobre en sustancias grasas y con limitación moderada de la ingestión de sal.

3. La sustancia en estudio fué aplicada siempre sola (nunca en combinación simultánea de dos o más) durante un tiempo prudente para establecer conclusiones, y que oscilaba entre dos y cuatro meses.

4. En un mismo enfermo fueron utilizadas varias drogas en forma sucesiva, con periodos de descanso entre las aplicaciones de unas y otras para evitar apreciaciones erróneas.

5. El control manométrico se efectuaba cada siete días aproximadamente y se consideraba válida la tercera determinación.

Con los puntos 1 y 2 se eliminaban las influencias favorables del reposo absoluto y del riguroso régimen hiposalino. El reposo absoluto no puede entrar a formar parte de las prescripciones terapéuticas corrientes, quedando su indicación para cuando se esbozan los síntomas de insuficiencia izquierda (cardiopatía hipertensiva) o se prevén trastornos cerebrales (encefalopatía hipertensiva: intensas cefaleas, vértigos, vómitos de tipo cerebral, pérdida del conocimiento, etc., etc.).

El hecho de tener a un enfermo con hipertensión arterial, complicada o no, internado en un sanatorio u hospital, administrándosele tal o cual droga a los efectos de su curación o mejoría, cuando ésta se produzca no podemos saber a ciencia cierta qué

(*) Eva Perón, 1.177, Rosario (provincia de Santa Fe), República Argentina.