

## ESTENOSIS DE ESÓFAGO Y DEL ANTRO PILÓRICO POR INGESTION DE SODA CAUSTICA (\*)

Dr. Julio C. Barani  
(Especialista en Endoscopia Peroral)

Los niños por descuido y los adultos, en general intencionalmente, ingieren ácidos o álcalis: ácidos nítrico, sulfúrico, clorhídrico, soda cáustica, etc. Lo más frecuente es la ingestión de soda cáustica.

Los ácidos pueden ocasionar tres clases de lesiones: a) *gastritis corrosivas*, localizadas en el antro pilórico y puesta de manifiesto por los vómitos, que comienzan alrededor del mes después de la ingestión del cáustico y que traducen la estenosis pilórica. El único tratamiento curativo es la gastrectomía parcial preconizada por **Luis M. Bosch del Marco** (1); b) *esofagitis y gastritis al mismo tiempo*. Las lesiones de esófago son las primeras en ponerse de manifiesto y la disfagia reaparece alrededor de la tercera semana, época en que comienza la cicatrización de las quemaduras; los vómitos aparecen más tarde e indican el cierre del píloro. El tratamiento (2) consiste en la gastrectomía parcial y las dilataciones del esófago; c) *lesiones en la faringe o en el esófago*, que se tratan generalmente por dilataciones.

La soda es el cáustico por excelencia del esófago y es excepcional que quemee el estómago. Es bien conocido el tratamiento profiláctico de las estenosis (3) así como los diversos tratamientos para dilatar las estenosis de esófago consecuencia de quemaduras por soda cáustica o ácidos (sondas metálicas, sondas de Tucker, etc.). En caso de cierre total del esófago se recurre a la cirugía (4) o a la cirugía y dilataciones (5).

---

(\*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía en la media hora previa el día 12 de mayo de 1954.

Este caso que presentamos tiene la particularidad de tratarse de una *estenosis de esófago* (fig. 1) y *del antro pilórico* (fig. 2) ocasionada por una *esófago-gastritis corrosiva* debida a ingestión de *soda cáustica*.

Su historia clínica es la siguiente: mujer de 23 años que

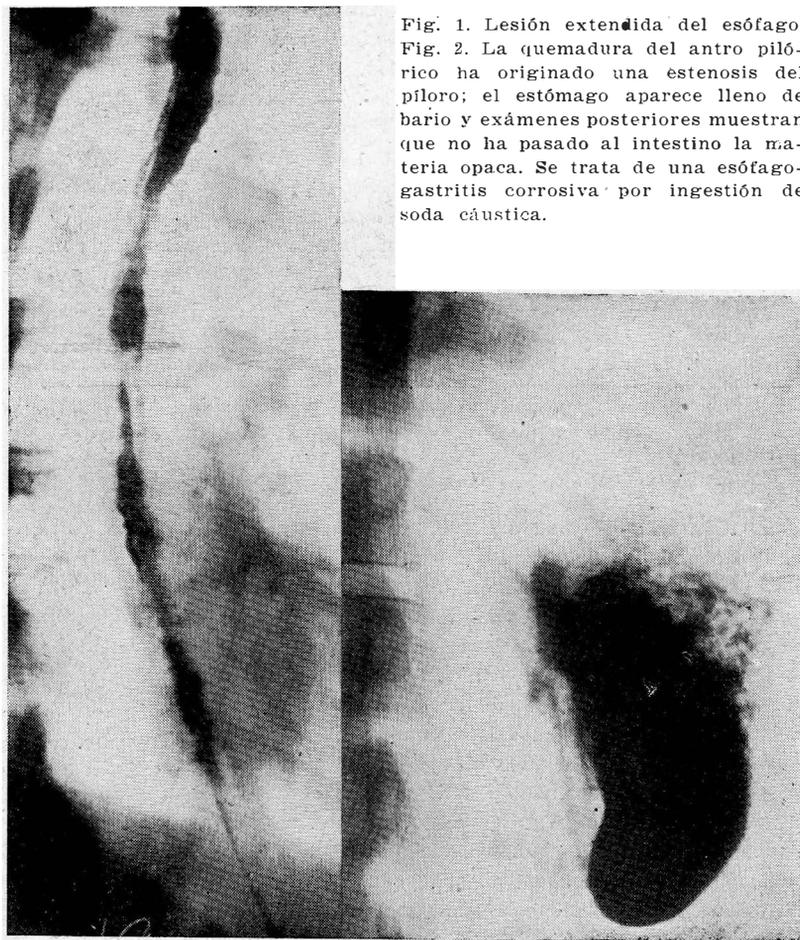


Fig. 1. Lesión extendida del esófago.  
Fig. 2. La quemadura del antro pilórico ha originado una estenosis del píloro; el estómago aparece lleno de bario y exámenes posteriores muestran que no ha pasado al intestino la materia opaca. Se trata de una esófago-gastritis corrosiva por ingestión de soda cáustica.

FIG. 1

FIG. 2

intenta suicidarse tomando soda cáustica; está muy grave, luego mejora y a la tercera semana comienza de nuevo la disfagia y más tarde ,alrededor de los cuarenta días de la ingestión del

cáustico, empezaron los vómitos. Un examen radiológico muestra lesión extendida del esófago y retención del bario en el estómago (figs. 1 y 2). De no haber fallecido se le hubiera hecho una *gastrectomía parcial* y luego *dilataciones del esófago*.

BIBLIOGRAFIA

1. BOSCH DEL MARCO, L. 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. SUIFFET, W. E. y BARANI, J. C. — Estenosis cicatrizal esófago-píloro-antral por esófago-gastritis corrosiva. Anales de Cirugía del Uruguay, 87-95, 1953.
3. SALZER, H. — Frühbehandlung der speiseröhrenverätzung. Wiener Klinische Wochenschrift 33, 307, Apr. 1920.
4. LARGHERO YBARZ, P. — Estenosis alta del esófago por corrosión. Su cura quirúrgica. Directivas terapéuticas en la corrosión del esófago por cáusticos. El Día Médico Uruguayo, Marzo 1951.
5. MATTOS BARRETTO, P. — The treatment of atresias of the Esophagus. First Panamerican Congress of Otorhinolaryngology and Bronchoesophagology, Chicago, Oct. 1946, 204-227.

Avda. AGRACIADA 1464  
Montevideo — Uruguay

**Dr. Barani.** — Cuando un enfermo ingiere un ácido o soda cáustica, lo que debe hacerse es recordar que **Salzer** en 1920 opinó sobre la necesidad de hacer un tratamiento precoz de dilataciones para evitar la estenosis de esófago; esta opinión de Salzer es aceptada universalmente. Sea un ácido o un álcali lo ingerido el enfermo debe ser sometido, pasado los primeros momentos, a las dilataciones del esófago, única manera de evitar las estenosis. Si alrededor del mes aparecen vómitos, hacer radiografías de estómago y si existe una estenosis de píloro se verá un estómago dilatado lleno de materia opaca. El único tratamiento curativo para las estenosis de píloro, debidas a gastritis corrosivas con lesiones totales de la pared del estómago (mucosa, muscular y serosa) correspondiente al antro pilórico, es la *gastrectomía parcial* preconizada por el **Dr. Luis M. Bosch del Marco**, que operó su primer enfermo en el servicio del **Prof. Prat** en el año 1945 y publicó su tesis de Doctorado donde establece esta operación, como tratamiento para estas estenosis pilóricas, en el año 1949.

Las complicaciones gástricas no las podemos evitar; en cambio podemos evitar las estenosis de esófago con las dilataciones precoces; estas dilataciones en general, se comienzan entre el tercer y quinto día después del accidente. Publiqué un trabajo sobre este tema titulado "Directivas generales para el tratamiento de las esofagitis corrosivas y estenosis de esófago", en el Bol. de la Soc. de Cirugía del Uruguay, Tomo XXII, 82-86, 1951.