

Hipertrofia del píloro del adulto

Dres. MARIO CAMAÑO, OMAR GUERRERO,
MARTHA CHIOSSONI y JUAN CASTIGLIONI *

La hipertrofia del píloro en el adulto es una enfermedad de etiología desconocida, caracterizada por una hipertrofia de la capa circular del músculo liso del píloro y la región prepilórica. Se traduce clínicamente por síndrome de obstrucción gastroduodenal supravateriano. Puede tener signos radiológicos característicos. Se asocia con frecuencia a lesiones gástricas, principalmente la úlcera de pequeña curva de estómago, hecho muy importante en la etiopatogenia de esta última afección, de acuerdo con la teoría de Dragstedt.

La hipertrofia del píloro en el niño ha sido ampliamente conocida a partir de la descripción de Fabricius Hildanus en 1627 (3). En el adulto, Cruveilhier (3) en 1835 describe la primera observación. En nuestro país no conocemos ningún caso publicado.

ETIOLOGIA

Su etiología es desconocida. Numerosas teorías han sido emitidas, pero ninguna explica todas las situaciones satisfactoriamente.

La mayoría de los autores se inclinan a pensar que es de origen congénito (4), que es una forma persistente de la hipertrofia del píloro infantil. Puede cursar asintomática o causar síntomas en forma intermitente hasta que algún factor agregado, inflamación, edema, espasmo, precipitan la obstrucción pilórica.

Se pensó que la úlcera, la gastritis y otras lesiones gástricas eran la causa de la

afección, pero hoy se aceptan que son lesiones secundarias. El espasmo muscular de origen neurovegetativo, y alérgico, también fue incriminado (7).

La mayoría de los casos ocurren entre los 40 y 60 años.

Al igual que la hipertrofia pilórica infantil predomina francamente en el sexo masculino en una proporción aproximada de 4 a 1.

PATOLOGIA

En la operación aparece como una tumoración anular, elástica que ocupa la región prepilórica. Termina en forma neta a nivel del duodeno y decrece progresivamente hacia el antro. El estudio macro y microscópico, muestra que el aumento de espesor se produce a expensas de un engrosamiento de la capa circular del músculo liso del píloro y la región prepilórica. Ocasionalmente la hipertrofia se extiende a la capa longitudinal.

Una cantidad variable de tejido fibroso le puede dar aspecto en empalizada y ha hecho pensar en etiología inflamatoria (6).

Se han descrito cambios morfológicos en las células ganglionares del plexo de Auerbach (7) cuyo significado no es conocido. También se ha encontrado una dilatación telangiectásica de los vasos de la submucosa (7).

El proceso puede tomar toda la circunferencia o estar localizado, predominando en este último caso en la zona de la pequeña curva (3).

Se ha estudiado el espesor del píloro normal, observándose cifras que varían entre 0,44 y 0,58 cm. (1,3). El orificio pilórico normal tendría un diámetro de 1,2 a 1,5 cm. (3).

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 12 de agosto de 1970.

* Asistente de Clínica Quirúrgica; Adjunto de Clínica Quirúrgica; Asistente del Departamento de Anatomía Patológica; Asistente de Clínica Quirúrgica (Facultad de Medicina de Montevideo).

En el estudio de la secreción gástrica basal de una hora no hay acidez libre.

Radiología de gastroduodeno: mostró hiperperistaltismo, retardo en la evacuación y una elongación del estrechamiento pilórico.

Durante su internación se mantienen los vómitos profusos.

Diagnóstico. Síndrome de obstrucción gastroduodenal.

En la exploración quirúrgica externa no se observan lesiones. Se hace una antrotomía longitudinal con lo que se explora el píloro que presenta una estenosis, inextensible, por la que pasa ajustadamente el 5º dedo, se incide el píloro y el duodeno y se hace una biopsia longitudinal. En el corte se observa un aumento de espesor del píloro que es blanquecino. No hay úlcera. Píloroplastia.

Evolución postoperatoria. Inmediata, sin complicaciones. Ha sido controlado un año y medio después y no ha repetido su sintomatología.

Anatomía patológica (Br. M. Iraola). Fragmento biopsico de 5 cm. de largo, constituido por pasaje gastropiloroduodenal.

A la sección longitudinal, llama la atención el desarrollo de la túnica muscular externa, que mide hasta 15 mm. de espesor.

La observación de los cortes histológicos muestra tubo digestivo correspondiente a región gastropiloroduodenal, con sus glándulas características. La mucosa no presenta elementos patológicos. Contiene focos linfoplasmocitarios difusos habituales. Congestión difusa del sector arteriolo-capilar.

Túnica muscular externa: se destaca un marcado proceso de hipertrofia e hiperplasia, dispuesta en gruesos haces de músculo liso, con escaso tejido conjuntivo laxo intersticial. No hay fibrosis. El estudio histológico del tejido muscular revela un estado patológico, con extensos campos donde las fibras aparecen vacuoladas con desplazamiento lateral de los núcleos y separación entre la fibra muscular y el sarcolema. Este aspecto alterna con campos donde se mantienen los caracteres morfológicos normales.

Plexo mientérico de Meissner: se reconoce en varios campos la presencia de células nerviosas (neuronas ganglionares).

Subserosa: está espesada en toda la longitud del fragmento.

En resumen, en el fragmento examinado, de pasaje gastropiloroduodenal, se comprueba una notoria hipertrofia e hiperplasia de las tunicas musculares externas, con lesiones de tipo degenerativo (vacuolización e hialinización).

OBSERVACIÓN N° 2.— Hombre procedente del Interior que consultó porque hace nueve meses comenzó con dolor de epigastrio, tipo cólico y vómitos postprandiales. Conjuntamente dispesia ulcerosa. Sufrimiento progresivo. Adelgazó 12 kilos. Sin antecedentes de episodios similares.

Examen. Algo adelgazado. Reptación de epigastrio y una tumoración de unos 5 cm., móvil, intraperitoneal, a la derecha y por encima del ombligo.

Controles de laboratorio normales.

El estudio de la secreción gástrica dentro de valores normales.

El estudio radiológico gastroduodenal reveló modificaciones en la región antropilórica, con estrechamiento y rigidez. En el tercio medio de la pequeña curva, un nicho pequeño. El duodeno sin modificaciones.

Diagnóstico. Obstrucción pilórica por cáncer gástrico. Probable úlcera de pequeña curva.

La exploración quirúrgica confirmó la existencia de una lesión ulcerada de pequeña curva y una tumoración gástrica prepilórica de consistencia elástica. No se observaron signos evidentes de malignidad, pero al no poder descartarla se hizo una gastrectomía con epilectomía. La pieza abierta mostró la mucosa y submucosa sanas y que la tumoración está formada por un engrosamiento progresivo hacia el píloro de la capa circular del músculo liso del antro gástrico.

Anatomía patológica. La pieza de gastrectomía abierta por la gran curva muestra a nivel de la región antral y pilórica, un engrosamiento anular que mide aproximadamente 5 cm. de altura sin lesión de la mucosa.

La sección a ese nivel muestra una hipertrofia de la muscular (circular), permaneciendo indemne la longitudinal. Se observa además que dicha hipertrofia tiene un componente fibromatoso.

La mucosa gástrica sobre pequeña curva, a 10 cm. del anillo pilórico, presenta una ulceración con convergencia de pliegues cuyos fondos con restos necróticos asientan sobre la muscular y tienen una intensa reacción esclerosada, fibroproductiva.

La sección a nivel de la pequeña curva no permite la individualización del anillo pilórico a nivel de la hiperplasia (está incluido en ella), la banda de pared duodenal permanece indemne.

Se toma material para histología a nivel de pasaje antropiloroduodenal, dos fragmentos; un fragmento de la úlcera y los ganglios disecados del epiplón menor.

Informe histológico. Los fragmentos tomados a nivel del pasaje gastropiloroduodenal muestran indemnidad de la mucosa, la submucosa está discretamente engrosada y esclerosada. No se observan lesiones de vascularitis, así como elementos inflamatorios de tipo crónico. La capa muscular, circular, presenta una intensa y extensa hiperplasia de las fibras, que se encuentran separadas por delgados haces fibrosos; a este nivel, así como en el límite con la longitudinal hay ausencia casi total de células ganglionares; tampoco hay elementos inflamatorios. La muscular longitudinal y subserosa no muestran alteraciones.

La lesión ulcerada de pequeña curva corresponde a una úlcera péptica con elementos de actividad, cuya base asienta sobre una muscular parcial y superficialmente amputada por el proceso fibroproductivo y granulomatoso.

Los ganglios muestran una hiperplasia re-cticular, difusa.

En ocho observaciones de hipertrofia del píloro del adulto, Craver (1) encuentra un espesor promedio de 1,54 cm., pudiendo hallarse el orificio pilórico reducido hasta 0,3 cm. de diámetro.

CLINICA

Bockus hace tres grupos de acuerdo a la duración de los síntomas:

- 1) Síntomas desde la infancia.
- 2) Sintomatología de larga duración, pero comenzando en la edad adulta.
- 3) Síntomas que comienzan en la edad adulta con corta duración.

Pueden también distinguirse las hipertrofias pilóricas del adulto con lesión gástrica asociada o sin ella.

Los síntomas traducen la instalación de una obstrucción gastroduodenal supravateriana, siendo lo más frecuente dolores cólicos, vómitos y pérdida de peso. Al examen puede haber reptación y un tumor palpable. Con frecuencia se agregan síntomas dispépticos variables, configurando a veces un síndrome ulceroso.

El estudio de la secreción gástrica no aporta elementos característicos, generalmente está dentro de valores normales.

Se han descrito distintos signos radiológicos como característicos, pero se considera actualmente que no son específicos. Kirklin y Harris describieron la deformación en hongo de la base del bulbo duodenal. Skoryna (5) piensa que las mejores guías para el diagnóstico son la elongación del canal pilórico, su brusco estrechamiento en contraste con el antro dilatado y sobre todo cambios en la forma y limitación de su actividad. Otros signos son el retardo del vaciamiento del estómago, la dilatación gástrica y el aumento del peristaltismo. La obstrucción completa es rara.

La radiología puede aportar signos de lesiones asociadas como úlcera gástrica, hernia hiatal, litiasis vesicular, etc.

Creemos que tiene gran valor la asociación de las alteraciones antropilóricas descritas con signos de úlcera de pequeña curva para pensar que existe una estenosis hipertrófica del píloro.

El diagnóstico preoperatorio exacto es raro. Puede sospecharse radiológicamente, pero habitualmente se llega al acto quirúrgico con diagnóstico de obstrucción pilórica debida a neoplasma gástrico o úlcera duodenal.

La exploración quirúrgica permite, cuando se conoce la entidad, el diagnóstico operatorio basado en el aspecto macroscópico de la lesión.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la hipertrofia pilórica del adulto es quirúrgico.

Está indicado por la obstrucción pilórica y por la imposibilidad de descartar una lesión maligna de la región pilórica o prepilórica.

El procedimiento quirúrgico de elección para la mayoría de los autores es la resección gástrica. Con ella se reseca la lesión para su estudio anatomopatológico y se trata simultáneamente un eventual proceso patológico asociado como la úlcera gástrica o duodenal.

La piloroplastia ha sido usada con buenos resultados con la desventaja de que el tejido obtenido para biopsia puede corresponder a un área no representativa del tumor pilórico y puede pasar por alto un neoplasma.

La piloromiotomía de Ramstedt ha sido abandonada porque da lugar a la formación de divertículos, porque la cicatriz pilórica puede dejar una obstrucción parcial y no reconocer una lesión neoplásica.

La gastroenterostomía no confirma el diagnóstico y se han comunicado observaciones de recurrencia de síntomas, por lo que no es recomendable.

OBSERVACIÓN Nº 1.— Hospital Pasteur. Historia Clínica Nº 24.377. F. G., 44 años, hombre. Desde dos años antes tiene sufrimiento dispéptico hiperesténico y vómitos postprandiales, por los que estuvo internado en el mismo hospital con tratamiento médico. Mejoró parcialmente hasta hace diez meses, cuando reaparecen los vómitos. Con tratamiento médico pasó bien dos meses. En los últimos quince días, nueva exacerbación de los síntomas por lo que se le ingresa.

Examen. Estado general conservado. No hay elementos patológicos a destacar.

Exámenes de laboratorio normales.

COMENTARIO

Presentamos dos observaciones de hipertrofia pilórica del adulto que corresponden al grupo de enfermos con sintomatología de corta duración. En ambos el diagnóstico fue operatorio. Las radiografías de la observación N° 2 no permiten descartar una lesión neoplásica antral, pero el hecho de asociarse a una úlcera de pequeña curva tiene que hacer pensar en esta afección, porque es una asociación que se ve en un porcentaje elevado de casos.

La observación N° 2 es de gran interés desde el punto de vista fisiopatológico, ya que apoya clínicamente la teoría de Dragsstedt (2) sobre la etiopatogenia de la úlcera gastroduodenal. Este autor postula que la úlcera de pequeña curva gástrica es debida a una hiperclorhidria de causa humoral, provocada por excesiva liberación de gastrina, que se debería a su vez a la distensión y estasis antral permanente causados por la obstrucción pilórica.

RESUMEN

Los autores presentan dos casos de hipertrofia pilórica del adulto y hacen consideraciones sobre la patología y clínica de esta afección.

RÉSUMÉ

Les auteurs présentent deux cas d'hypertrophie pylorique chez l'adulte, et font des considérations sur la pathologie et la clinique de cette affection.

SUMMARY

Two cases of pyloric hypertrophy in adults are presented accompanied by considerations on the pathology and clinical aspects of this disease.

BIBLIOGRAFIA

1. CRAVER, W. L. Hypertrophic pyloric stenosis in adults. *Gastroenterology*, 33: 912, 1957.
2. DRAGSTEDT, L. R. Peptic ulcer. *Am. J. Surg.*, 117: 143, 1969.

3. KNIGHT, C. D. Hypertrophic pyloric stenosis in the adult. *Ann. Surg.*, 153: 899, 1961.
4. Mc LAUGHLIN, R. T. and MADDING, G. F. Primary pyloric hypertrophy in the adult. *Am. J. Surg.*, 104: 874, 1962.
5. SKORYNA, S. C., DOLAN, H. S. and GLEY, A. Development of primary pyloric hypertrophy in adults in relation to the structure and function of the pyloric canal. *Surg. Gynec. and Obst.*, 108: 83, 1959.
6. TOUPET, R. et MOUCHET, A. Considérations sur la stenose hypertrophique bénigne du pylore chez l'adulte. *J. Chir.*, 50: 1, 1937.
7. WALLENSTEN, S. Pyloric hypertrophy in adults. *Acta Chir. Scand.*, 104: 285, 1953.

DISCUSION

Dr. Valls: Quiero felicitar a los Dres. Camaña y Guerrero por haber traído este tema que no es muy frecuente de ver, que como los mismos autores dijeron se puede confundir con el cáncer de estómago.

A veces la situación es angustiosa, seguramente lo fue para ellos, y es por eso que se hace la gastrectomía sobre todo.

Hablo en base a que tuve una enferma joven que tenía una lesión a nivel del píloro con un síndrome de estenosis pilórica que no acababa de mejorar, que fue intervenida y se comprobó que tenía una zona pilórica engrosada, nada más que la mucosa no tenía nada. Le hice una gastrectomía y tenía un neoplasma profundo, a pequeñas células, diseminado por todas las capas de la muscular, de manera que era un neoplasma de estómago y estuvo bien justificada la gastrectomía.

Es decir que lo que aparentemente era igual desde el punto de vista macroscópico, era distinto desde el punto de vista microscópico, y no esperé nada, no vacilé nada y pensé que era un neoplasma de estómago, y era un neoplasma de estómago.

Dr. Camaña: Cuando la hipertrofia pilórica se asocia a una lesión gástrica proximal, el problema del tratamiento es claro y hay que hacer una gastrectomía.

Hablamos de gastrectomía cincuenta por ciento o gastrectomía subtotal.

Quedan entonces los casos sin lesión gástrica asociada.

A éstos habrá que dividirlos. Cuando el cirujano hace diagnóstico al seguro de hipertrofia pilórica y cuando no lo hace. Cuando no lo hace hará una resección. Cuando el cirujano hace el diagnóstico en el campo operatorio, con una piloroplastia puede estar bien resuelto el caso.

Desde luego que dado que siempre existe la amenaza o la posibilidad de un neoplasma y una afección poco frecuente, siempre cuesta decidir dejarla y hacer nada más que un tratamiento conservador.