

Clínica Quirúrgica del Profesor C. Stajano

ESTENOSIS CICATRIZAL ESOFAGO - PILORO - ANTRAL POR ESOFAGO - GASTRITIS CORROSIVA

Dres. Walter R. Suiffet y Julio C. Barani

Las lesiones corrosivas producidas en las vías digestivas por la ingestión de cáusticos, han sido motivo de estudios en nuestro medio. Agregamos a la casuística nacional una nueva observación que tiene particularidades de sumo interés. El hecho más notable en este caso, es la extensión lesional, pues ellas abarcan sectores del esófago, estómago y duodeno. Esta extensión fuera de lo habitual, creó dificultades en la conducta terapéutica. No se trataba de una simple gastritis corrosiva, sino que las lesiones se extendían desde la parte alta del esófago hasta la primera porción del duodeno, teniendo zonas de máxima intensidad en aquellas partes donde la sustancia corrosiva había tomado mayor contacto con la mucosa digestiva.

M. B. Sexo masculino. Edad: 43 años. Uruguayo. Soltero. El 22/8/951, ingirió 50 cc. de ácido sulfúrico comercial. Sintió intenso dolor retroesternal y epigástrico, e inmediatamente vomitó. Se le hizo ingerir leche y alcalinos, que vomitó inmediatamente. Ingresa al Hospital Maciel en donde se inicia a los 3 días de la ingestión, el tratamiento preventivo de la estenosis por medio de dilataciones del esófago (Saltzer). Se continúa con este tratamiento, pero el enfermo debe ser trasladado al Hospital Vilardebó por trastornos psíquicos. Vuelve porque han aparecido vómitos abundantes, sin presentar dificultad para deglutir (22/IX/951).

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía en la sesión del 12 de noviembre de 1952.

Examen. — Profundo estado de desnutrición. Estatura 1mt.70. Peso 44 kilos. Pulso: 80 por minuto. Anorexia. Lengua húmeda y saburral. Boca con lesiones de estomatitis marcada. Mioedema.

Abdomen: excavado, depresible, sin defensa. Discreta dolorosidad a la palpación en epigastrio. No se comprueba nada anormal a la palpación.

Tórax: sin particularidades.

Resto del examen clínico: sin particularidades.

Estudio Radiológico (Hospital Maciel). — **Estómago:** A/56252 (17/IX/951). El estómago muestra una gran bolsa que abarca la gruesa tuberosidad y la parte alta del cuerpo, apareciendo por el lado de la pequeña curva una zona estrechada como si fuera un pequeño canal, largo y de bordes rígidos correspondiendo al antro y píloro. Imagen de pipa invertida. No se observa ningún movimiento peristáltico (fig. 1).

Esófago: El pasaje esofágico muestra una lentitud en él y un estrechamiento en forma de embudo en su tercio inferior. El pasaje en este segmento se hace como si fuera un tubo rígido.

Exámenes de Laboratorio. — Orina: Normal; Urea en suero: 0 gr. 50 o/oo; Proteinemia: 66 gr. o/oo; Hematocrito 33 %; Tiempo de coagulación: 8'; Tiempo de sangría: 1'; Hemograma: Glób. rojos 2.800.000; Glób. blancos 10.300 (N. 65 %; E. 10 %; M. 10 %; L. 24 %); Hemoglobina: 62 %; Valor Glob. 1.10.

En estas condiciones se hace diagnóstico de estenosis gastro-esofágica cicatrizal por gastroesofagitis de origen corrosivo. Las lesiones predominan en tres sectores:

- a) Esófago = cuarto superior;
- b) Esófago = cuarto inferior;
- c) Estómago = zona antropilórica.

En estas condiciones el problema es complejo pues no sólo existían lesiones de estenosis en la zona antropilórica sino que las había en el esófago. Dado el estado de desnutrición del enfermo, urgía tomar una decisión rápida pues le era totalmente imposible alimentarse.

Se resolvió adoptar la siguiente conducta:

—Sobre la lesión gástrica = resección quirúrgica.

—Sobre la lesión esofágica = dilataciones para prevenir la obstrucción total y definitiva del esófago. De ser posible agregar a la resección gástrica la realización de una gastrostomía para poder dilatar el esófago correcta y eficazmente en forma retrógrada.

Se plantearon otras posibilidades pero se desecharon por no considerarse las más indicadas.

Dado el pésimo estado general del enfermo, se pensó realizar sola-

mente una gastroenterostomía. Esta intervención fué desechada por varias razones:

—No ponía al enfermo a cubierto de una estenosis en la neoboca por extensión de la lesión fibro-cicatrizal;

—No lo sometía a un riesgo menor que la resección;

—Obligaba en un futuro casi seguramente a una reintervención.

Dado las lesiones asociadas se pensó practicar la resección gástrica del último cuarto del esófago y la reconstrucción de la continuidad por



Fig. 1. — Estómago constituido por una gran bolsa que abarca la gruesa tuberosidad y la parte alta del cuerpo gástrico, apareciendo por el lado de la pequeña curva una zona estrechada como si fuera un pequeño canal largo y de bordes rígidos correspondiendo al antro y píloro. Imagen de pipa invertida. No se observa ningún movimiento peristáltico.



Fig. 2. Estrechamiento en forma de embudo en el tercio inferior del esófago, de contornos regulares. Anillo circular de bordes rígidos que estrecha la luz del esófago a la altura del cayado aórtico.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

una anastomosis esófago yeyunal en el tórax. Esta intervención fué desechada por:*

—El gran riesgo que se le hacía correr al enfermo dado el profundo estado de desnutrición en que se encontraba;

—La posibilidad que la lesión esofágica baja pudiera ser tratada correctamente por la dilatación;

—La presencia de la lesión esofágica alta que dejaba en pie la necesidad de actuar sobre ella, con lo cual no solucionaba totalmente el problema de este enfermo con una intervención riesgosa y de gran magnitud.

Con el criterio analizado en primer término se intervino:

Intervención (10/X/951). — Píloro gastrectomía subtotal.

Anestesia general: Ciclo Eter con infiltración novocáinica 1 % local.

Incisión mediana supraumbilical.

Exploración: Estómago enormemente dilatado. Antropíloro y duodeno I, estrechados y de paredes engrosadas y endurecidas; curva menor engrosada y endurecida hasta el cardias.

Vesícula biliar dilatada, vaciándose dificultosamente a la expresión.

Se evacúa el estómago por gastrotomía. Liberación de la curvadura mayor conservando la arcada de las gastroepiploicas en el epiplón. Ligadura pilórica. Cierre del duodeno en la unión de I y II, donde aún la luz es estrecha. Ligadura de la coronaria en su origen. Gastrectomía en gotera, seccionando el estómago hasta una zona próxima al cardias resecaando prácticamente toda la pequeña curva. Cierre parcial del estómago y anastomosis gastroyeyunal con asa larga y precólica sobre la pared sana del estómago. Cierre parietal.

No se practicó la gastrostomía en este acto quirúrgico porque el muñón gástrico era tan pequeño que queda oculto bajo el reborde torácico y hacía imposible la gastrostomía. Se prefirió esperar que se dilatará algo la bolsa gástrica residual para luego hacerla sin dificultades.

En el acto quirúrgico se cuidaron dos aspectos de la técnica, tendientes a hacer posible en un futuro la anastomosis esófago-gástrica si hubiera necesidad de practicar una resección esofágica baja.

Ellas fueron:

—Conservar la mayor vascularización del estómago ligando solamente los vasos cortos de la arcada de la curva mayor, contra el estómago y conservando así intacta la arcada de los dos gastroepiploicos;

—Realizar una anastomosis con asa larga y precólica, con lo cual fuera posible levantar el muñón gástrico al tórax si ello fuera necesario.

Evolución: La evolución post-operatoria inmediata fué excelente. El enfermo comenzó a alimentarse y cesaron los vómitos. Sin embargo se

acentúa la disfagia. Se realiza un nuevo estudio radiológico (3/XI/951 - A/56944).

Esófago: Persiste la lesión del tercio inferior del esófago pero aparece más nítida, una imagen en anillo circular de bordes rígidos que estrecha la luz del tubo a la altura del cayado aórtico (fig. 2).

Estómago: Se ha practicado resección del antro y cuerpo gástrico, mostrándose el estómago como una pequeña bolsa que se evacúa sin



Fig. 3. — Se ha practicado resección del antro y cuerpo gástrico, mostrándose el estómago como una pequeña bolsa que se evacúa sin dificultad por la anastomosis con el yeyuno. Persiste la estrechez del tercio inferior del esófago.

dificultad por la anastomosis (fig. 3). En vista de la evolución de la estrechez esofágica se decide practicar gastrostomía para poder realizar dilataciones en forma correcta.

Intervención (20/XI/951). — Gastrostomía. Anestesia general éter. Incisión vertical paramediana izquierda transrectal. Neoboca en buenas condiciones. Estómago blando, no infiltrado, sin esclerosis, poco dilatado. Hay dificultades para realizar la gastrostomía por lo cual se realiza un decolamiento de todo el mesogastro posterior incluyendo bazo y cola

del páncreas. Se consigue así acercarlo a la pared abdominal anterior, exteriorizándolo de la celda subfrénica izquierda hacia adelante. Gastrostomía. Cierre.

Evolución favorable. Se comienzan las dilataciones retrógradas del esófago por medio de sondas de Tucker. Nota alivio en la disfagia, se ali-

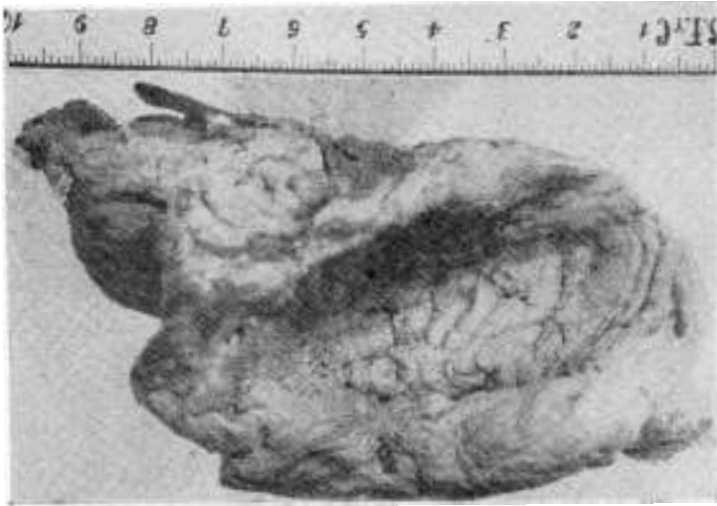


Fig. 4. — Foto de la pieza de resección pudiéndose apreciar que el estómago está retraído y se termina hacia la zona antropilórica en un block esclerofibroso. No hay continuidad de la luz gástrica.



Fig. 5. Foto de la pieza seccionada en donde se aprecia el engrosamiento con aspecto de esclerosis de la pared gástrica, con predominio de las lesiones a nivel de la curva menor. La zona antropilórica es un block fibroescleroso donde no se reconoce elemento muscular, mucoso, ni luz visceral.

menta correctamente. A los seis meses continúan las dilataciones y ha aumentado 8 kilos. Al año de operado continúa con dilataciones. No tiene disfagia. Se alimenta bien. Ha aumentado 10 kilos de peso.

Estudio radiológico (6/VIII/952 - A/69856). — Persiste la misma

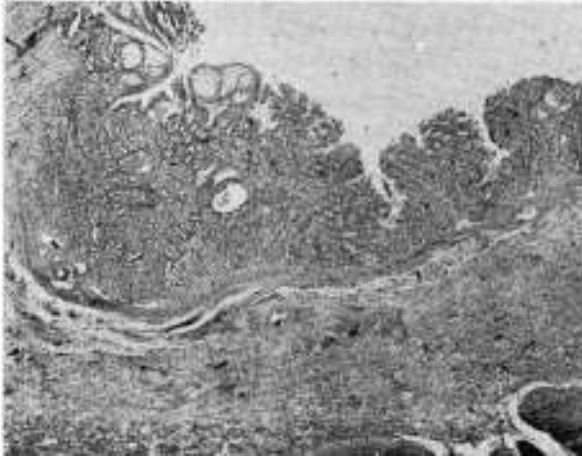
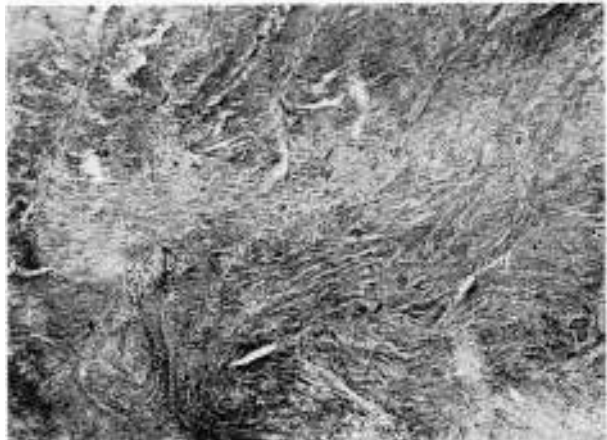


Fig. 6. — Corte de mucosa, submucosa y algunos haces de fibras musculares. Engrosamiento de la capa mucosa a expensas de una marcada neoformación de glándulas; dilatación quística de alguna de ellas; congestión intensa de los capilares del corion e infiltración hemorrágica del mismo. Fibrosis al nivel de la submucosa.

lesión de esófago. **Estómago:** Se aprecia el aspecto del estudio anterior y además la imagen dada por el tubo de gastrostomía.

Estudio anatómico: La zona reseca de estómago tiene un aspecto infundiliforme cuyo extremo correspondiente a la zona antropilórica pre-

Fig. 7. — Corte a gran aumento de la submucosa donde se destaca la abundancia de tejido conjuntivo denso, fibrosis e infiltración de células redondas (linfocitos y plasmazellen) dispuestas en acúmulos y difusamente.

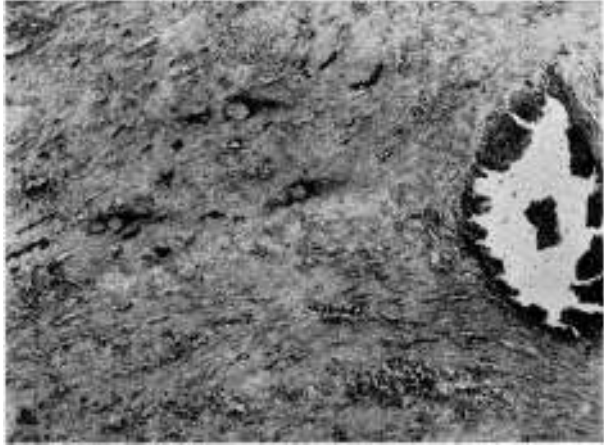


senta un aspecto esclerofibroso, en donde la luz gástrica termina en forma ciega. Al corte la pared gástrica está engrosada, especialmente al nivel de la curva menor, en donde tiene un espesor de 1cm.½, un aspecto blan-

quecino y una consistencia firme. En cambio las lesiones son menos extendidas en la curva mayor, en donde se reconoce rápidamente la pared gástrica normal.

La zona antropilórica está transformada en un block fibroescleroso,

Fig. 8. — Microfoto a mayor aumento de la misma zona anterior. Se observa el mismo aspecto comprobándose además una vénula muy dilatada que contiene glóbulos rojos y pigmento hemoglobínico dispuesto sobre la pared vascular.



donde no se reconoce elemento muscular mucoso ni luz visceral (figuras 4 y 5).

Examen microscópico: El estudio histológico destaca fundamentalmente un proceso de reparación como consecuencia de la agresión, quí-

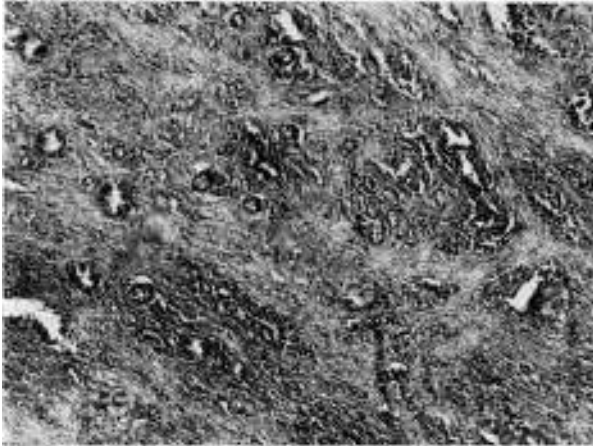


Fig. 9. — Corte de la pared gástrica en una zona en que ha desaparecido totalmente su estructura histológica normal. Se observa tejido conjuntivo joven ricamente vascularizado y zonas en que predomina el tejido conjuntivo denso. Acúmulo de células redondas.

Comentarios.

Se trata de una observación de interés pues hay lesiones combinadas esófago-gástricas. Es clásico que las lesiones ocasionadas por los cáusticos alcalinos, asienten sobre el esófago, mientras que los ácidos dan lesiones mayores en el estómago. Esto ha sido observado en la clínica y realizado experimentalmente por Bosch del Marco. Pero las lesiones pueden ser combinadas a predominio en estómago o esófago según el agente. En nuestro caso hay predominio gástrico de las lesiones, lo que está de acuerdo al agente causal: ácido sulfúrico; pero hay también lesión esofágica. Las lesiones esofágicas existen en dos zonas bien precisas: cuarto superior por debajo de la boca del esófago y cuarto inferior inmediatamente por encima del cardias.

Las lesiones gástricas existen en zonas de mayor contacto: curva menor, antro-píloro-duodeno I, lo que está perfectamente justificado. Como vimos por el estudio anatómico, la zona antro-pilórica había desaparecido como canal, observándose una cicatriz con desaparición completa de la luz del órgano. El estómago era un fondo de saco ciego sin canalización hacia el duodeno.

La lesión gástrica evolucionó más rápidamente y era mucho más intensa y extensa que la esofágica, lo que está de acuerdo con el agente causal de la lesión.

Como dijimos al comienzo, la extensión de las lesiones le da un interés particular a esta observación y junto con los problemas táctica y técnica que planteó la terapéutica del caso, hacen que sea considerado de utilidad su publicación.

BIBLIOGRAFIA

- ARMAND UGON, V.; SUAREZ, H. — Citados por Bosch del Marco, L.
BOSCH DEL MARCO, L. — Anales de la Facultad de Medicina: 34: 891.
1949.
BOSCH DEL MARCO, L. — Boletín Sociedad de Cirugía Uruguay. 22:
169. 1951.
BOSCH DEL MARCO, L. — Boletín Sociedad de Cirugía Uruguay. 23:
294. 1952.
LARGHERO YBARZ, P. — Boletín Sociedad de Cirugía Uruguay. 22:
177. 1951.