

Por el Profesor de Fisioterapia, _____

X Sr. Dr. Dn. Pablo Arturo Suárez.

X **Un caso de vólvulus del
estómago por adherencias.**



ÁREA HISTÓRICA
DEL CENTRO DE INFORMACIÓN INTEGRAL

Un caso de vólvulus del estómago por adherencias

Es digno de mencionarse el caso de que nos ocupamos, ya por su rareza, ya porque su esclarecimiento ha sido el resultado de una paciente investigación radiológica.

Lucrecia Córdova de 18 años de edad, natural de la Provincia del Tungurahua, es enviada al Hospital con el diagnóstico de cólicos hepáticos por litiasis biliar. Ingresa a la Sala de Clínica el 28 de julio de 1929.

El interrogatorio a que le sujetan permite descubrir que ha sufrido de dichos cólicos desde la edad de 10 años, cólicos que se le han presentado cada dos meses aproximadamente. El tratamiento antilitiásico y analgésico a que se le sujeta, le mejora; y considerándole libre de peligro, se le dá el alta el 12 de agosto de 1929.

El 17 de Octubre regresa a la misma sala del Hospital con idénticos síntomas a los anteriores: dolor epigástrico intenso con irradiaciones a la espalda, vómitos biliosos, no hay fiebre; las deposiciones son de color normal, no hay ictericia.

El 19 de octubre, con mi agregado el Dr. Villacis, practicamos la inyección intravenosa de tetrayodo-fenoltaleina. La Radiografía N^o. 1, tomada a las 10 horas de la inyección indica una vesícula (señalada con flechas) de contornos netos, regulares, de posición y capacidad normales, sin sombras de cálculos. Una 2^a. Radiografía practicada 2 horas más tarde, después de una comida rica en proteína y grasa, ya no marca la vesícula, indicando un vaciamiento completo; la que manifiesta también una tonicidad y permeabilidad vesicular normales.

Desde la inyección de la sustancia opaca citada la enferma presentó fiebre oscilante entre 39 y 37° durante 3 meses. Esta fiebre cedía momentáneamente a los antitérmicos, pero luego volvía a sus oscilaciones entre los términos indicados, apenas se suspendía la administración de dichos medicamentos; solo cedió con ocasión del tratamiento pulmonar que se instituyó más tarde cuando los exámenes radiológicos sucesivos dieron la razón de tal tratamiento.

En vista de la normalidad de la vesícula biliar y de la fiebre oscilante cotidiana con remisiones matutinas y de los síntomas abdominales enunciados, era justo pensar en un proceso supurado por peritonitis localizada, se le practicó un examen radioscópico del tubo digestivo, previa comida opaca de citobario. El resultado de este examen fue el siguiente: aereocolia en el colón transversal, ángulo esplénico y descendente. Estómago biloculado; bolsa inferior o fondo estomacal presentaba una torción sobre su eje vertical, de tal modo que el antro pilórico y el píloro se hallaban en dirección anteroposterior y ocultos por el cuerpo estomacal en posición frontal; el bulbo duodenal debordaba la curvadura menor y se continuaba con la rodilla duodenal que se dirigía hacia la cara posterior del cuerpo estomacal, volviendo a aparecer en su 3ª. porción en la región umbilical para-vertebral. La evacuación era fácil y el tránsito de la comida se continuaba normalmente a pesar de la alteración de las relaciones anatómicas; se pudo ver el paso por el yeyuno fácilmente. El dolor era netamente estomacal a nivel de la biloculación. Las presiones no hacían cambiar de posición y forma el contenido estomacal. Los exámenes sucesivos que se practicaron cada 2 a 3 horas manifestaban un tránsito normal de la comida a través de todo el resto del tubo digestivo.

Para asegurar que la situación anatómica que presentaba el estómago no era transitoria, efecto de la aereocolia, se repiten 3 exámenes radioscópicos más con intervalo de 5 a 8 días uno de otro; en el 2º. examen, vista la persistencia de la torción estomacal, aún sin aereocolia notable, se practicó el 7 de noviembre la radiografía adjunta, N°. 2. Esta radiografía explica claramente la situación del estómago. En *C* se observa una cintura que bilocula ligeramente el estómago en la parte media de su cuerpo; esta cintura es probablemente efecto de una brida sobre la que el estómago se apoya para su torción en sentido helicoidal. *F* representa el

fondo estomacal turgescente ligeramente puntiagudo. *A* es el comienzo del antro pilórico que llega a ocultarse tras el fondo y cuerpo estomacal y que presenta un cono de adherencia. *B* representa el bulbo duodenal; *D* la rodilla duodenal; *D* la 3ª. porción duodenal; *Y* las porciones del yeyuno; *H* representa la sombra hepática.

Estos exámenes imponen el diagnóstico siguiente: vólvulus del estómago permanente por una brida mediogástrica originada probablemente por un proceso supurado de peritonitis localizada.

La paciente continúa con síntomas abdominales de dolor epigástrico, estado nauseoso, sudores y fiebre oscilante. Se espera una mejoría del estado general para una intervención quirúrgica.

El 10 de enero de 1930, se decide un nuevo examen del tubo digestivo para mantener el control de la situación estomacal. El resultado del examen fué el de siempre; los signos radiológicos estomacales se mantenían los mismos. Al mismo tiempo se efectúa un examen prolijo radioscópico de los pulmones; se constata en el pulmón derecho, en el lóbulo medio una gran caverna; además la base derecha velada y de amplitud respiratoria disminuída; hilios manchados y con calcificaciones. Este hallazgo radioscópico no se había anunciado antes por signos clínicos pulmonares que llamen la atención.

Con este importante signo pulmonar añadido a los presentados anteriormente en el abdomen, se completó el diagnóstico en esta forma: vólvulus estomacal por brida causada por un proceso fibro-caseoso peritoneal de origen tuberculoso con lesiones cavitarias pulmonares del lado derecho.

La historia presente pone de relieve la importancia de los exámenes radiológicos sucesivos practicados en serie paralela a la evolución de la enfermedad. El concepto primitivo sobre esta enferma debió ser totalmente modificado gracias al control radiológico; pues el diagnóstico primitivo impuesto por varios médicos fue de litiasis biliar.

Y a este propósito cabe también mencionar, aunque solo de paso, el caso de la Radiografía N.º 3 en que también se presentaron síntomas de litiasis biliar en forma de crisis francas de cólico hepático con vómitos biliares, dolor epigástrico, ictericia y acolia transitoria. El examen radiológico puso de manifiesto que se trataba de una estenosis

mediogástrica por neoplasia estomacal. El estómago se presenta dividido en dos bolsas; una sombra marmoleada que es el tumor constituye el dique de división, dejando comunicación estrecha e irregular entre las dos cavidades en que se halla dividido el estómago. El examen de la vesícula consigné datos negativos; probablemente la colecisto-duodenitis concomitante produjo los síntomas hepáticos.

Los rayos X contribuyen pues poderosamente con datos precisos que ratifican o rectifican un diagnóstico, que orientan las investigaciones sucesivas o descubren lesiones inapreciables por otros medios. Desde que existen valiosos medios de control como los radiológicos, ya no se cree a ojo cerrado en la concordancia absoluta entre la sintomatología aparente y las lesiones reales; por esto la actitud del clínico ha debido cambiarse: hoy el clínico es el juez que recopila documentos, forma un expediente y sentencia para instituir el tratamiento; la deducción analítica ha sustituido a la inducción, pues a los razonamientos especulativos se les ha cambiado por conclusiones precisas resultantes de la aplicación sistemática de procedimientos técnicos. La ciencia de curar depende del arte de investigar.

RADIOGRAFIA N° 1

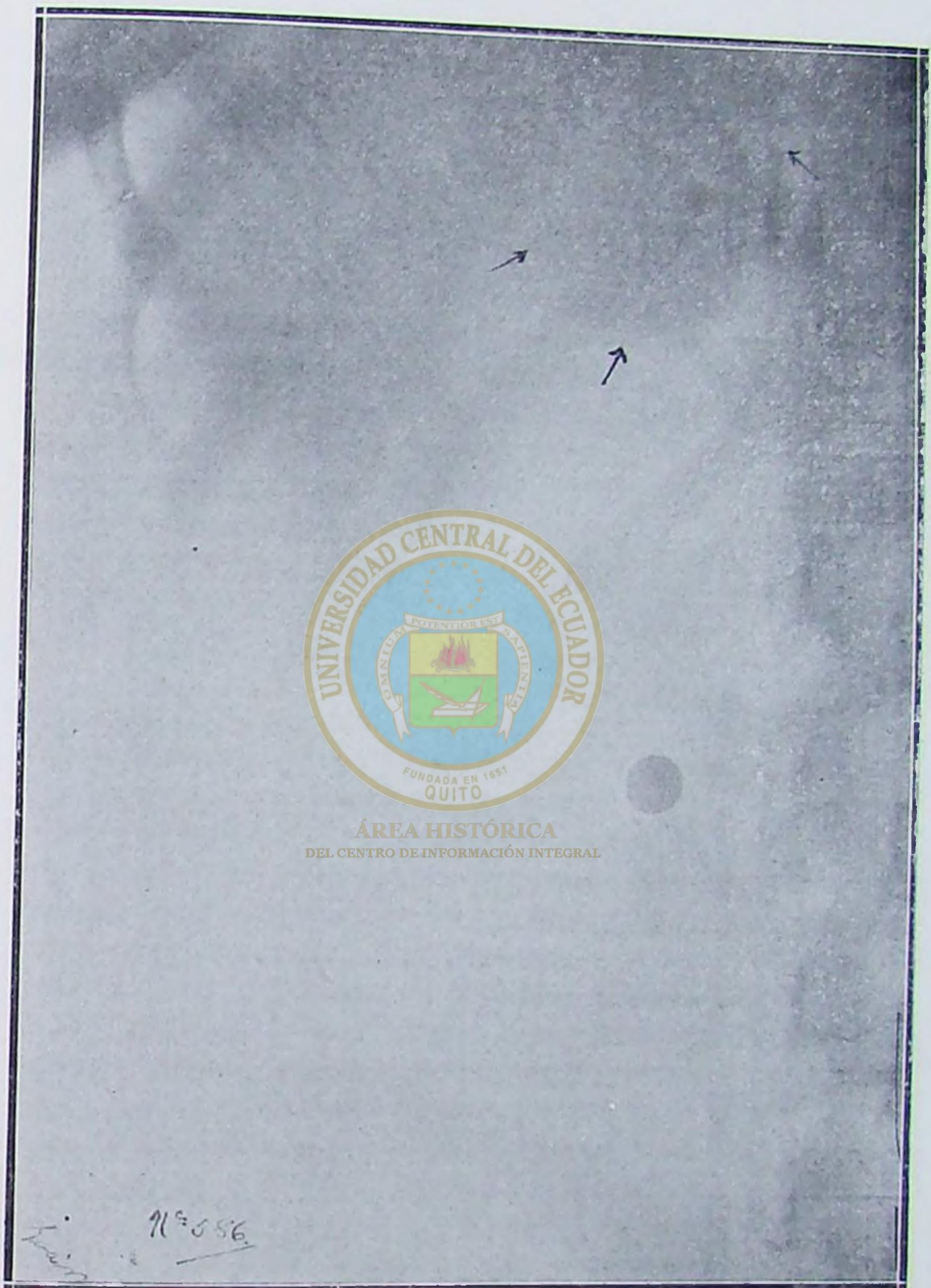


Imagen de la vesícula biliar limitada por las flechas, de contornos, capacidad y situación normales, sin sombras de cálculos.

Radiografía tomada 10 horas después de la inyección intravenosa de 4 gramos de Tetrayodofenofaleina sódica.

RADIOGRAFIA N° 2

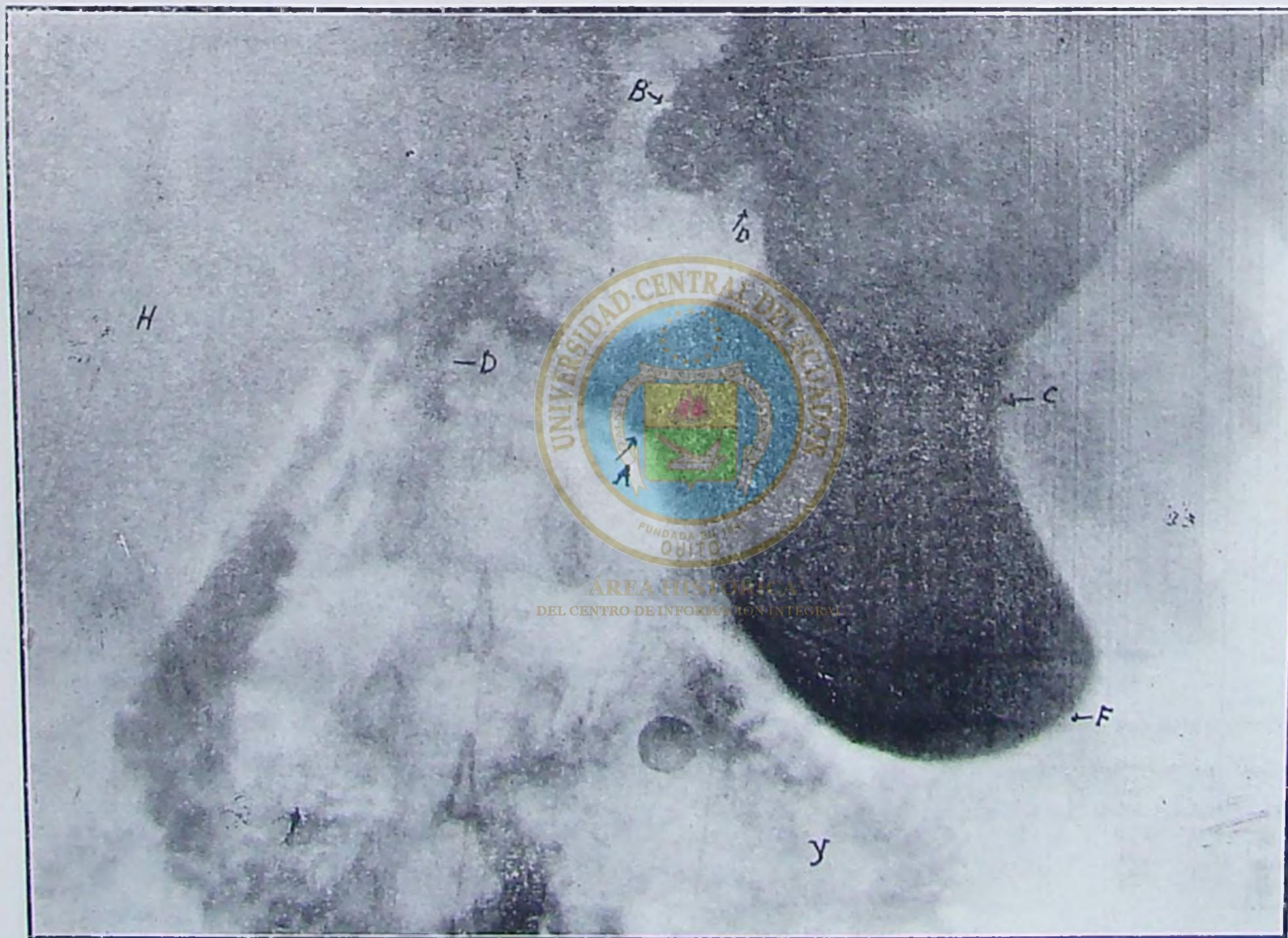


Imagen del estómago virado en dirección antero-posterior, por torsión sobre la cintura c.
Radiografía tomada 10 minutos después de la ingestión de 250 c. c., de emulsión de citobario.

RADIOGRAFIA N° 3



Imagen del estómago biloculado por un tumor T que produce una estenosis mediogástrica.

Radiografía tomada 30 minutos después de la ingestión de 250 c. c. de emulsión de citobario.