

Sesión científica del día 20 de junio de 1930.

PRESIDENCIA DR. PI SUÑER

Ulcus duodenal de forma icterica.

POR EL DR. F. GALLART MONÉS

Si la úlcera del duodeno constituye habitualmente una afección relativamente fácil de diagnosticar no se puede negar que a veces su diagnóstico es muy impreciso.

De una parte el cuadro clínico no es completo, de otra los síntomas cardinales fallan. Entre las formas larvadas de ulcus duodenal la icterica está al frente de todas ellas.

El haber observado varios casos que revestían este tipo es el objeto de nuestra comunicación. Entre los más interesantes están los siguientes:

El primer enfermo lo observamos en 1919. Sin ningún antecedente patológico familiar ni personal contrae una ictericia, cada vez más progresiva, y al mes muere de una hemorragia intestinal. A la necropsia se encontró un ulcus duodenal, con gran perivisceritis, que envolvía todo el colédoco. Nada en vesícula, ni hígado. Bazo normal.

Andrés M. N. 50 años. Cinco hijos. Sastre. Valencia. Sin antecedentes patológicos anteriores. Hace diez años empezó a tener alguna molestia epigástrica que le obligaba a tomar bicarbonato. Hace seis o siete años el malestar se acompaña de acidez y algún vómito acuoso. Raras veces dolor. Pasaba temporadas de bienestar absoluto.

Hace cinco años un dolor muy intenso en el abdomen con vómitos, quedando con retención urinaria y de heces. Este dolor fué muy intenso y obligó a varias inyecciones de pantopón. A los quince días, bien, quedando con algún dolor tardío a temporadas.

Hace un año tiene cada quince o veinte días un acceso de frío, calor y sudor con fiebre de 39°, acompañado de orinas pigmentadas. Hace un mes el acceso es diario y el enfermo tiene ictericia franca.

Estos accesos han ido precedidos dos o tres veces de dolores intensos en hipocondrio derecho.

La última crisis, asistida por mí en Enero de 1930, se caracterizó por dolor en el hipocondrio derecho espontáneo y provocado, escalofríos, calor y sudor con fiebre de 40'2° e ictericia completa, con retención de pigmentos y sales.

La exploración del abdomen no daba ningún dato, excepción hecha de dolor y resistencia en hipocondrio derecho.

La exploración a rayos dijo: Prueba de la tetrayodo negativa a las 12 y 16 horas. Estómago normal; cabeza duodenal normal. Periduodenitis intensa de la primera y tercera porciones, muy visibles en los radios 1 y 2, y traducida por estrangulamiento de dichas porciones con dilatación marcada de la segunda, en la cual la papilla se retiene mucho rato.

La falta de deformación de la cabeza duodenal, acompañada de perivisceritis de la segunda y tercera porción, la negatividad de la tetrayodo, junto con las crisis de frío, calor y sudor, me orientaron a una lesión primitiva de las vías biliares. Teniendo en cuenta la cronicidad del proceso, la infección y el fracaso de la terapéutica médica, aconsejé la operación, que practicó el doctor Orero, de Valencia, encontrando un ulcus de la segunda porción del duodeno con gran periduodenitis. *Nada en vesícula.*

Vidal, A. M. 51 años. Cuatro hijos. Ayudante O. P. Lérida. Asistido por el doctor Mercé Sendra.

Bien hasta 1918, que empezó a tener dolor tardío, que calmaba con la ingesta. Duró quince días. Pasó tres años bien. Luego repite otra crisis acompañada de vómitos de hipersecreción. Mejoró mucho con leche y alcalinos. Pasa otro período de bienestar, que dura seis años.

Hace seis meses reaparecen las molestias, que calman con alimentos y alcalinos. Hace diez o doce días los dolores son muy intensos, que obligan a morfina. Coincidiendo con la agudización de su dolor ha aparecido una ictericia completa. Tiene buen apetito. Es estreñido.

Está muy delgado y con cara de sufrimiento. Ictericia mediana.

A la exploración del abdomen solamente se encuentra ligera resistencia en epigastrio.

Un examen de jugo gástrico da: 2'19 de Cl, libre y 0'40 de combinado.

La exploración radiológica demuestra. Tetrayodo positiva. Prueba de la grasa normal. Ulcus duodenal típico con periduodenitis (Radio 3).

No hay control operatorio porque el enfermo ha mejorado mucho con tratamiento médico.

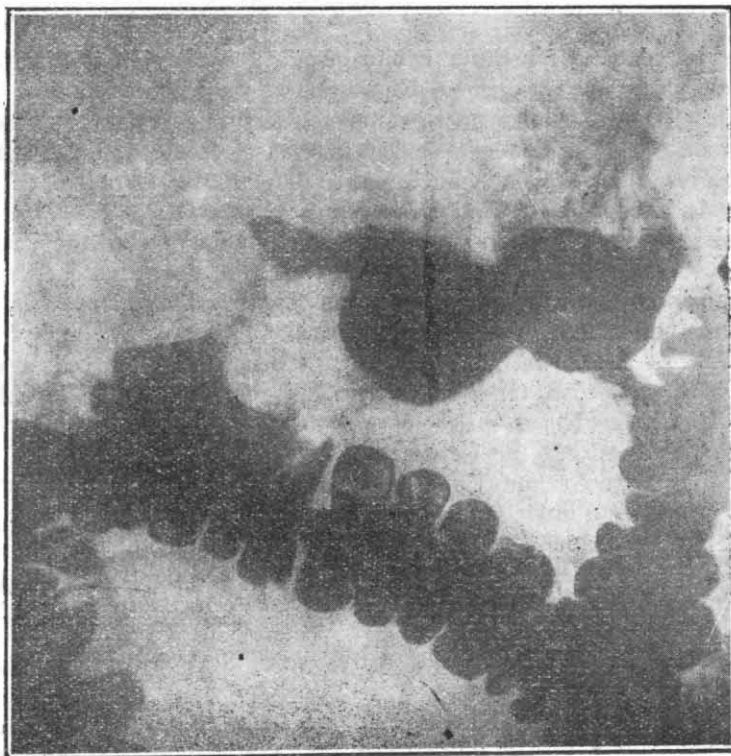


Fig. 1.

Lorenzo, F. C. 50 años. Jornalero. Casado. Tres hijos. Igualada.

La enfermedad actual debutó hace tres años con un dolor intenso en la región lumbar derecha, con irradiaciones al hombro del mismo lado. A las veinticuatro horas el dolor se localizó en epigastrio acompañándose de vómitos y fiebre. Durante esta crisis hizo las heces decoloradas y la orina pigmentada. A los cinco días estaba bien del todo.

Durante un año y medio los dolores repitieron varias veces, durando unas cinco o seis horas, quedando con molestias indefinidas durante cuatro o cinco días. En los intervalos, bienestar completo.

Hace unos cuatro meses el dolor se localiza en hipocondrio derecho y es continuo. El enfermo pierde el apetito y enflaquece. Desde hace dos meses tiene diarrea, que no obedece a régimen ni tratamiento adecuado.

A la exploración se aprecia un enfermo desnutrido, con tinte subictérico. La exploración del abdomen acusa defensa muscular muy acentuada y dolorosa en la región del hipocondrio derecho.

A rayos X se demuestra que hay una estenosis pilórica, sin que sea posible ver píloro ni duodeno. Un enema opaco pone en evidencia una colitis poco intensa y permeabilidad de todo el

cólon. El mal estado del enfermo no permitía otras pruebas, y como el caso era francamente quirúrgico el doctor Puig Sureda le practicó una laparotomía, exploradora del hipocondrio derecho, encontrando un *ulcus duodenal* con gran periduodenitis hiperplásica y aumento de volumen y consistencia de la cabeza del páncreas. *Nada en vesícula*. Gastroenterostomía, trasmesocólica posterior (Von Hacker) y extirpación de un ganglio para examen histológico, el cual demostró un proceso inflamatorio; nada neoplásico.

Curso postoperatorio, muy bien. A los dos meses el enfermo no tenía ninguna molestia y había engordado nueve kilos.

El mecanismo por el cual se establece la ictericia creemos que es muy variable. Por una

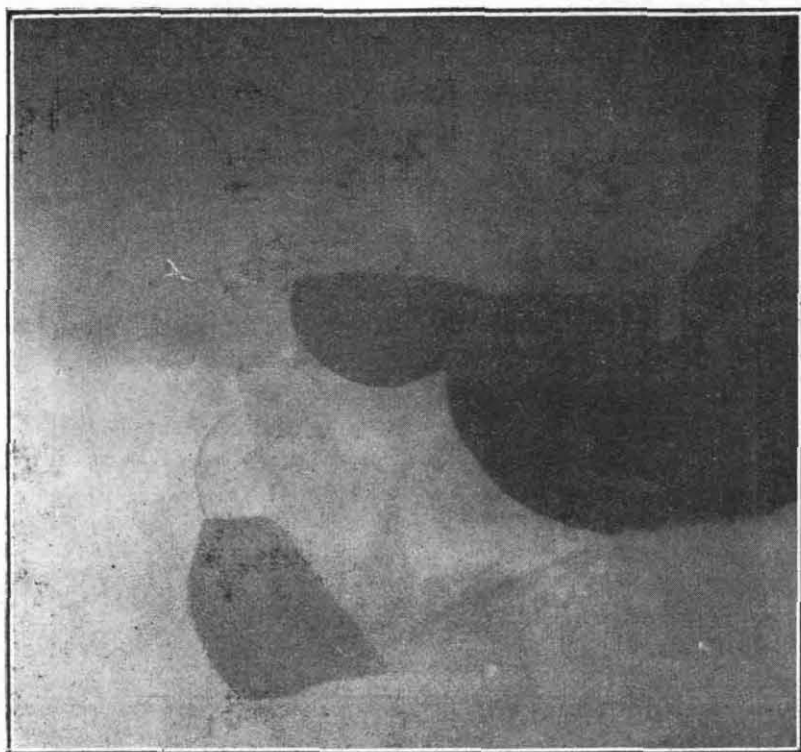


Fig. 2

parte hay que tener en cuenta la proximidad y las relaciones del duodeno con las vías biliares, y por otra la comunicación del *ulcus* con la circulación general.

Primero. Puede existir una tumefacción transitoria o permanente con edema de la ampolla de Water.

Segundo. Pueden existir también bridas y adherencias con el colédoco, que lo pueden comprimir y hasta acodar.

Tercero. Por perforarse el *ulcus* duodenal a páncreas, produciendo una tumefacción de la cabeza de este órgano, la cual comprime el colédoco.

Cuarto. Puede el *ulcus* duodenal producir una pancreatitis de la cabeza por vía linfática.

Quinto. Por infección hemática, a punto de partida del *ulcus*, dando lugar al tipo de ictericia infecciosa catarral.

La aparición de la ictericia en el curso del *ulcus* duodenal plantea un problema importante en el sentido de su localización. Nosotros, por los casos que hemos observado, podemos asegurar que cualquiera que sea el sitio de implantación del *ulcus* en el duodeno puede aparecer la ictericia por los mecanismos antes citados.

El diagnóstico de la forma icterica del ulcus duodenal no es siempre fácil, como no lo es el de ciertas formas de colecistitis que simulan el ulcus.

Cuando en el transcurso de un síndrome ulceroso típico aparece una ictericia el diagnóstico, en general, es fácil. Pero cuando ésta acompaña a una historia vaga e imprecisa de ulcus o de litiasis entonces, generalmente, el clínico se orienta a una lesión vesicular, sin acordarse del ulcus.

Para llegar al diagnóstico, siempre muy difícil, es necesario recurrir: A una historia clínica muy detallada, a un estudio clínico muy profundo, a las exploraciones radiológicas necesarias y a exámenes repetidos de heces y jugos gástrico y duodenal. Es así de la única manera como nos orientaremos, a veces, sobre el verdadero origen de la causa de la ictericia que con tanta fre-

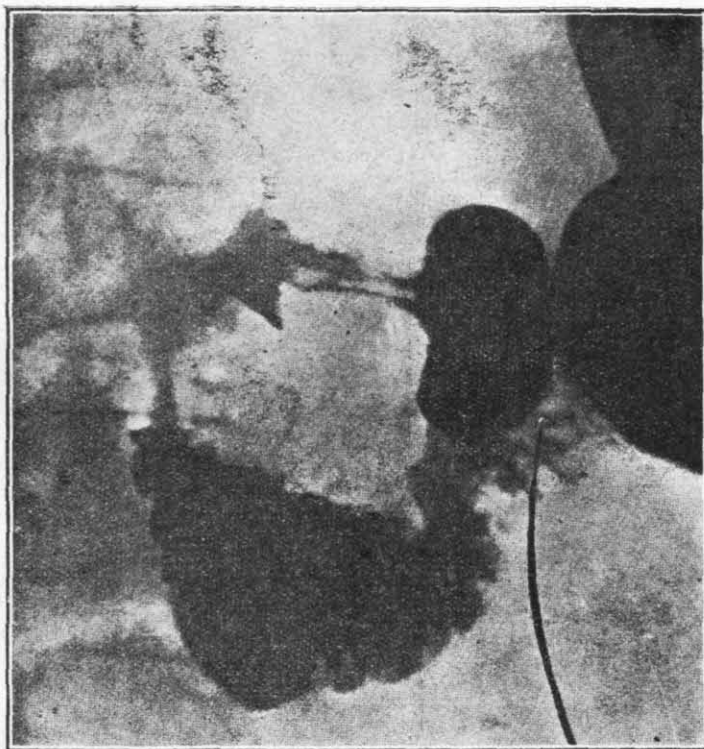


Fig 5

cuencia acompaña las afecciones del hipocondrio derecho. Si a pesar de todas las exploraciones no logramos una orientación definitiva es preciso recurrir a una laparotomía exploratoria del hipocondrio derecho, que al mismo tiempo que nos aclarará el diagnóstico nos resolverá el problema terapéutico.

No debe esperarse demasiado a tomar esta última resolución, pues es muy lamentable ver llegar a la caquexia a un enfermo por el solo hecho, por ejemplo, de una perivisceritis a punto de partida de un ulcus duodenal.