

## Diagnóstico radiológico diferencial de los procesos de fosa iliaca derecha en la práctica diaria

Dres. A. MODOLELL y F. MANCHON

(Sesión del 27-X-45)

Después de pasar revista a los órganos que pueden ser examinados radiológicamente en la fosa iliaca derecha, dan cuenta de la marcha de la exploración y estudian separadamente cada uno de los síntomas radiológicos que ofrece el examen digestivo de esta región. Valoran la retención ileal, síntoma inseguro por depender también del tiempo de vaciaje gástrico. Describen los aspectos anormales del ciego, unas veces abarcando todo el órgano y otras respetándolo parcialmente, indicando en este caso el valor diagnóstico de la integridad del fondo cecal y del borde interno. La visualización del apéndice se consigue en la mayoría de los casos cuando se explora el paciente cuantas veces sea preciso y se utiliza una técnica, como la de CZEPKA, que fluidifica el contenido intestinal y aumenta el peristaltismo. El resultado positivo o negativo del relleno apendicular tiene menos importancia de la señalada por algunos autores, y ello explica la discordancia de pareceres que ofrece la interpretación de este síntoma. Más interés tiene el estudio de la morfología apendicular, con sus estrechamientos patológicos o espasmódicos y sus faltas parciales de relleno, muchas veces en relación con coprolitos; y sobre todo la palpación de los órganos abdominales bajo control radioscópico. Dos clases de síntomas se recogen con este procedimiento: uno objetivo, la movilidad (por la palpación o los cambios de decúbito); y otro subjetivo, el dolor provocado.

Ambos, aunque están expuestos a errores y su interpretación es más personal, son los que proporcionan datos más precisos para el diagnóstico.

Resumen de una manera esquemática alguno de los síntomas radiológicos relacionados con las afecciones que, de una manera u otra, se manifiestan en esta región, para pasar después al estudio detallado de las dos que, por su frecuencia, dominan la patología de la encrucijada ileocecal: apendicitis y tifitis.

La apendicitis crónica (las formas agudas no pertenecen al dominio de la radiología) se caracteriza principalmente por los síntomas apendiculares, alteraciones patológicas de la morfología, comprobación de adherencias y dolor provocado selectivo, contrastando con un ciego normal o deformado localmente en su borde interno. Cuando el apéndice es parcialmente visible, pero el cuadro radiológico es semejante al descrito, las probabilidades continúan señalando apendicitis. La no visualización del apéndice es insuficiente para un diagnóstico positivo, pero puede sospecharse con fundamento la apendicitis cuando no se han regateado las exploraciones y las deformaciones locales del ciego con dolor a la presión en la zona apendicular corroboran la sintomatología.

La tifitis se caracteriza por lo que se denomina «ciego irritado», que, de coincidir con un apéndice indoloro y desplazable, excluye la inflamación apendicular. Cuando el apéndice no se visualiza totalmente, resulta posible una alteración del órgano en la zona visible; pero si el ciego irritado se localiza exclusivamente en las regiones altas y medias, el diagnóstico de tifitis se impondrá con bastante certeza. Más difícil es conseguir un criterio cuando falta la represión apendicular; a lo sumo se consigue un diagnóstico de probabilidad.

Al terminar la exposición resaltan la importancia de la exploración radiológica en los procesos de fosa iliaca derecha, e insisten en la necesidad de una experiencia que, al valorar una sintomatología radiológica tan varia, proporcionen la mayor eficacia diagnóstica.

## Enfermedad de Cushing. Presentación de un caso

Dr. A. BALCELLS GORINA

(Sesión del 3-XI-45)

Se trataba de un joven de 24 años que, estando en Africa como soldado, empezó a notar, hace unos 10 meses, disnea de esfuerzo y sofocaciones fugaces; al