

GASTRITIS CORROSIVA — ESTENOSIS PILORICA (*)

Operación - Curación

Nueva observación clínica

Dr. Luis M. Bosch del Marco

J. B., 51 años. Ingresa el 6 de diciembre de 1951. Lo envía para mi asistencia el Dr. J. Barani. Motiva su intervención la presencia de ardores epigástricos y vómitos.

Manifiesta que hace un mes ingiere durante una crisis nerviosa, 50 cc. de ácido nítrico de uso comercial. De inmediato le hacen beber 4 litros de leche. En el trayecto hacia el hospital comienza a emitir copiosos vómitos de coloración oscura; se le medica allí con alcalinos. Prosigue con vómitos durante 4 días que pierden la coloración aludida aclarándose, habiendo cesado al 5º día; se le concede el alta con régimen alimenticio blando. Se reintegra a sus tareas a los 15 días de la iniciación de su enfermedad. Subsiguientemente comienza a padecer de ardores y vómitos, éstos totalmente alimenticios. En ningún momento disfagia, sí pertinaz constipación y señalado adelgazamiento: 12 kilos en 25 días.

Examen físico: precario estado general, dominando la desnutrición y deshidratación. Flaccidez de la piel, fusión de las masas musculares, pérdida del panículo adiposo. Boca y faringe sin particularidades. Abdomen excavado, rectos en estado de vigilancia en el sector supraumbilical, despertándose dolor a ese nivel, predominantemente del lado derecho. El resto del examen es negativo. Fosas lumbares libres. Tacto rectal normal. Los demás sistemas y aparatos sin particularidades clínicas a destacar.

Solicítanse exámenes de laboratorio, comprobándose del punto de vista sanguíneo la siguiente fórmula:

G. R. 4.000.000. Hb. 75 %. G. B. 12.700. VG. 0,93. Proteínas, 6 grs. 73 %. Hematocrito, 44 %. Urea, 0,50. Reacciones Wassermann y Kahn: negativas. Tiempo de coagulación: 3'. Tiempo de sangría: 1'.

Orina: Sin elementos anormales. Densidad 1018. Cloruros 4 grs. 44.

Estudio radiológico: (Dr. Zubiaurre). Esófago y gastroduodeno: el

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía en la media hora previa el día 27 de agosto de 1952.

esófago no presenta alteraciones. En el estómago se comprueba disminución del calibre del antro prepilórico y rigidez de la pequeña curva que llega hasta la porción vertical por encima del ángulo. La evacuación gástrica se realiza con gran dificultad, lo que produce marcada retención y dilatación del fondo.

El diagnóstico, de acuerdo a la clínica y a los exámenes, es el de síndrome pilórico por gastritis esclerosa cicatrizal de origen crónico.



FIG. 1. — Disminución del calibre del antro pilórico y prepilórico; rigidez de la pequeña curva hasta la porción vertical por encima del ángulo.

Previo un tratamiento preoperatorio dirigido a la reposición humoral, decídese practicar una gastrectomía subtotal.

Operación: 13-XII-52.

Dr. Luis M. Bosch del Marco. Ayudando el Dr. F. Rosa y L. A. Rubio. Pte. Folle. Srta. Bentancor. Anestesia general: Dr. C. Chifflet. Eter.

Incisión mediana supraumbilical. Infiltración anestésica de pedículos y mesos. La exploración confirma el diagnóstico de estenosis cerrada y fibrosa del píloro, la esclerosis avanza hacia el antro para disminuir a nivel del cuerpo, la parte baja de éste es asiento aún de un proceso inflamatorio edematoso apreciable.

El edema se aprecia del mismo modo en la primera porción del duodeno, en especial sobre el bulbo duodenal. Señalada perigastritis y periduodenitis (adherencias de la pequeña curva muy retraída al cuerpo de páncreas y adherencias muy fibrosas al hígado y pedículo hepático.

Ganglios de tipo inflamatorio en el mesenterio, se practica biopsia de uno de ellos. Liberación de adherencias, la vesícula no participa en el proceso. Se procede a la gastrectomía subtotal amplia de modo a realizar la neo boca en tejidos los más sanos posibles. Gastrotereoanastomosis según la técnica de Hoffmeister-Finsterer. Cierre de la pared en dos planos. Piel no saturada.

Operación bien tolerada.



FIG. 2. — La evacuación gástrica se realiza con gran dificultad, lo que produce marcada retención y dilatación del fondo.

Recibió 500 cc. de transfusión sanguínea.

Duración: 2 hs. 15'.

Estudio de la pieza:

Caracteres macroscópicos:

Aspecto interno: lesiones predominantes a nivel del antro y píloro con desaparición de los pliegues, pérdida de la mucosa en grandes zonas, ulceraciones y tejido cicatrizal de reparación; la luz es sumamente estrechada; por encima en parte baja del cuerpo, se aprecia un proceso de gastritis a pequeños focos múltiples de hemorragia.

Aspecto externo: perigastritis y periduodenitis fibrosa, con señalada retracción de la pequeña curva.

Los bordes de la sección son sumamente gruesos en el sector del antro píloro y bulbo duodenal.

Caracteres microscópicos:

Caracteres de una gastritis crónica ulcerosa y esclerosa con lesiones profundas que afectan todas las tunicas gástricas.

Biopsia ganglionar: se aprecia un proceso inflamatorio crónico.

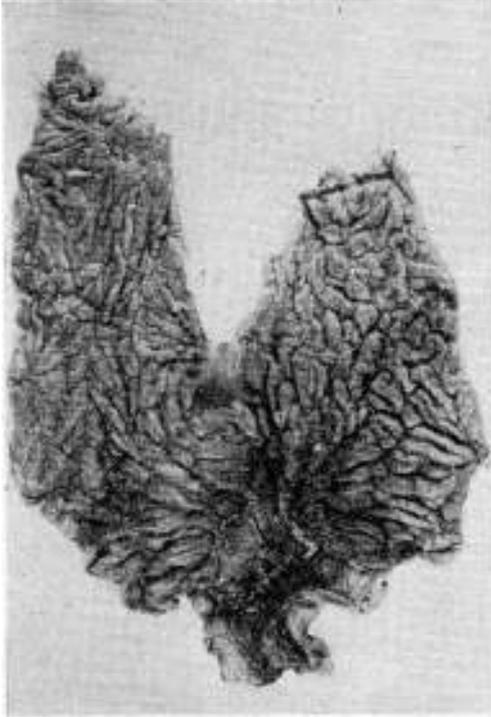


FIG. 3. — Fotografía de la pieza (cara interna). Lesiones predominantes en antro y píloro, con desaparición de los pliegues, pérdida de la mucosa y ulceraciones. Proceso de gastritis a pequeños focos múltiples de hemorragia.

Consideraciones:

En el año 1945 operábamos el primer enfermo afecto de una gastritis esclerosa cicatrizal por ingestión de cáustico, practicándosele para verificar su cura y la del síndrome pilórico concomitante una gastrectomía subtotal. Obteníamos así la primera pieza operatoria al respecto, de una afección no tratada por resección hasta entonces, de acuerdo a lo que pudimos consultar y recoger de la bibliografía mundial (1).

A partir de aquella fecha, hemos tratado con la presente observación el tercer paciente que nos consultara por síndrome pilórico resultante de una gastritis esclerosa cicatrizal. Al mismo tiempo estamos en conocimiento de tres casos más no publicados,

operados en nuestro medio por lesiones similares obedeciendo a las mismas causas patogénicas: ingestión de ácido nítrico.

Los resultados en todos han sido netamente favorables, obteniéndose cura definitiva, y mantenida como lo es la del enfermo que motiva esta presentación.



FIG. 4. — Radiografía postoperatoria. Bolsa gástrica residual normal. Buena evacuación, asas anastomóticas normales.

Publicaciones sucesivas extranjeras, nos aportan día a día, mayor número de presentaciones referentes al mismo proceso patológico, enriqueciéndose así cada vez más la literatura médica con la experiencia obtenida en una enfermedad que hasta hace pocos años apenas era mencionada de la que hoy se conocen repetidos casos clínicos.

La observación que hoy presentamos, reafirma una vez más los conceptos y las conclusiones que expresáramos en un trabajo de tesis ya publicado. Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo, 34-891, 1010, 1949.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

BIBLIOGRAFIA

1. BOSCH DEL MARCO, LUIS M. — Contribución al estudio de la gastritis corrosiva (Estudio clínico y experimental). Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo, 34-891, 1010, 1949.
2. BOSCH DEL MARCO, LUIS M. — Estenosis cicatrizal píloro antral por gastritis corrosiva. Boletín Sociedad de Cirugía del Uruguay, XXII, 2, 1951.
3. GRAY, HOWARD K. y CHESTER L. HOLMES. — Pyloric Stenosis caused by Ingestion of corrosive substances. Surgical Clinics of North America. 28, 1941, 1948.

Dr. Mourigán. — He tenido un caso similar en una chica de 17 años que había ingerido un cáustico; la reflexión de conjunto que se me ocurre es que estos enfermos deben ser internados en Servicios de Cirugía y no de Medicina. La rutina sigue haciendo que pasen a Servicios de Medicina, pero la posibilidad de la perforación aguda por el cáustico, las grandes hemorragias que tuvo la enferma que operé y después la estenosis a que conduce, muestra que son enfermos eminentemente quirúrgicos.

Solucioné ese caso con una gastrectomía subtotal que se toleró muy bien y la enferma marchó muy bien y se recuperó.