

Crónicas de Actividades Científicas

Escuela de Patología Digestiva del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona

Director: F. Gallart Monés

Úlcera de la segunda porción del duodeno

Dr. F. GALLART MONÉS

Sesión Clínica del día 5 de diciembre de 1946.

La localización del úlcus en la segunda porción duodenal, es rara, y aunque algunos autores dan la cifra de frecuencia, del 3 al 10 por 1.000, nosotros la creemos aun más rara. No cabe duda, de todos modos, que muchas veces podría pasarnos desapercibida.

Suele situarse por encima de la ampolla de Vater, y más raramente por debajo o en la ampolla misma.

La sintomatología es aproximadamente la misma que en la localización en bulbo duodenal; pueden producir, las situadas por debajo de la ampolla, ictericia por retención, o si llegan a ocasionar estenosis, vómitos biliosos abundantes e incluso de tipo pancreático.

Radiológicamente pueden apreciarse el nicho típico ulceroso, como asimismo la desaparición de las válvulas conniventes alrededor del mismo. No hay posibilidad de confusión con la duodenitis y periduodenitis, por ser imágenes totalmente diferentes. La ampolla de Vater puede inducir a confusión; esto no sucede en los nichos de caras, porque la ampolla está situada siempre en el borde, es redondeada y es también normal el perfil del duodeno que la rodea; es contráctil y varía de tamaño y se aprecian pliegues en el pedículo y en el saco.

La diverticulitis puede ser de difícil diagnóstico y se presta a confusión.

DISCUSIÓN

Gallart-Esquerdo: Cita dos casos, considerando muy rara esta localización ulcerosa. Uno de sus casos, curso con melenas, pudiéndose apreciar radiológicamente un nicho de segunda porción duodenal, con periduodenitis.

Valls Colomer: Considera la enfermedad rara, siendo de todos modos la localización más frecuente, la parte alta de la segunda porción, en cuyo lugar ha podido observar varios casos. Considera difícil el diagnóstico diferencial con el divertículo. A veces sólo se aprecia estenosis de la primera a segunda porción, sin que se aprecie nicho, pudiéndose hacer entonces el diagnóstico en virtud de este signo indirecto. No ha visto ninguna vez la localización del úlcus en la porción infravateriana.

Puig Sureda: Se extiende en consideraciones de tipo quirúrgico, haciendo resaltar las extraordinarias dificultades que al cirujano plantea esta localización.

Escuela de Patología Digestiva del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona

Director: F. Gallart Monés

Primer caso de cáncer epidermoide primitivo del antro pilórico descrito en España

Dres. A. GALLART-ESQUERDO y R. ROCA DE VIÑALS

Sesión Clínica del día 12 de diciembre de 1946.

Recuerdan los pocos casos, de cáncer epidermoide del estómago publicados en la literatura médica mundial y los clasifican en puros y mixtos.

El caso observado por los ponentes es el siguiente: Enfermo de 61 años, sin antecedentes dignos de interés. Desde hace 16 meses, tiene malestar epigástrico tardío, que se le calma con la ingestión de alimentos y con la de alcalinos. Ha sufrido todos los días desde el comienzo de su enfermedad. En los últimos 15 días, algún vómito alimenticio y algún eructo pútrido. Poco apetito. Ha perdido 6 kg. en 4 meses. Estreñimiento.

A la exploración clínica sólo se halla palidez cutáneomucosa discreta y defensa muscular manifiesta en la región epigástrica. Radiológicamente, deformación del antro pilórico, de contornos irregulares, el cual está disminuído de calibre por un proceso destructivo de tipo maligno. Anaclorhidria histamino-resistente, con Weber positivo en todas sus extracciones.

Se hace el diagnóstico de cáncer del antro pilórico. Se practica una gastrectomía amplia, tipo Polya. Curso postoperatorio normal. Alta a los 16 días.

El examen histológico pone de manifiesto un cáncer epidermoide puro localizado en el antro pilórico, con la particularidad de que invade la primera porción del duodeno. Se proyectan las numerosas microfotografías del caso, algunas de ellas en colores. Terminan su comunicación revisando las diversas teorías etiopatogénicas, la disembrioplásica, la metaplásica y la de la catabiosis celular.

DISCUSIÓN

Badosa: Pregunta si estos tumores no pueden ser metastásicos.

Pinós: Destaca el interés del caso, por su localización, ya que ciertos autores creen que el cáncer epidermoide del estómago siempre se forma a expensas de la mucosa esofágica, lo cual no puede sostenerse en el enfermo presentado. En la etiopatogenia destaca la importancia que se concede hoy día a la protoplasia celular.

Gallart Monés: Sólo el examen histológico sistemático de las piezas patológicas permite verificar estos hallazgos. Se felicita por los resultados obtenidos y exhorta una vez más a los miembros de la Escuela para que trabajen siempre en íntima colaboración con el anatomopatólogo y el cirujano.

Escuela de Patología Digestiva del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona

Director: F. Gallart Monés

A propósito de los trastornos digestivos de origen renal

Dr. J. BARBERÁ VOLTAS

Sesión Clínica del día 16 de enero de 1947

Es conocida la sintomatología digestiva que suele acompañar a muchas afecciones orgánicas o funcionales de la esfera extradigestiva. Una alteración cualquiera del aparato urinario puede desencadenar una sintomatología gastro-intestinal, que, simulando afecciones idiopáticas, sean motivo de confusión diagnóstica; esta correlación patológica está en concordancia con los conceptos actuales sobre inervación sensitiva gastro-entero-renal-simpático-medular, y también con las pruebas de experimentación que han dado respuestas claras gastro-intestinales por irritación artificial del riñón. Gallart Monés y Gil Vernet han demostrado la interrelación genitourinaria con el intestino grueso.

Un interrogatorio oportuno y sobre todo una exploración clínica concienzuda y metódica, pondrán en evidencia el origen tabético, genital, circulatorio o renal de los trastornos digestivos por los que el enfermo nos consulta. Sobre este particular, Gallart Monés ha insistido en una de sus ocho lecciones clínicas.

Que las dificultades y que los motivos de confusión son múltiples y siempre posibles, lo demuestra el siguiente caso: Enfermo con crisis dolorosas intensas, de cuatro a seis horas de duración, de localización epigástrica, acompañadas de náuseas y vómitos, de corta duración y que cede a la morfina. Nunca ictericia, ni orinas pigmentadas. Reflejos normales. Exploración abdominal absolutamente