

ULCUS GASTRODUODENAL POR METRALLA

A. GÓMEZ FERNÁNDEZ DE LA CRUZ

Málaga.

Vamos a tratar sobre un caso clínico curioso, sin pretensiones deductivas, pues no es posible extraer consecuencias de un hecho que, por su extremada rareza, no admite relación patogéni-

submucosa. Las molestias, exclusivamente debidas a la presencia de la metralla, fueron en un principio continuas (parece remota la posibilidad de que fuese una apendicitis crónica la que motivase este tipo de molestias sólo porque cambiase a raíz de la apendicectomía. ¿Fue coincidencia?); pero tratándose de un paciente que tiene antecedentes gástricos familiares, pudo desarrollarse una enfermedad ulcerosa de curso rápido que en otros, ya que el tener en el fondo del ulcus aquella materia debía provocar tras-



Fig. 1.—Radiografía en que se ve el nicho, pero no se observa metralla.



Fig. 2.—Radiografía en que se ve el nicho, pero no se observa metralla.

ca con una enfermedad tan frecuente como el ulcus gastroduodenal. Queda, por tanto, la presente comunicación reducida a la exposición de la historia clínica y a breves comentarios sobre el particular:

J. V. M., varón, de veintiocho años de edad, tipógrafo. Es portador de una úlcera duodenal diagnosticada clínica y radiológicamente, lo que se comprueba en la intervención quirúrgica, encontrándose en el fondo de la pérdida de sustancia un trocito de metralla muy pequeño, así como otro en epiplón.

El paciente había sido herido de guerra en septiembre de 1938, por metralla, comenzando a padecer de estómago en abril de 1939, esto es, unos siete meses después de ser herido. Las molestias eran continuas hasta octubre de 1940, siendo operado en esta fecha por apendicitis aguda, y a partir de este momento adquiere la enfermedad un ritmo a temporadas, las malas de unos tres meses y las buenas de un mes (aproximadamente), siendo peores los veranos.

Carece de otros antecedentes dignos de interés, y en los familiares sólo se encuentra resaltable que su padre era gastrópata.

Poco antes de la intervención quirúrgica ya referida, y que fué practicada por el Dr. CASTRO-NUÑO, se obtienen las dos adjuntas radiografías, en las que se aprecia el nicho, pero no es visible el citado trocito de metralla, siendo, por tanto, un hallazgo operatorio.

Parece desprenderse de este caso que, pocos meses después de herido le aparece una úlcera, provocada por la presencia de aquel trocito de metralla, que aunque insignificante de volumen, obraba como cuerpo extraño incrustado en la

tornos de mayor intensidad, y en vez de tender a la tolerancia del cuerpo extraño con desaparición de las molestias sólo cambia el carácter de éstas, que toman ya la típica sintomatología de la úlcera de Cruveilhier.

Lo que primero debió ser una ulceración aguda se convierte más tarde en crónica al retardarse la cicatrización, por la simple etiología del cuerpo extraño, haciéndose después enfermedad ulcerosa por encontrar terreno predispuesto.

Manteniendo el criterio expuesto en un principio, no hay que relacionar este caso con todas las úlceras gástricas, pero sí queda que considerar en él cómo del traumatismo y localización submucosa de un cuerpo extraño se puede pasar a la enfermedad ulcerosa, pero siempre a base de distinguir que ello sólo puede provocar una ulceración y se precisa la concurrencia de otros factores individuales para convertirla en el verdadero ulcus de Cruveilhier, con sus peculiares características generales.

Otro enfermo, cuya historia puede equipararse a la anterior, es M. M. C., historia clínica núm. 646, de Lucena, de cincuenta y siete años, visto por mí en 1948, herido por múltiples trocitos de metralla a nivel del epigastrio, durante el sitio del Alcázar de Toledo; dos años después comienza a padecer de estómago, a temporadas; es dolor de relación muy imprecisa con la ingesta, que los alcalinos no siempre le alivian. Muy estreñido.

En la exploración general, nada de interés. A la inspección en epigastrio se observan las cicatrices que fueron puerta de entrada de la citada metralla. En la radioscopia gástrica se aprecian unas curvaturas lisas, pliegues regulares, hipotonía, retardo de la evacuación, peristáltica perezosa. Bulbo bien conformado, en cuyo borde superior, próximo al ángulo basal, existe un nicho de mayor tamaño que el frecuente en duodeno.

Conocido ya el anterior caso, pensé en la metralla, pudiendo localizar a radioscopia dos trocitos pequeños que no estaban incrustados en estómago, y lindando con la pared del nicho era visible una pequeñísima sombra de mayor densidad, que interpreté como metralla. En este momento no se le pudo hacer radiografía, citándole para practicarla a los pocos días, pero en este corto intervalo sufre un proceso agudísimo,

que le ocasiona la muerte en pocas horas, con un cuadro de fiebre elevada (39° C.), hipo, dolor violento en base de hemitórax derecho por su parte posterior y abundantísima hematemesis.

Sin obducción no es posible un diagnóstico exacto de este exitus, que suscita distintas probabilidades, aunque parece indudable la relación con el ulcus.

En el primer enfermo recogimos la metralla del fondo de la úlcera; en el segundo, no pasa todo del terreno de la presunción, por muy fuerte que sea ésta.

El primer caso fué recogido en el Servicio de Aparato Digestivo del Dr. CASTRO-NUÑO, en el Hospital Noble de Málaga.

RESUMEN TERAPEUTICO DE ACTUALIDAD

EL TRATAMIENTO DE LA ULCERA PEPTICA POR LOS EXTRACTOS DE MUCOSA GASTRICA Y DUODENAL

D. MOXÓ QUERÍ y J. COSTAS RIBAS

Servicio de Gastroenterología del Hospital de Nuestra Señora del Sagrado Corazón, de Barcelona. Director: Doctor DIEGO MOXÓ.

I.—HORMONAS (CHALONAS) DEL TUBO DIGESTIVO.

Los fisiólogos americanos han aislado en estos últimos años, a partir de la mucosa gástrica e intestinal, diversas sustancias análogas a las hormonas. Su estudio tiene importancia, en primer lugar, porque la noción de hormonas, fundamento de la endocrinología, nació de los primeros descubrimientos sobre la relación humoral entre el duodeno y el páncreas; en segundo término, porque las hormonas producidas en el tubo digestivo ejercen su acción sobre el mismo órgano en que se producen o sobre segmentos próximos del tracto gastrointestinal y no en lugares más distantes de la economía, como ocurre con las hormonas propiamente dichas elaboradas en los órganos endocrinos, y en tercero, porque de estos descubrimientos parecen entreverse consecuencias terapéuticas interesantes en el tratamiento de determinadas afecciones del aparato digestivo, y concretamente del ulcus gastroduodenal.

Estas sustancias, de acción excitante unas e inhibidora otras de la motilidad y secreción digestivas, serían entre otras (y dejando aparte la secretina) las siguientes:

Gastrina, pretendida sustancia secretogoga de la mucosa pilórica, cuya existencia fué afirmada a principios de siglo por EDKINS y TWEEDY, siendo puesta en duda su especificidad por POPLESKIETON, KOCH y LUCKHARDT, quienes atribuyeron la acción secretoexcitadora de los extractos de mucosa

gástrica (o de otros órganos) a la histamina que contienen (GAVIN, McHENRY, WILSON, SACKS, IVY, BURGESS, VANDOLAH), basándose principalmente en que la adición de histaminasa a dichos extractos destruye la pretendida acción de la "gastrina" obteniendo un preparado de mucosa pilórica que no contiene histamina ni colina, y que administrado en inyección intravenosa e intramuscular tiene fuerte poder excitante sobre las glándulas fúndicas, dando lugar a la producción de un jugo fuertemente ácido, pero de escaso poder digestivo. Este extracto no tiene acción alguna sobre las secreciones pancreática y biliar; BABKIN cree que son precisos nuevos experimentos, pero que la acción secretogoga de estos extractos de mucosa pilórica pudiera muy bien ser debida a la hormona directriz de la fase gástrica de la secreción; esto es, la Gastrina.

Enterocrisina (NASSET), preparado obtenido de un extracto de mucosa intestinal, de fuerte acción excitadora de las glándulas del intestino delgado, diferente de la Secretina y de la Urogastrona.

Vilikinina. Practicando una extracción ácida de la mucosa intestinal, obtuvo LUDANY en 1934, en el laboratorio de VERZAR, una sustancia denominada Vilikinina, que, administrada en inyección, produce actividad intensa de las vellosidades intestinales. Esta sustancia no contiene secretina, histamina ni colina, y su acción es inhibida por la atropina. Su paso a la sangre ha sido demostrado (KOKAS y LUDANY) estableciendo una circulación cruzada entre dos perros y colocando ácido en el intestino de uno de ellos (condición necesaria para la producción de la hormona): se observa entonces la contracción de las vellosidades intestinales en ambos animales.

Sustancia "P". Excitante de la motilidad intestinal descubierta en los extractos de mucosa por EULER, GADUUM y SCHILD. No ha podido ser demostrada su naturaleza hormonal.

Colecistokinina. Sustancia descubierta por IVY y OLDBERG en los extractos de mucosa duodenal y de la porción proximal del yeyuno, posee una elevada ac-