

medios divulgar la necesidad que el médico tiene de pensar menos en las hemorroides para recordar más el cáncer del recto v, sobre todo, de prodigar la exploración de la región anorrectosigmoidea, para descubrir las múltiples afecciones anorrectales, que, como dice nuestro maestro GALLART-MONÉS, pudiendo ser fácilmente vistas y tocadas, no se hace lo posible para tocarlas v verlas.

Después de resumir dos historias clínicas escogidas al azar, entre otras que podrían sobradamente demostrar lo anteriormente indicado, se insiste en lo fácil que hubiera sido evitar errores tan imperdonables, ateniéndose sencillamente a la regla general antes expuesta de explorar bien la región anorrectosigmoidea, desechando diagnósticos acomodaticios y prescindiendo de cómodas rutinas.

El cáncer del recto, el más benigno del aparato digestivo, por su especialísima evolución anatomoclínica lenta, tolerable durante largo tiempo, es ciertamente curable, pero como ha podido demostrarse en las historias referidas, la vida de los enfermos cancerosos rectales está a menudo comprometida por la negligencia del médico a practicar una simple exploración de la región anorrectal. Téngase presente que el roce producido por el paso del cilindro fecal sobre la superficie de la neoplasia, puede producir fácilmente pequeños traumatismos o insignificantes heridas que determinan la expulsión de pequeñas o medianas pérdidas hemáticas, que al igual que ocurre en las hemorroides, serán expulsadas después de defecar, regando las heces. En otras ocasiones, la primera ulceración espontánea de la neoplasia, será la determinante de la primera epistaxis rectal sintomática de un cáncer silencioso. Se acepta fácilmente en clínica que constipación más sangre regando las heces, es igual a hemorroides; si bien esa fórmula es verdad en la generalidad de los casos, no es menos cierto que, en otros, constipación más sangre que riega las heces, es igual a cáncer del recto.

Por todo esto, siguiendo la consigna de nuestra escuela, no desperdiciaremos ocasión para incrustar en la mente del médico la necesidad de explorar detenidamente la región anorrectosigmoidea a todo enfermo que, de la forma que sea, presente o haya presentado la menor pérdida hemática por el ano, única manera de poder descubrir oportunamente el cáncer del recto y poder someter a estos enfermos a una terapéutica útil y muchas veces curativa.



Lesiones gástricas de evolución atípica

Dr. VIDAL COLOMER

Sesión Clínica del día 19 de mayo de 1949

DESPUÉS de diferentes consideraciones sobre las dificultades que encierra a veces el diagnóstico de determinados casos, presenta dos de ellos que, tanto por los síntomas que presentaban como por la evolución que siguieron, merecen ser atentamente considerados.

En el primer caso, se trataba de un carcinoma ulceriforme en un enfermo de 52 años, que había tenido una complicada historia, primero con ictericia, a la vez que se descubrió la existencia de una diabetes. Este enfermo presentaba un hígado aumentado de volumen v el hipocondrio derecho doloroso a la palpación. Posteriormente, se instaló de un modo constante el síndrome de dolor tardío en epigastrio a temporadas francas, con defensa muscular en el hipocondrio derecho, persistente. Se sometió a exploración radiológica; en la primera exploración, la imagen era muy sospechosa de neoplasia. Sometióse al en-

fermo a tratamiento de prueba, durante el cual tuvo un cólico hepático típico. La segunda exploración puso en evidencia un gran nicho en las proximidades del píloro, que una tercera exploración demuestra estar situado en la cara posterior.

El segundo caso hace referencia a un enfermo que tenía una historia de diez años, de malestar y dolor continuo en el hipocondrio derecho, con náuseas y algún vómito alimenticio, por períodos de 15 días a tres semanas de duración. Parece ser que había tenido febrícula e ictericia. Las molestias se aliviaban con calor local y cedían al tomar un purgante salino. Posteriormente, las molestias se intensificaron, con aumento del dolor y apareciendo además fiebre, ictericia con orinas pigmentadas y estreñimiento. La zona vesicular era muy dolorosa a la palpación profunda. Todo lo demás, normal.

La colecistografía es positiva, sin imágenes calcúlosas. La exploración radiográfica de estómago demostró la existencia de alargamiento del conducto pilórico y angulación del mismo con un nicho en pleno conducto.

La intervención quirúrgica demuestra la existencia de un cáncer ulceriforme prepilórico, con metástasis ganglionares.

Se extendió en diferentes hipótesis referentes a las causas determinantes de la atípica aparición de la sintomatología clínica en cada uno de estos casos, valorando los datos a favor y en contra para poder admitir una explicación acertada.

Discusión

BADOSA: El nicho prepilórico es siempre muy sospechoso de neoplasia, no debiendo despistarnos el hecho de su disminución con el tratamiento de prueba. Refiriéndose al segundo caso, lo considera una neoplasia ulceriforme, que hizo finalmente una evolución rápida.

GRAS: Cita un caso de dificultades diagnósticas evidentes, que se refiere a un enfermo que por su sintomatología fué explorado a rayos X minuciosamente, sin encontrarse lesión alguna, y que a los tres meses llegó a palparse una tumoración que una nueva exploración a rayos X pudo hacer afirmar se trataba de una neoplasia que la intervención confirmó.

GALLART-ESQUERDO: Comenta un caso en que tras una historia clínica de úlcus de muchos años, al iniciarse una estenosis pilórica, pudo demostrarse se trataba de una neoplasia del antro pilórico.

GALLART-MONÉS: Dice que los casos presentados constituyen unos más, de tantas formas atípicas del cáncer gástrico. Hoy estamos ya tan acostumbrados a las formas raras, que casi podríamos decir que éstas son las normales.

Cree que la transformación del úlcus es rarísima, pero que es evidente que existe. Comenta los dos casos presentados y al mismo tiempo comenta cuatro casos personales en que las dificultades diagnósticas fueron asimismo muy evidentes.