

Sobre un pseudo-cálculo gástrico

POR EL DR. JUAN VOTO BERNALES

Médico del Hospital «Dos de Mayo»

APESAR de los grandes progresos alcanzados en los métodos de investigación clínica y radiológica en el campo de la patología abdominal, nos es dable el observar grandes sorpresas una de las cuales motiva el presente trabajo.

Historia clínica.—Emilio Duval, natural de Piura, de raza blanca, de 40 años de edad, soltero, jornalero, ingresó al Hospital «2 de Mayo» el 11 de Octubre de 1918, ocupando la cama N.º 49 de la sala de Santo Toribio, servicio del Profesor ODRIÓZOLA.

Antecedentes hereditarios.—Su padre murió hace veinte años, ignora la causa. Su madre vive, es sana.

Han sido doce hermanos, de los cuales viven cinco; los demás han muerto, no recuerda la causa.

Antecedentes personales.—Tiene tres hijos, todos gozan de perfecta salud.

De niño sufrió de las enfermedades propias de la infancia señalando, entre otras, el Sarampión y la Influenza.

Ha padecido también de Paludismo.

Hacen tres años ingresó a este Hospital y se asistió en la Sala de «San Juan de Dios» por un proceso necrótico del maxilar inferior, que exigió la intervención quirúrgica.

No hay antecedentes específicos, al exámen no se nota cicatriz sospechosa en sus órganos genitales que haga pensar en la infección luética. *Reacción de Wassermann negativa.*

Declara haber abusado de las bebidas alcohólicas.

A la edad de 14 años, empezó a trabajar, como ayudante de Ingeniero, en la Construcción del Ferrocarril de Chicla a la Oroya durante un período de cuatro años.

Se dedicó posteriormente al laboreo en los diferentes asientos mineros de esas regiones, trabajando en minas de plata, cobre y plomo, hasta que empecé a sentir las primeras manifestaciones de la enfermedad actual.

Esta se inició hace dos años con dolores agudos localizados en la zona epigástrica y con irradiaciones al hipocondrio izquierdo. Dichos dolores se presentaban con intervalos de cuatro a cinco días sin guardar relación alguna con la ingestión de los alimentos. Cada crisis estaba acompañada de eructos y vómitos, glerosos al principio y últimamente con estrías sanguinolentas.

Mortificado por esta dolencia abandonó Casapalca y se trasladó a Jauja a los cinco meses de iniciada la dolencia.

Permaneció allí durante ocho meses en completo reposo, no habiendo tenido en este período de tiempo ningún dolor.

Creyendo que su salud se encontraba completamente restablecida, volvió nuevamente a Casapalca, dedicándose siempre a su trabajo en las minas; pero, a los pocos días, volvieron a cometerle los dolores ya descritos los que revistieron mayor intensidad y frecuencia al extremo de presentársele casi diariamente, lo que lo obligó a venir a Lima para ingresar al Hospital.

Exámen del enfermo.—Sujeto de estatura mediana y de constitución fuerte, revela en su semblante la angustia propia del que sufre dolor físico intenso.

Ligera emaciación en su musculatura.

Pupilas ligeramente desiguales, reaccionan perezosamente a la luz; normales a la acomodación, reflejo consensual disminuído.

No hay tinte ictérico, las conjuntivas palpebrales están algo descoloridas.

Paladar ojival. Sistema dentario en malas condiciones, faltan la mayor parte de los incisivos superiores, y en el maxilar inferior no tiene ninguna pieza dentaria, pues la caries le ha obligado a hacerlas extraer.

A la exploración del funcionalismo de sus diversos órganos y aparatos, alojados en la cavidad torácica, no se observa nada de anormal.

Nada en su sistema linfático.

El sistema nervioso no presenta nada de anormal.—Reflejos normales.

El análisis de orina no registra nada de particular.

El exámen radioscópico, practicado por el Jefe del servicio radiológico Dr. BECERRA, permite apreciar cierta hipertonicidad gástrica y el descenso del estómago cuya curvatura menor llega a nivel del ombligo.—Píloro permeable y bordes normales.

Lo que impresiona desde el primer momento nuestra atención, son las crisis dolorosas que acometen a este enfermo, las que se encuentran perfectamente localizadas al epigastrio, con irradiación hácia el hipocondrio izquierdo; estas crisis, que hemos tenido ocasión de presenciar varias veces, obligan al paciente a colocarse en posición genu-pectoral, comprimiéndose con ambas manos la zona dolorosa; crisis terribles que no lograron calmar los medios que pusimos en práctica ni aún las inyecciones repetidas de morfina.

Estas crisis, que venían acompañadas de vómitos sanguinolentos, nos hicieron formular el diagnóstico de *Úlcera gástrica* y procedimos por lo tanto a su traslación inmediata a un servicio de Cirugía con el objeto de que se sometiera a una intervención quirúrgica.

El Dr. LUIS DE LA PUENTE, cirujano de la Sala de Sto. Domingo, a cuyo servicio ingresó el enfermo, procedió inmediatamente a la operación.

He aquí el resultado de dicha intervención:

Anestesia rectal (éter-paraldehido).

Laparatomía mediana supra-umbilical. Exploración del estómago, de la vesícula biliar y de los canales biliares. Estos últimos absolutamente libres de adherencias y de cálculos; normales en su aspecto exterior.

El estómago tenía su forma normal así como su situación y dimensiones. Libre por completo de adherencias, sin ninguna manifestación exterior de ulceración en su cara anterior, deja percibir a la palpación la presencia en su cavidad de un cuerpo extraño voluminoso, de consistencia semi-blanda, de superficie redondeada y libre en su cavidad.

Gastrotomía anterior.

Incindiendo el órgano en su parte media y según su eje longitudinal se extrae el cuerpo extraño, que aparece en la figura adjunta. La mucosa gástrica se encontraba algo engrosada, congestionada y sangrante en algunos puntos.

Sutura de la pared anterior del estómago. Sutura en un solo plano de la pared abdominal.

Cicatrización por primera intención sin incidente operatorio alguno.

Análisis químico y microscópico del cuerpo extraño:—El Dr. MANUEL A. VELASQUEZ, que practicó este exámen, nos ha dado los siguientes datos:



PSEUDOCALCULO GASTRICO

Tamaño natural.

Caracteres físicos.—Sólido de 25 gramos 05 de peso, de forma ovoidea, 10 centímetros de circunferencia en su diámetro menor y 15 longitudinalmente (circunferencia); 6 cents. de longitud y 3,5 de ancho; densidad=0.92; superficie negruzca, esponjosa, irregular.

« Seccionado con una fina sierra, se disgrega un poco en su superficie; la sección es uniforme, regular; no presentan capas concéntricas como en los cálculos; es de color bruno (tabaco); de color característico que recuerda el de la carne seca; por su porosidad absorbe el agua cuando se le coloca en este líquido, desprendiéndose de su superficie pequeñas burbujas de aire desalojado»

« Reducido a polvo en un mortero, se reconoce cierta blandura que permite se conglomerare. El polvo desecado a la estufa se destinó a la investigación químico-microscópica; extraído tanto de la superficie, como de la parte central».

« El polvo calentado en lámina de platino, arde con llama fuliginosa y deja un residuo carbonoso ligero, que calcinado deja una mancha ocre casi imperceptible. Tratado el polvo por agua hirviendo y filtrado la solución acuosa es incolora, de reacción neutra al papel de tornasol; evaporada en lámina de platino, deja un ligero residuo que calcinado dá la reacción del calcio».

« El residuo del tratamiento por el agua hirviendo (polvo negruzco primitivo), se trató por una mezcla de volúmenes iguales de alcohol y éter que disolvió gran parte del polvo; filtrada la solución se obtuvo un líquido bruno-rojizo, de reacción neutra que al exámen espectroscópico presenta las bandas de absorción características de la hematina ».(*)

« La solución etereo-alcohólica por adición de agua dió un fuerte enturbiamiento, que nueva cantidad de éter agregado aclaró un tanto (materias grasas y albúminas). En esta misma solución se investigó las sales y pigmentos biliares, cuyo resultado fué con el reactivo de GMELIN (faja verde de biliverdina) indicador de la existencia de pequeñas cantidades de pigmentos biliares. El exámen microscópico del residuo dejado por la evaporación de las soluciones alcohólicas y etereo-alcohólica, demostró la

(*) « La Hematina en solución ácida dá un espectro característico, banda entre C y D; entre D y F una segunda banda que es mucho más extensa conforme a lo observado.

« Por dilución esta se resuelve en tres bandas: entre C y F, cerca de F, otra entre D y E, más cerca de E, y la tercera menos manifiesta entre D y F, más cerca de D.

Simon, Physiological Chemistry, 1901.

« existencia de pequeños cristales de coleslerina, que se caracte-
 « rizaron con las reacciones micro-químicas ».

« La solución etereo-alcohólica, evaporada en una cápsula de
 « porcelana, dejó un residuo rojizo bruno, que diluido en una so-
 « lución de cloruro de sodio al 9 por 1000 fué examinado al micros-
 « cópio, observándose la presencia de hematies en su mayor parte
 « deformados y algunos en perfecto estado de integridad. Estos
 « fueron coloreados por la eosina. Se hizo igualmente las siguientes
 « reacciones para comprobar la presencia de los pigmentos san-
 « guíneos: Reacción de TALAMON (solución acética más agua oxí-
 « genada y más solución alcohólica de piramidón); Reacción de
 « MEYER (fenoltaleína); Reacción de ADDLER (benzidina); Reac-
 « cione de VAN DEEN (tintura de guayaco), todas con resultado
 « positivo ».

« Igualmente se formó cristales de hemina, cuya formación
 « se confirmó por el procedimiento de ZEYNEK y MENCKI, disol-
 « viendo un poco del polvo primitivo, tomado de la parte central,
 « en acetona (10. c.c.) acidulada por el ácido clorhídrico (2 gts.)
 « y evaporación en una luna de reloj: abundantes cristales de he-
 « mina ».

« El residuo de las operaciones anteriores está constituido por
 « materias albuminoideas coaguladas, fibrina en su mayor parte. »

« La hemoglobina se transforma en hematina por acción de
 « los ácidos minerales diluídos; así como también por la ingestión
 « péptica o tríplica ».

« De lo expuesto se puede deducir: que el cuerpo extraño,
 « contenido en el estómago del enfermo de la sala «Sto. Toribio»
 « no es un cálculo hepático como podía haberse supuesto a primera
 « vista, por su aspecto exterior y su poca densidad, sino que *está*
 « *constituido por un coágulo de sangre, casi organizado, envuelto en*
 « *una ligera capa de pigmentos biliares* ».

La marcha del enfermo no presentó ningún accidente inmedia-
 to a la extracción del cuerpo extraño; desgraciadamente, pocos
 días después, aparecieron crisis enterálgicas que seguían el trayec-
 to del flanco izquierdo con irradiación hácia atrás, crisis que se
 presentaban de preferencia en la noche.

Después de la anterior exposición, tócanos ahora hacer la
 interpretación de los fenómenos relatados.

Formularemos las siguientes preguntas:

1a.—¿Cuál es la naturaleza del cuerpo extraño?—

2a.—¿Cuál es la causa que lo ha producido?—

La primera pregunta encuentra su respuesta en el completo estudio químico que practicó el Dr. MANUEL A. VELASQUEZ el que demuestra se trata de un coágulo sanguíneo, casi organizado.

—¿Cuál es su génesis?

Punto indudablemente árduo y difícil de resolver. Procuremos sin embargo tratar de dar una opinión aproximada al respecto,

Dada la naturaleza del cuerpo en cuestión, que no ha sido un cálculo sino un coágulo sanguíneo, y en vista del aspecto que nos fué dable observar en la exploración que se hizo de la mucosa gástrica, cuando se practicó la gastrotomía, mucosa que se encontraba engrosada y sangrante en diferentes puntos, claro es que dicho coágulo se ha formado en el estómago

Admitido este hecho, analizemos las causas que hayan podido producir la hemorragia que originó el cálculo.

En primer lugar, es posible la existencia del *exulceratio simplex*, descrito por el Prof. DIEULAFOY, tanto más que este accidente es frecuente en sujetos alcohólicos, atacados generalmente de gastritis crónica.

En segundo lugar, puede tratarse de la *Ulcerade Cruveilhier*, diagnóstico clínico que formulamos antes de decidir la intervención quirúrgica, y que si bien es cierto que a raíz de dicha operación abandonamos esta hipótesis, en vista de la exploración que se hizo durante dicho acto, volvemos hoy nuevamente a formularla, en vista de los dolores que ha vuelto a presentar nuestro enfermo pensando en la posible localización de la lesión en la cara posterior de dicha víscera.

NOTA.—Las pequeñas crisis dolorosas que presentó este enfermo días después de la intervención fueron disminuyendo progresivamente hasta desaparecer por completo, permitiéndole una alimentación ordinaria y aumento visible de peso con mejoría del estado general al extremo de que sintiéndose completamente bien solicitó su alta del Hospital el día 4 de Diciembre para dirigirse a reanudar sus rudas labores de minero.

