

ESTENOSIS PILORICA CORROSIVA (*)

(Ingestión de hipoclorito)

Dres. Luis M. Bosch del Marco y Juan A. Folle

Observación de la Clínica del Prof. Pedro Larghero Ybarz

Como contribución al trabajo del Dr. Piquinela sobre gastritis corrosiva, en el que nos presenta, una observación clínica con curación del enfermo, luego de practicarle una resección gástrica de acuerdo a los fundamentos que preconizamos ya en nuestro medio hace doce años, (1), volvemos hoy sobre el tema a propósito de un nuevo caso, que ofrece particularidades clínicas y lesionales que juzgamos de interés exponer para un mejor conocimiento sobre este capítulo de la patología gástrica.

El tratamiento instituido, difiere del realizado en nuestras anteriores presentaciones, por las circunstancias que se referirán y que creemos que concurre así a incorporarse como una nueva orientación terapéutica. Un mayor dominio de la patología de la afección y una condición lesional particular en un niño de treinta meses, inspiró ya hace tres años, al Dr. Pedro Larghero Ybarz, la original resección tubular de la mucosa y submucosa pilórica (5), para lograr su curación .

El caso que a continuación exponemos, permitió abrigar la esperanza del éxito, que fue alcanzado, realizando un tipo de píloro plastia.

Se trata de un señor de 65 años, J. M., registrado con el N° 14.207 en la Clínica del Prof. Larghero Ibarz, que ingresa el 30 de julio de 1956, refiriendo que desde hace dos años atrás sufre dolores discretos al nivel del epigastrio e hipocondrio derecho, en forma intermitente, y de aparición espontánea, aunque exacerbados a veces por la ingestión de

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 31 de julio de 1957.

alimentos sólidos. Quince días después del comienzo de sus molestias, acusa vómitos alimenticios en forma periódica que lo alivian; mejora, luego de este episodio, pero prosigue durante otro año con las perturbaciones aludidas, a las que se agrega una constipación pertinaz.

Se le indica tratamiento dietético que contribuye a mejorarlo. Pero desde hace cuatro meses nota adelgazamiento, anorexia y repugnancia por ciertos alimentos. Ningún episodio hemorrágico digestivo. Poliaquiuria con crinas turbias. En sus antecedentes se comprueba la ingestión hace dos años de unos buches de hipoclorito, sin que ellos en forma inmediata le hubieran provocado malestar gástrico alguno.

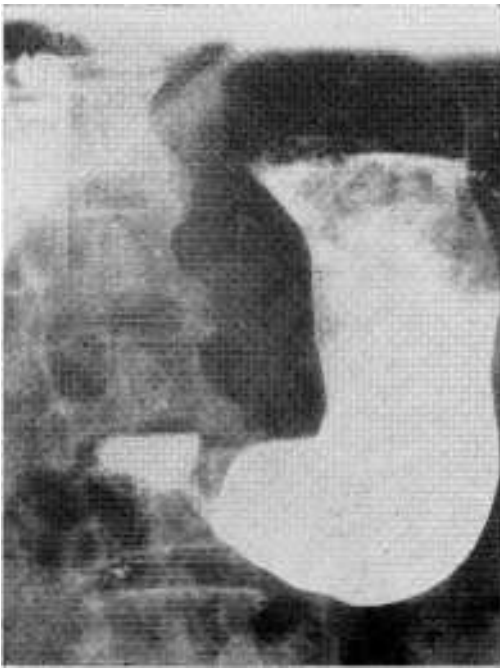


FIG. 1

Se trata de un bronquítico crónico, fumador y etilista moderado.

El examen clínico revela regular aspecto general, desnutrición, disminución de las masas musculares, buen relleno venoso superficial, piel y mucosa coloreadas. Boca en mal estado, lengua húmeda, saburral. No hay adenopatías en el cuello. Cardiovascular: sin particularidades. Del punto de vista pulmonar, sibilancias y estertores difusos en ambas bases pulmonares. El abdomen es simétrico, globuloso, no hay chapoteo ni repatación gástrica, se moviliza bien a la respiración y es indoloro. El recto derecho se encuentra aumentado en su tono, pudiendo palpase por debajo del mismo, el borde del hígado que rebasa un través de dedo el reborde costal. La percusión del borde superior de aquel órgano alcanza los

límites normales. El Traube es normal. No se palpa bazo. El tacto rectal es normal.

Se palpa en la fosa lumbar derecha el polo inferior del riñón, existiendo, en el momento del examen discreta piuria.

Exámenes de laboratorio: tiempo de coagulación y sangría, normales. Hematrocito 52 %. Proteínas 7 %. Urea en suero 0.50. Wassermann negativo. Glóbulos rojos 4.600.000. Hemoglobina 94 %. Valor globular 1.02.

Orina: densidad 1.010. Cloruro 5 grs.85, no hay elementos anormales ni desarrollo de bacterias.

Quimismo gástrico: retención ligeramente aumentada. No hay acidez libre en ayunas. Mala secreción. Anaclorhidria. Informa, el Dr. Enrique

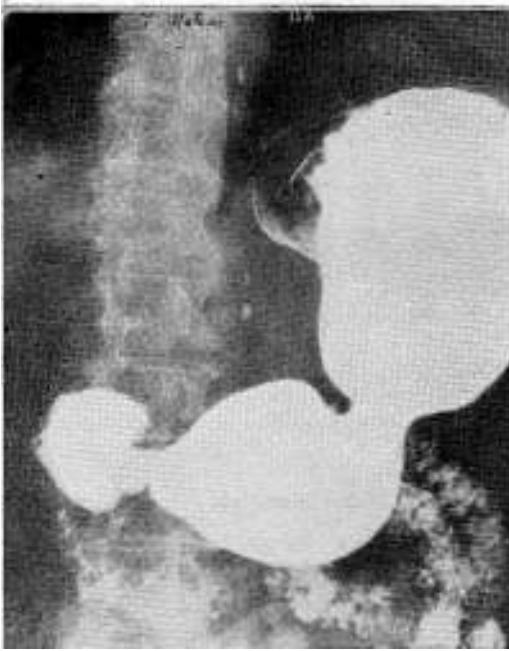


FIG. 2

Emeric que si es un neoplasma se topografiaría a nivel del cuerpo extendido al antro.

Sondeo duodenal: Bilis vesicular: sin pus ni parásitos, abundante bilirrubinato amorfo.

Exámenes radiológicos: radioscópicamente, se observa, por momentos falta de relleno del cuerpo gástrico; los pliegues de este órgano en su parte alta se disponen desordenadamente. La radiografía del gastroduodeno denota: signos de lesión orgánica intrínseca; ésta, corresponde en especial a la parte baja del cuerpo y fondo del estómago. El Dr. Arias confirma la existencia de una lesión infiltrante prepilórica. 81.705 - Hospital Pasteur. (figs. 1 - 2).

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

En las búsquedas radiológicas restantes se observa: la ausencia de tinción de la vesícula biliar. Signos de ateroma aórtico. Buena eliminación de ambos riñones.

Diagnóstico clínico y de laboratorio: cáncer de estómago de implantación prepilórica. Como directiva de tratamiento se indica la laparatomía exploradora y eventual resección gástrica.

Se procede a ella el 21 de agosto de 1956, bajo anestesia local y por incisión mediana supraumbilical.

No se comprueba la existencia de tumor alguno, tampoco de úlcera, pero sí un engrosamiento a nivel del píloro, regular y segmentario. Un ganglio inflamatorio en la vecindad de la pequeña curvatura. Hígado duro, de cirrosis. La vesícula bilobulada por una brida que se secciona

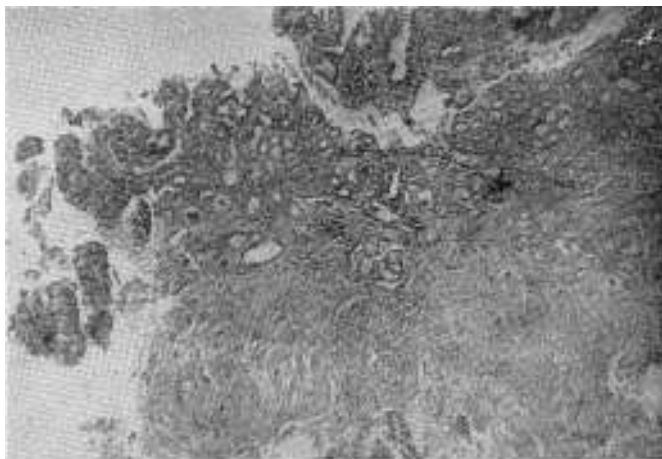


FIG. 3

y que logra un fácil vaciamiento. Ninguna otra lesión pudo evidenciarse en las vísceras vecinas. Procedióse a una antrotomía para explorar, que permitió la visualización de una mucosa gástrica enteramente normal y al mismo tiempo un verdadero diafragma implantado a nivel del píloro, creando estenosis pilórica. Aquél impedía la penetración aún del pulpejo del dedo pequeño. Para ampliar la exploración practicóse una incisión sobre la cara anterior de la pequeña porción del duodeno, lográndose así confirmar la existencia del diafragma estenosante y al mismo tiempo la presencia de un proceso inflamatorio crónico por debajo de la mucosa intacta, con verdadera desaparición de la musculatura pilórica. Se secciona el diafragma aludido poniendo así totalmente a plano la región antropíloro-duodenal, lo que permitió completar integralmente la investigación, y realizar biopsia en la base de implantación de la formación obstructora. Cierre de la brecha por sutura perpendicular al eje de la

misma, en dos planos, quedando en esta forma una amplia boca de evacuación. Cierre de la incisión sin sutura de la piel.

La evolución fue totalmente satisfactoria, otorgándose el alta al paciente dentro de los plazos normales.

Anatomía patológica: pieza N° 2.260. Laboratorio de la clínica del profesor Pedro Larghero Ybarz.

Proceso inflamatorio crónico localizado en la cara profunda de la



FIG. 4

mucosa pilórica, caracterizado por infiltrados difusos de linfocitos, plasmacellen y eosinófilos, con esclerosis e hipertrofia marcada de la muscularis mucosa. Firmado: Juan A. Folle (fig. 3).

La evolución alejada del enfermo fue satisfactoria. Al año y medio se obtienen nuevas placas radiográficas que revelan (figs. 4 y 5) fácil evacuación y correcta distensión del órgano sin signos de lesión orgánica.

CONSIDERACIONES

A) *Patológicas:* la lesión hallada, corresponde a la forma localizada de la gastritis irritativa exógena común, determinada por el factor etiológico que la provocó (ingestión cáustica) y el

anatómico, al revelar un proceso inflamatorio crónico en cara profunda de la mucosa con esclerosis e hipertrofia de la muscularis mucosa.

Las características pues, de la lesión, la incluirían en el primer grado de nuestra clasificación anatómica (2); destacándose el predominio alterativo a nivel de la submucosa con esclerosis de la musculatura pilórica y regeneración de la propia mucosa, situación opuesta a la señalada en el caso de Larghero



FIG. 5

Ybarz (5), en donde la situación era inversa al revelar destrucción de la mucosa e indemnidad de las capas musculares.

La interpretación que damos a la presente observación, es la de que producida la corrosión de manera segmentaria, en la región del píloro, su moderada intensidad permitió la conservación de algunas glándulas de la mucosa a expensas de las cuales hubo posteriormente, regeneración del epitelio con evolución hacia las fibrosis de las demás estructuras submucosas.

B) *Clínicas*: la interpretación clínico radiológica hizo pre-

sumir la existencia de un proceso infiltrante maligno y estenosante del píloro. Trátase así de una forma sintomática en que las circunstancias generales llevaron a un error de diagnóstico al desconocer por el interrogatorio un dato fundamental que hubiese puesto en la vía correcta del diagnóstico, y que la incluye así entre otras afecciones que simulando el cáncer gástrico deben obligar a tener presente en el espíritu aquella frase de que “la laparotomía exploradora se justificará en primer término frente aquel diagnóstico para demostrar su existencia o sorprender otros procesos que lo simulen”.

C) *Terapéuticas*: al no comprobar la lesión tumoral maligna pilórica y sí, una estenosis de otra naturaleza, decidióse la exploración por apertura antro duodeno pilórica con exposición completa de la mucosa.

Tal circunstancia puso de manifiesto la esclerosis submucosa del canal pilórico con la mucosa de aspecto normal. Se interpretó así que el problema era de índole mecánica y de carácter segmentario.

Se practicó la sutura de reconstrucción perpendicularmente al plano de sección, haciendo desaparecer en esta forma el esfínter alterado.

La imprecisión diagnóstica y la necesidad de explorar, nos condujeron a tal solución, ya que si las circunstancias hubiesen sido otras hubiéramos adoptado distinto criterio.

La evolución funcional favorable no nos hizo arrepentir del procedimiento, y tal resultado nos induce a esta publicación en la creencia que puede ofrecer algún interés clínico y terapéutico.

RESUMEN

Ofrecemos una observación clínica de estenosis pilórica referente a un paciente de 65 años de edad. Tenía las características clínico-radiológicas de un neoplasma gástrico. Una omisión en el interrogatorio hizo pasar desapercibida la ingestión de dos buches de una solución de hipoclorito comercial, *dos años atrás*.

La intervención permitió comprobar una estenosis *en diafragma* a nivel del píloro, con conservación de la mucosa, escle-

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

rosis de la submucosa y de la musculatura pilórica. A su vez la exploración con fines diagnósticos obligó a realizar una antro-píloroduodenotomía.

Como solución operatoria se optó por la sutura en planos, perpendicularmente a la línea de incisión, con lo que se dejó un amplio pasaje gastro duodenal.

El estudio de un fragmento extraído demostró una lesión de tipo inflamatorio, segmentaria en diafragma, a nivel de la submucosa y musculatura del canal pilórico, de tipo escleroso con indemnidad de la mucosa.

La evolución al año y medio prosigue favorable.

BIBLIOGRAFIA

- 1) BARANI, JULIO C.: Traitement de la gastrite corrosive; indications de la gastrectomie subtotale (Bosch del Marco) ou résection de la muqueuse et submuqueuse de l'antre pylorique et pylore (Larghero Ibarz). *Annales D'Otto Laringologie*. 73: 171-173, 1956.
- 2) BOSCH DEL MARCO, LUIS M.: Contribución al estudio de la gastritis corrosiva. *Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo*. 34: 891, 1949.
- 3) BOSCH DEL MARCO, LUIS M.: Estenosis cicatrizal píloro antral por gastritis corrosiva. *Boletín de la Soc. de Cirugía del Uruguay*. 22: 169, 1951.
- 4) BOSCH DEL MARCO, LUIS M.: Gastritis corrosiva. Estenosis pilórica. *Boletín de la Soc. de Cirugía del Uruguay*. 23: 295, 1952.
- 5) BOSCH DEL MARCO, LUIS M., LARGHERO IBARZ, PEDRO: Estenosis por ingestión de un cáustico en un niño. Tratamiento. *Boletín de la Soc. de Cirugía del Uruguay*. Tomo XXV, 4: 361, 1954.
- 6) LARGHERO IBARZ, PEDRO: Estenosis cicatrizal del esófago por corrosión del cáustico. *Boletín de la Soc. de Cirugía del Uruguay*. 22: 177, 1951.
- 7) MEYER - STEIGMANN: El tratamiento quirúrgico de la gastritis corrosiva. *Surg. Gyn. and Obs.* 79: 306-310, 1944.
- 8) STRODE, E. C., DEAN, M. L.: Quemaduras gástricas por ingestión de cáusticos. *Anales de Cirugía*. 9: 875-886, 1950.
- 9) SUIFFET, WALTER, BARANI, J. C.: Estenosis cicatrizal esófago píloro antral por esofagogastritis corrosiva. *Boletín de la Soc. de Cirugía del Uruguay*. 24: 87, 1953.
- 10) TRAVIESO, JOSE P., RESANO, HORACIO J.: Terapéutica de la lesión del estómago y del esófago por cáustico. *El Día Médico*, Buenos Aires. Diciembre 20 1956, 2.875.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Dr. Barani. — Hay dos tipos de cáusticos: los álcalis y los ácidos. La soda es el cáustico por excelencia del esófago y quema excepcionalmente el estómago (“Estenosis del esófago y del antro pilórico por ingestión de soda cáustica”, Bol. Soc. Cirugía del Uruguay 1954, Nº 2-3, páginas 226-228, con el Dr. Suifflet).

Los ácidos pueden quemar sólo el esófago, el esófago y el estómago (“Estenosis cicatrizal esófago piloro antral por esófago-gastritis corrosiva”, Bol. Soc. Cirugía del Urug., 1953, págs. 87-95) o el estómago. Cuando queman el estómago dan lugar a una gastritis corrosiva con las características descritas por Luis M^º Bosch del Marco (Anales F. de Medicina de Montevideo, 1949, t. 34, págs. 891-1.010, Tesis de Agregación de Cirugía, 1946) y su tratamiento es la gastrectomía subtotal, operación preconizada, para estos enfermos, por Luis M^º Bosch del Marco.

Cuando la quemadura se reduce a la mucosa (caso de los niños que ingieren pequeña cantidad de ácido o posiblemente al ingerir soda) se puede reseca la mucosa piloro antral (Bol. Soc. Cirugía del Uruguay, 1954, págs. 361-371), operación preconizada por Pedro Larghero Ibarz.

En casos de gastritis corrosivas recuerdo siempre con afecto el trabajo del Dr. Bosch del Marco al establecer, el primero en nuestro país y creo en el mundo, el tratamiento de la gastritis corrosiva por medio de la gastrectomía subtotal.

En cuanto a la yeyunostomía, considero no se debe hacer.

Dr. Suiffet. — En realidad, después de haber escuchado al doctor Barani, poco queda por agregar. Diremos algunas palabras a propósito del caso nuestro, que dadas las características lesionales, obligó a ciertos aspectos de táctica quirúrgica. A pesar de haber sido ya presentado a esta sociedad, lo recordamos en oportunidad a esta comunicación.

Ese paciente del cual hizo mención el Dr. Barani, había sufrido quemaduras de esófago, antro, piloro y bulbo duodenal. Tenía una estenosis del antro gástrico hasta la rodilla superior del duodeno y lesiones discretas parietales del estómago que se extendían a lo largo de la pequeña curva. El problema del paciente era que tenía a su vez una estenosis esofágica y nos vimos en el problema de solucionar las dos situaciones: la gastritis estenosante y la estrechez esofágica.

Planeamos realizar la piloro-gastrectomía, de acuerdo con lo que ha propuesto el Dr. Bosch, y sobre el muñón residual gástrico de gastrectomía, una gastrostomía para que el Dr. Barani pudiera realizarle las técnicas de dilatación sobre la zona de estenosis esofágica. Dada la extensión de la lesión nos vimos obligados a hacer una gastrectomía similar a la del caso que presenta el Dr. Piquinela, en gotiera, sobre la pequeña curva, de manera que lo que quedó de estómago fue nada más que la gruesa tuberosidad gástrica. Nos vimos prácticamente imposibilitados, en ese momento, de hacer la gastrostomía. Cuando el paciente se recuperó de la estenosis gastro-pilórica, dado que la estenosis esofágica le permitía la ingestión de líquidos y papillas, se reoperó. El estómago no estaba muy dilatado y debido a que era un sujeto longilíneo, de tórax

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

muy cerrado, no tuvimos suficiente muñón gástrico para hacer la gastrostomía con facilidad y tuvimos que hacer un decolamiento del mesogastro posterior con bazo y cola de páncreas para traer el estómago a la incisión y sobre esa bolsa gástrica hicimos la gastrostomía que durante muchos años, permitió las dilataciones regulares y sobrellevar muy bien su estenosis esofágica.

El paciente se recuperó, le quitamos definitivamente la sonda de gastrostomía para que se cerrara, porque la estenosis esofágica se había preparado con las dilataciones sucesivas que el Dr. Barani le practicó.

Como se ha hecho mención a distintos aspectos de táctica quirúrgica en este problema patológico tan interesante, nosotros queríamos recordar esa observación que ya fue presentada a la Sociedad de Cirugía hace varios años. ("Estenosis cicatrizal esófago-píloro-antral por esófago gastritis corrosiva". Bol. Soc. Cirugía del Uruguay, 24: 87, 1953).

Dr. Bermúdez. — Confirmando lo que dice el Dr. Barani, hace algunos años operé un caso de estenosis mediogástrica con una hipertrofia de todas las capas; que simulaba un neoplasma; era secundaria a la ingestión de ácido nítrico. El esófago estaba absolutamente sano. Ese enfermo evolucionó muy bien con una gastrectomía parcial amplia.