Las neumatosis abdominales *

Por el Dr. ESTEBAN POUS CHAZARO

No está bien precisada la connotación del término "neumatosis". Balfour por ejemplo, en su libro "Estómago y Duodeno", Edición de Saunders 1936, considera en el mismo subtítulo "los eructos, la aerofagia, las pneumatosis". Y al leer su descripción sintomática se encuentra uno con la verdadera aerofagia, tal y como la describe Leven.

Luis Urrutia en su tratado de Enfermedades del Intestino, dedica unos renglones —unos renglones nada más— a las neumatosis. Pero asienta hechos precisos: son de difícil diagnóstico; de sintomatología confusa, disímbola, variada; emite su opinión en sentido de que son debidas a erosiones en las paredes del intestino que permiten la salida de gas, y que se presentan en colíticos crónicos.

Afirma también que ha habido muchas conductas terapéuticas; para terminar diciendo que la abstención quirúrgica es la mejor, porque ha encontrado que enfermos con neumatosis en quienes no se ha hecho resección, y que por cualquier motivo se les ha vuelto a operar, no han tenido ni huellas del padecimiento.

Urrutia habla de neumatosis del colon, y afirma que la colitis es el hecho inicial. Yo pensaba titularlas como él, pero cambié de parecer y las clasifiqué como neumatosis abdominales, ante los hechos concretos que más adelante presento a ustedes.

Una noche veo en mi consulta un enfermo de 54 años, que llega por su pie. Se queja desde 48 horas antes de dolor abdominal generalizado, más acentuado en la fosa ilíaca derecha. Subfebril en ese momento; con trastornos que no puedo definir si son de diarrea o de falsa diarrea; anorexia. Viene a verme porque un médico le ha hecho diagnóstico de apendicitis y quiere operarlo de urgencia.

Mi exploración solamente me proporciona la existencia de dolor en todo el hemi-abdomen derecho, y la presencia de una masa móvil redondeada, dolorosa, en el sitio habitual del ciego. No hay defensa muscular, sino resistencia moderada a la palpa-

* Trabajo reglamentario de turno. leído en la sesión del 20 de enero de 1943.

ción. Pongo en duda la existencia de la apendicitis, manifestando que no puedo hacer ningún diagnóstico. Ordeno inmediatamente que se practique el índice de defensa de Wilson, que me proporciona 20,000 glóbulos blancos con gran polinucleosis. En esas condiciones se plantea la necesidad de intervención urgente, que se practica una hora después con carácter de laparatomía exploradora por no existir diagnóstico preciso.

Incisión sobre región cecal. (Dr. Baz). La masa tumoral que se palpaba corresponde a un gran ciego, de color rojo vinoso, que apenas si puede ser exteriorizado a medias, después de ampliar la incisión. Al comprimir las paredes del ciego entre los dedos o con la pinza de Duval se obtiene espuma blanca de pequeñas burbujas tal y como si se comprimiera una esponja. Todos los mesos están congestionados y sembrados de burbujas de aire. La tumefacción, así como la gasificación, invaden hacia abajo, apéndice e íleon terminal, y hacia arriba todo el ascendente y gran parte del transverso.

Limita el Dr. Baz su actuación a hacer apendicostomía; y por el pequeño muñón apendicular introduce hasta el ciego, ampliamente, una sonda de Nélaton. Cierra el vientre después de poner en la cavidad una ampolleta de sulfatiazol en polvo.

Evolución post-operatoria normal; el enfermo abandona la clínica 10 días después, aparentemente sano. Estudios posteriores, coprológico y radiológico revelan, el primero, colitis con constipación y el segundo un colon radiológicamente sano.

El segundo caso me lo proporciona el Dr. Abraham Ayala González. Enfermo no agudo que ingresa al Servicio de Gastroenterología del Hospital General, con un cuadro doloroso de tipo ulceroso. Se hace diagnóstico clínico y radiológico de úlcera pilórica, estenosante. Se prepara al enfermo; interviene el Dr. Ayala quien, además de encontrar la lesión pilórica estenosante que lo hace practicar gastro-enterostomía, encuentra también una neumatosis quística en una porción de intestino delgado de un metro de longitud y hace resección del segmento intestinal enfermo. En el protocolo encuentro la misma descripción física dada a propósito del caso anterior.

He allí los dos únicos casos que yo conozco de neumatosis:

uno en intestino grueso, invadiendo el delgado, y el otro en delgado únicamente. Uno con caracteres de cuadro agudo o subagudo y el otro dentro de un cuadro doloroso que permite un período preoperatorio. Uno como hecho abdominal aislado; el otro como hecho que coexiste con una lesión anatómica estenosante, del píloro. Cada uno tratado de distinto modo: el primero con simple apendicostomía ya que la resección hubiera abarcado parte del delgado y una gran parte del colon; el segundo tratado por la resección total del asa enferma. Los dos curados.

Ante esas consideraciones, debemos declarar que desconocemos la etiología del padecimiento, que igualmente desconocemos su patogenia; que sus síntomas no han permitido hacer un diagnóstico a quienes hemos tropezado con esos enfermos, por lo que dos casos pueden ser calificados como hallazgos quirúrgicos, y que ignoramos el tratamiento porque en cada caso se siguió conducta distinta. Quizá en el primero la resección no se hizo por el temor de reseca una enorme porción de intestino. Los hechos apuntados y lo asentado por Urrutia nos llevan a concluir que la mejor conducta es la de no reseca la porción enferma cualquiera que sea la extensión de las lesiones.

El síndrome hepato-pulmonar amibiano *

Por el Dr. DONATO G. ALARCON

Es conocida la enorme difusión que tiene la amibiasis en todo el mundo. Este padecimiento ha dejado de ser una enfermedad tropical para considerarse en la actualidad como una pandemia que ciertamente afecta más a los habitantes de los países cálidos que a los de aquellos situados en regiones templadas o frías; pero la frecuencia de la enfermedad en las regiones tropicales es causada principalmente por las precarias condiciones de higiene y por el grado de humedad más marcado que permite la vida más prolongada del germen en su forma cística fuera del organismo humano. Investigaciones relativamente recientes demuestran que se encuentra la enfermedad en latitudes sep-

* Trabajo reglamentario de turno leído en la sesión del 20 de enero de 1943.