

REFERATAS

Por el Dr. Alcerro Castro

Revista Española de las Enfermedades del Aparato Digestivo y de la Nutrición.

Del tomo 11, Número 4, correspondiente a julio-agosto de 1952, hacemos los siguientes resúmenes V

Simpatomas abdominales, por el Dr. J. Soler Roig

El Dr. Soler Roig se refiere a 3 casos que ha tenido ocasión de asistir en su servicio de Cirugía del Hospital de La Santa Cruz y San Pablo, en Barcelona. Se trataba de tumores de tipo Simpático con manifestaciones digestivas predominantes. Recuerda el autor que en el sistema nervioso vegetativo se encuentran tumores de dos tipos: Los que se forman a expensas de la membrana de Schwann de los nervios linfáticos y que se parecen a los neurinomas del sistema nervioso periférico; y otros que se originan de las células ganglionares simpáticas. Sobre el origen embriológico recuerda la división entre los que suponen que provienen de la cresta neural exodérmica y los que los consideran procedentes de mesenquima; citando además a Pizúñer entre los que creen que ambas teorías se complementan y que los elementos ganglionares centrales son de origen neural, mientras que los elementos intersticiales periféricos tienen origen mesenquimatoso.

Recuerda también que el elemento celular primitivo o simpatogonía puede diferenciarse en doble forma, bien como células linfáticas o bien como tejido cromafín; y que los tumores del nervio vegetativo pueden ser simpatoma y **paraganglioma** o tumores cromafines.

Los Simpatomas en general aparecen en la edad juvenil y pueden estar sobre *un* nervio o ganglio simpático o en el espesor de la suprarrenal; puede tratarse de simpatogonioma o simpatoblastoma. Los ganglioneuomas son formas adultas de evolución, en general benignas.

De los tres casos presentados por el autor en el primero se trataba de un enfermo de 37 años que en 1931 tuvo molestias gástricas diagnosticadas como úlcera duodenal y que es operado de gastroenterostomía retromesocólica. Después de 3 meses durante los cuales pasa bien, aparecen vómitos biliosos y dolores abdominales que no se calman ni con el reposo ni con los sedantes, por lo cual es hospitalizado nuevamente. En un examen radiográfico se demuestra la existencia de una deformación duodenal de tipo ul-

ceroso y en la boca anastomósica una úlcera del tamaño de 10 céntimos. En abril de 1945 opera al paciente con el diagnóstico de úlcera duodenal y confirma la úlcera anastomósica, haciendo sección de la sanyia yurnal y anastomosis término terminal. Practica también una resección muy amplia y anastomosis antecólica.

En un curso postoperatorio normal a los 7 días aparece intenso dolor hipocondrial izquierdo, que no se calma con los analgésicos y continúa por varios días, es lancinante y se irradia a lo largo de la 9^a costilla. Llega a suponerse que la actuación del enfermo puede ser exagerada debido a la habituación o los opiáceos, y al cabo de un mes de postoperatorio sale del hospital, después de lo cual se hace infiltración de los espláncnicos y neurólisis intercostal, lo cual mejora por poco tiempo los dolores, haciéndose necesarias repetidas infiltraciones. Después se envía el enfermo al campo y pasado algún tiempo regresa con el mismo cuadro doloroso; se opera nuevamente en diciembre de 1946, se encuentra junto a la raíz del mesenterio una tumoración del tamaño de una naranja, que llega junto a la columna vertebral y que se extirpa después de incisión del mesenterio y separación de la aorta cuya advertencia es necesario incidir. Después de la extirpación del tumor se explora el resto del estómago y se encuentra una úlcera anastomósica perforada a la pared y adherida al plano costal. Se hace nueva resección previa anastomosis término terminal yeyunal. Se reseca estómago por encima y se verifica nueva anastomosis antecólica. La tarde de la operación persiste dolor intensísimo, el cual continúa y se agrava a las 24 horas, muriendo el paciente pocas horas después de la agravación.

En la Necropsia se encontró peritonitis y nueva ulceración y perforación. Ningún fallo de sutura.

En el examen de la tumoración se pensó en un simpatoma. El autor se pregunta cuándo se iniciaría la evolución del tumor y qué influencia podría haber tenido en la evolución de la úlcera gástrica y anastomósica.

El segundo caso es el de una enferma de 23 años, quien 6 años antes después de un examen radioscópico pulmonar se consideró al principio como infiltrado redondo específico y que después se pensó que se trataba de un quiste hidatídico de pulmón izquierdo. Después aparecieron otros quistes y el caso se consideró como de hidatidosis pulmonar.

En los días en que consultó al autor se quejaba de molestias vagas de tipo digestivo, por lo cual había sido sometida a exploración radiográfica digestiva sin apreciarse en él ninguna anomalía. El autor la vio posteriormente por dolor agudo localizado en zona epigástrica, en la cual hay una minoración del tamaño de una nuez, dolorosa a la presión. Se propuso el diagnóstico de hernia epigástrica probablemente epiploica y se sugirió la operación de urgencia. Otro Cirujano estuvo de acuerdo con el diagnóstico y la familia aceptó la operación. Doce horas después de iniciado el cuadro doloroso se practicó una laparatomía media, encontrándose una dilatación peritpneal epigástrica **sin** saco, **que** se incendió y am-

plió. Se encontró en toda la pared gástrica, tanto anterior como posterior, una serie de tumoraciones de tamaño variable, siendo la mayor como una mandarina y la mayoría del tamaño de una nuez. Alguno de los tumores presentaban degeneración quística aparente y después de la punción se obtendrá únicamente sangre. El tumor de mayor volumen también fué puncionado, extrayéndose de él, sangre.

Se resecaron 2 de los tumores, uno de ellos del tamaño de una castaña, que se resecó por sección de la serosa y la muscular sin penetrar en la mucosa. El plano de clivaje no era limpio sino que se penetraba íntimamente en los intersticios del plano muscular. Daba la impresión de tratarse de fibroma, teniendo en su centro zona de reblandecimiento de aspecto granulomatoso. Antes de cerrar el abdomen se practicó un cuidadoso reconocimiento de todos los órganos contenidos, sin hallar ninguna otra anomalía.

El postoperatorio fue excelente, la enferma recuperó su bienestar, aunque la palpación abdominal pone de manifiesto la existencia de un tumor grande, alojado en el antro pilórico, que no determina obstrucción de la luz gástrica y no altera las digestiones ni el apetito. El examen histológico fue encomendado a varios histopatólogos, siendo los informes los siguientes: El Dr. Roca de Voña dijo que se trataba de un simpato- blastoma. El Dr. Alvarez Zamora, de un blastoma de estirpe simpática en fase mixta de evolución en simpático-gonioma y simpato-blastoma; el profesor Overlin, de París, lo clasifica como sarcoma poco diferenciado, y el Dr. Gofold, de los Estados Unidos, informa de un neoplasma maligno de bajo grado de virulencia, clasificado como tumor celular mixto del tipo del simpático blastoma neuroblástico.

El tercer caso es de un paciente de 33 años sin antecedentes patológicos de interés que desde 4 años antes de la consulta sufría un síndrome abdominal vago con molestias difusas en todo el abdomen, con estreñimiento y despeños diarréicos. Fue repetidamente examinado con Rayos X, sin que se observara ninguna lesión. Había sido tratado con hierro y extracto Hepático por anemia hipocrómica.

En mayo, después de una excursión a caballo, tuvo súbitamente dolor intenso en el vientre, vómitos que no se calmaron con morfina. Con anestesia general se le practicó una laparatomía media que demostró una invaginación del colon transverso con intensa dureza, acompañada de una zona periférica de edemas; y llamando la atención en toda la superficie del colon, un gran número de tumores de tamaño variable, subserosos algunos de ellos, dando la impresión al tacto de encontrarse en la luz intestinal. Se practicó resección con anastomosis término terminal aséptica, haciendo caer la sutura en una zona sin tumoraciones. El postoperatorio fue normal y durante él se administró sulfatidina en grandes cantidades. La sección de la pieza mostró tumoración de implantación sésil en la superficie mesentérica de la luz intestinal y el examen histológico del tumor demostró tratarse de un blastoma de estirpe simpática muy diferenciado. El curso ulterior del enfermo ha sido excelente.