

NOTAS CLINICAS

PROLAPSO DE LA MUCOSA GASTRICA EN EL DUODENO CON UN CUADRO DE ESTENOSIS PILORICA

C. MARINA FIOL y A. GUTIÉRREZ H. MORA

Madrid

Cádiz.

Fué SCHMIEDEN quien en 1911 describió por primera vez un caso de prolapso de la mucosa gástrica en el bulbo duodenal; sin embargo, este cuadro no ha tenido realidad clínica hasta 1924, año en que ELLIASON y colaboradores¹ publicaron nuevos casos, puntualizando su sintomatología clínica, más especialmente la radiológica,

gún efecto beneficioso con su empleo. Las temporadas de dolor se fueron haciendo cada vez más prolongadas, acentuándose con el decúbito, al mismo tiempo que aumentaba de intensidad hasta tal extremo, que desde hace ocho meses el dolor es continuo y ha comenzado a tener vómitos muy copiosos, de muy mal olor, y últimamente con restos de alimentos ingeridos el día anterior; al mismo tiempo ha ido perdiendo peso, hasta adelgazar 20 kilogramos en los últimos ocho meses. Estreñimiento de siempre. Restos de aparatos, sin alteraciones dignas de mención.

Padre muerto de neumonía; la madre vive, con diabetes y aortitis. Dos hermanos, con úlcera gástrica. Marido sano, tres hijos sanos, un aborto. Menopausia hace cinco años. No recuerda enfermedades anteriores, salvo las habituales de la infancia.

Enferma bien constituida, con buen color de piel y mucosas, obesa, con abundante panículo adiposo en abdomen. Presiones arteriales 14/8. Pulmón y corazón,



Fig. 1.



Fig. 2.

indispensable para el diagnóstico. Desde esa fecha han sido descritos algunos casos más por los autores americanos, pero quizá debido a la poca frecuencia con que se encuentra clínicamente esta alteración o a la poca difusión alcanzada por las contadas comunicaciones hechas, es lo cierto que su conocimiento se ha extendido poco, y en España, que sepamos, no ha sido comunicado aún ningún caso.

Es por ello por lo que exponemos a continuación estas observaciones, ejemplos típicos de dicha afección.

Primer caso.—D. A., mujer de cuarenta y ocho años de edad. Desde hace diez años, y a partir de un cólico cuyas particularidades no recuerda, comenzó a notar ligero dolor a temporadas en epigastrio, que se le presentó por primera vez acompañando al cólico; este dolor le corría a la espalda hasta el ángulo de la escápula, acompañándose de acidismo gástrico. Más adelante aumentó en intensidad, localizándose en la mitad derecha del epigastrio; se hacía sentir a las dos o tres horas de la ingestión de alimentos y se acompañaba de eructos ácidos; al principio cedía con la ingestión de bicarbonato sódico, pero posteriormente no obtuvo nin-

normales a la percusión y auscultación. En abdomen no se palpa hígado ni bazo, apreciándose dolor a la palpación profunda, de zona duodenal. Resto de la exploración, negativa.

La orina, de densidad 1.027, no contenía elementos anormales. Curva de glucemia: 108, 157, 175, 174. Tiempo de hemorragia, 1'30". Tiempo de coagulación, 3'. Quick, 100 por 100. En ayunas se obtienen 140 c. c., con una acidez clorhídrica libre de 35 y total de 70. Reacción de Adler positiva fuerte. Investigación de hemorragias ocultas en heces, negativa.

Exploración radiológica: Nada a señalar en pulmón ni corazón. Estómago grande, con abundante cantidad de secreción, a pesar de haber sido sondada previamente; atonía e hipomotilidad. El vaciamiento sólo se logra pasivamente y con gran lentitud; el antro aparece estrechado en forma de embudo, quedando siempre sin contraste la porción más próxima al píloro. En la mucosa del antro se observa desaparición de los pliegues y sustitución de éstos por una mucosa de aspecto algodonoso, con imágenes areolares de contornos no recordados e inconstantes (fig. 1). En bulbo duodenal hallamos, en la primera exploración, un bulbo normal salvo en su base, en el cual el lugar del contorno habitual rectilíneo está constituido por dos líneas cóncavas, que convergen en el píloro (fig. 2). En la segunda exploración esta imagen se encuentra más acentuada; el receso superior aparece sin plenificar, salvo un ligero

sombreado de contraste, y en el centro del bulbo se observa una falta de replección de contorno irregular (figs. 3 y 4).

Fué practicada la intervención quirúrgica por el Doctor SALA; el informe del estudio histopatológico de la pieza reseca, realizado por el Dr. FERNANDO DE CASTRO, nos dice lo siguiente, respecto a su aspecto macroscópico: "En curvatura menor a 7 cm. del píloro, presenta una gran úlcera plana, de contorno oval y le-



Fig. 3.

cho de aspecto sanioso (fig. 5 a), con un rodete de mucosa congestiva y edematosa. En general, toda la pared del estómago es gruesa, pero con la mucosa deslizante sobre las tunicas musculares, excepto en la región próxima a la úlcera, que es adherente. La mucosa presenta gran cantidad de pliegues en la región del cuerpo del estómago, y por todo él son aparentes las eminencias mamelonares (fig. 5 c), singularmente en el antro pilórico. El píloro es grueso, con fuerte musculatura, pero con la mucosa deslizante.

Caracteres micrográficos: El estudio micrográfico de las secciones de la úlcera muestra que el cráter secciona las tunicas musculares de la pared del estómago, cuya superficie de sección se presenta al descubierto en el lecho de aquélla. El nicho está integrado por tejido necrótico, infiltrado por numerosas células plasmáticas



Fig. 4.

y algunos leucocitos, los cuales modelan una gruesa barrera. En fin, una trama conjuntiva densa sirve de base a la úlcera, y en ella se ven empotrados gruesos vasos sanguíneos. El rodete mucosa del ulcus lo modelan glándulas tubulosas hipertróficas, con amplios conductos de secreción, pero no se observan evaginaciones del epitelio glandular, ni desviaciones de estructura celular. En cambio, el estroma periglandular está muy infiltrado por corpúsculos plasmáticos y leucocitos.

La mucosa de la región del antro y del píloro mues-

tran zonas alteradas de glándulas tubulosas atróficas, con agrupaciones de glándulas inalteradas, asociadas en grupos, en el eje de las cuales se insertan fibras musculares lisas de una potente muscularis mucosa. En toda la mucosa predomina una infiltración de elementos cromófilos, plásticos y polimorfonucleares. Por último, es de interés anotar que en ninguna de las regiones examinadas, ni en la úlcera, se han encontrado transformaciones de carácter neoplásico en el epitelio glandular."

Segundo caso.—E. S., varón, de cincuenta y tres años. Desde 1936, a temporadas, inflazón de vientre y dolor no muy intenso paraumbilical derecho, que duraba de cuatro a cinco días, y mejoraba al evacuar. Anteriormente había padecido también a temporadas sensación de indigestión y plenitud en epigastrio. Posteriormente, y hasta ahora, alguna vez acidismo gástrico. Hace dos meses, coincidiendo con molestias vagas en el vientre, cuya localización no precisa, tuvo una melena, que le repitió a los pocos días; al cesar la hemorragia desaparecieron las molestias.

Antecedentes familiares y personales, sin interés. En

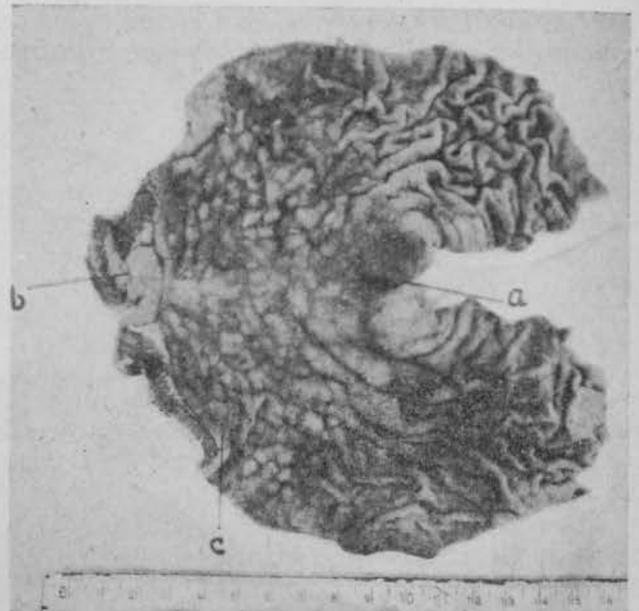


Fig. 5.

la exploración clínica no se encontró ninguna alteración, siendo las presiones arteriales de 11,5/6. En la orina no se encontró nada anormal. Hematíes, 3.500.000. Hb., 56. V. G., 0,8. Anisocitosis marcada. Leucocitos, 5.900; segm., 50; bastón, 11; eosin., 5; basf., 1; linfocitos, 27; monoc., 6. Plaquetas normales. Proteínas totales, 7,1; serina, 87 por 100; globulinas, 13 por 100. V. de S., índice, 43 mm. R. de Weltmann, 0. Takata. 01111111. Hemorragias ocultas en heces, a los cinco días de la melena, fuertemente positiva. Dos meses más tarde: hematíes, 3.530.000; Hb., 76; V. G., 0,76. V. de S., índice, 14,5 mm. Hemorragias ocultas en heces, negativas. En la exploración radiológica efectuada a los dos meses no se aprecia ninguna alteración en el estómago, salvo un notable engrosamiento de pliegues; en el bulbo duodenal se aprecia en su base un defecto de replección compuesto de varias zonas de aclaramiento de forma nodular (figs. 6 y 7).

En este caso, al no haberse practicado la intervención quirúrgica, no ha podido ser confirmado el diagnóstico; sin embargo, aunque el diagnóstico diferencial hay que hacerlo con la duodenitis, en contra de lo cual habla, aparte

de la sintomatología, la no existencia de otras zonas de aclaramiento en el resto del bulbo y la poliposis que se excluye por la negativización de las hemorragias ocultas en heces, y caracteres del defecto de replección. La sintomatología vaga, poco precisa, del enfermo, y la falta de replección pseudonodular del antro (fig. 6), en cuya zona además sólo se logra una plenificación compacta pasajera, nos hace pensar se trate de un caso de prolapso de mucosa intermitente, en el cual se han producido ocasionalmente erosiones superficiales e incluso úlceras, como en el caso de MELAMED y HILLER², que han motivado la hemorragia, accidente muy frecuente en esta afección (de los seis casos observados por SCOTT³ se presentó en tres).

Nuestro primer caso, por el contrario, es un ejemplo típico de prolapso de mucosa gástrica en el duodeno. Se trata de una enferma de más de cuarenta años, edad en que se presenta, como ha señalado PENDERGRASS, con mayor frecuencia esta afección; la obesidad, y particularmente la plétora abdominal, es otra de las cualidades que concurren en nuestra enferma, y que igualmente ha sido descrita acompañando con frecuencia a este cuadro. La sintomatología es variable; algunas veces presentan dolor tardío, como en nuestro caso, localizado en epigastrio o zona duodenal, que la mayoría de las veces no cede con la ingestión del bicarbonato y jamás con la nueva ingestión de alimentos, pues lógicamente se comprende que si el dolor está determinado por el prolapso de la mucosa en el duodeno, la nueva ingestión de alimentos debe empeorar al enfermo. SCOTT atribuye el dolor a una gastritis que acompaña con frecuencia a esta afección. El dolor tiene la particularidad de evolucionar a temporadas, lo mismo que ocurre en las úlceras, y al principio presentar exacerbaciones agudas de tipo cólico, como el que parece ser fué el episodio de comienzo en nuestra enferma; se trata de crisis agudas de obstrucción pilórica por prolapso de la mucosa, que al ser esporádicamente más intenso, puede determinar una estenosis u oclusión; en este caso predomina la sintomatología de ésta con dolor y vómitos, recordando la sintomatología de la oclusión duodenal por pinzamiento arteriomesentérico, del que se puede hacer fácilmente el diagnóstico diferencial por la ausencia de bilis en el contenido gástrico. A veces ha coexistido el prolapso con un estasis duodenal intermitente por compresión arteriomesentérica, habiendo señalado este hecho ELLIASON, PENDERGRASS y WRIGHT⁴, que le conceden gran importancia como factor previo, en virtud de constituir una circunstancia favorecedora del prolapso, como causa productora de gastritis. Probablemente se trata más que de una compresión arteriomesentérica, de una atonía duodenal (MARINA⁵) semejante a la que aparece en las duodenitis que acompañan a las úlceras, y estenosis pilóricas debidas al paso al duodeno de un contenido gástrico anormal, que irritaría la mucosa y sería semejante en su etio-

logía a la dispepsia intestinal sulfídrica de las estenosis pilóricas (JIMÉNEZ DÍAZ⁶); otras veces estos enfermos aquejan molestias vagas poco precisas, como sensación de plenitud después de las comidas. El curso de este proceso es progresivo, como en nuestro caso, haciéndose cada vez las molestias más constantes, debido a la



Fig. 6.

gastritis, considerada como factor etiológico por ELLIASON y WRIGHT, y que acompaña en la mayoría de los casos a esta afección; la oclusión intermitente del píloro sería, a su vez, un elemento favorecedor de las gastritis, e incluso de la producción de ulceraciones gástricas, como en nuestro caso, en el cual se añadiría un factor constitucional favorecedor, ya que sus dos hermanos han padecido úlcera gastroduodenal. La gastritis suele ser más acentuada en el antro, produciendo frecuentemente, como en nuestro caso y en los tres descritos por REES, un estrechamiento del mismo, que puede conducir a



Fig. 7.

error diagnóstico por presentar todas las características radiológicas de la neoplasia antral.

Aunque no lo hemos leído en las descripciones de otros autores, creemos tiene importancia para el diagnóstico, cuando coincide la acentuación de las molestias con el decúbito, ya que éste favorece el prolapso, siendo buena prueba de ello el hecho de que muchas veces sólo se puede ha-

cer el diagnóstico cuando se practica la exploración radiológica, estando el sujeto en decúbito, por desaparecer el prolapso con la posición erecta. En la exploración sólo encontramos, y no siempre, dolor a la palpación profunda de epigastrio o de la zona duodenal. En el estudio del quimismo gástrico, PENDERGRASS y ANDREW⁷ hallaron en sus 9 casos una acidez conservada o ligeramente disminuída, dato que en algunos enfermos, como en el nuestro, puede tener valor para hacer el diagnóstico diferencial, frente a las neoplasias, pues aun cuando éstas en los primeros estadios, que es cuando el diagnóstico puede ofrecer dificultades, puede estar conservada, siempre ofrece valores más bajos. La investigación de hemorragias ocultas tiene un gran valor, pues habitualmente es negativa, como ocurre en nuestro caso, lo cual nos inclina a situar esta afección frente a la úlcera duodenal o neoplasia; sin embargo, no siempre ocurre que sea negativa, siendo ello debido bien a la gastritis que suele coincidir o bien a la existencia de pequeñas erosiones en la mucosa prolapsada; en estos casos podemos hallar, al estudiar el cuadro hemático, una anemia secundaria; nuestro segundo caso puede ser un ejemplo de esta eventualidad. Es muy frecuente que, junto con el prolapso de la mucosa, exista un tumor, y entonces la hemorragia es la regla; estos tumores tienen su asiento en la porción prepilórica del estómago, y ya sean pediculados o no, se prolapsan en el duodeno, arrastrando consigo a la mucosa prepilórica. Generalmente se trata de papilomas, adenomas y fibromas, siendo el diagnóstico diferencial con el prolapso simple de la mucosa sumamente difícil y en ocasiones imposible. Algunos autores, como ELLIASON, PENDERGRASS y WRIGHT piensan que, en ciertos casos, lo primitivo es el prolapso del collar prepilórico, el cual favorecería por irritación e inflamación crónica de la mucosa la formación del tumor.

La exploración radiológica, en estos casos, es fundamental, puesto que es el único método de exploración que nos da el diagnóstico. PENDERGRASS⁸ ha realizado un detenido estudio radiológico de sus casos, y basado en sus observaciones ha descrito una serie de síntomas radiológicos que han sido confirmados por otros autores y por nosotros en nuestras observaciones.

Estos síntomas, en resumen, son los siguientes: por parte de la motilidad gástrica puede ésta no estar alterada, aumentada o disminuída, dependiendo del estado de tonicidad de la musculatura gástrica y del grado de la estenosis pilórica; en los casos de motilidad disminuída puede existir retención del contraste después de transcurridas las seis horas de su ingestión. Por parte de la mucosa gástrica prepilórica pueden observarse alteraciones en la disposición de los pliegues de mucosa, que afectarían al aspecto areolar; cuando existe un gran prolapso de mucosa en el duodeno, se ve una falta de replección en la porción prepilórica; cuando se trata

de un pequeño prolapso, se ve una menor densidad del contraste en esta porción, en comparación con la del resto del estómago. Por parte del duodeno existe en su centro y en la proximidad de su base un defecto de replección de forma más o menos circular, con contornos generalmente irregulares; esta falta puede aparecer tabicada, considerando PENDERGRASS este signo como de valor para el diagnóstico de la coexistencia de tumores.

Como vemos, lo característico y el dato que atrae más la atención, es el hallazgo de una falta de replección en el bulbo, que hace pensar a primera vista en la existencia de un tumor del bulbo o de un cáncer de estómago propagado al bulbo, a favor del cual hablarían las alteraciones señaladas que suelen encontrarse en el antro. La falta de replección del bulbo ofrece algunas particularidades que permiten hacer el diagnóstico diferencial la mayoría de las veces; esta falta de replección la hallamos siempre en la base del bulbo o su proximidad, no existiendo en el resto del mismo imágenes semejantes; esto permite hacer el diagnóstico frente a las duodenitis, aunque en ocasiones pueda ésta coexistir, pero en este caso se observa una clara diferencia entre la falta de replección del prolapso y las lagunas determinadas por el edema e inflamación de la mucosa. La falta de replección no tiene los contornos recortados, no es completamente circular, como ocurre en los tumores benignos, ni se observan signos de rigidez e infiltración, como sucede en las tumores malignas propagadas o no. El defecto de replección varía de forma y dimensiones de unas exploraciones a otras, e incluso en la misma exploración, especialmente si ésta se realiza en las posiciones erecta y en decúbito, como recomienda ALLEN⁹; los contornos del bulbo no siguen, por lo general, en su base una línea horizontal, sino que convergen formando arcos en el píloro. El poder juzgar si además del prolapso existe un pequeño tumor es desde el punto de vista exclusivamente radiológico muy difícil en la mayoría de los casos. Por parte del antro tienen mucha importancia los síntomas, sobre los que hace hincapié PENDERGRASS; en nuestro primer caso existía unafilamiento del antro, con desaparición de los pliegues de mucosa, y que era sustituida por una imagen mamelonar con grandes areolas; en el segundo caso no se lograba obtener una plenificación masiva de la porción prepilórica. Especialmente en el primer caso, la imagen era muy sospechosa de la existencia de una infiltración neoplásica, que clínicamente se pudo desechar; sin embargo, siempre que observemos una imagen dudosa en este sentido, y la clínica no nos permita con seguridad establecer el diagnóstico, no debe titubearse en recomendar la intervención quirúrgica; en nuestro caso, ésta estaba indicada por el cuadro de estenosis pilórica. En el segundo caso no existía por parte del antro ninguna alteración que nos pudiera hacer pensar en una neoformación; si

el enfermo volviera a presentar nuevos accidentes hemorrágicos, la intervención quirúrgica estaría indicada.

El estudio anatomohistológico muestra, en estos casos una exuberante mucosa, especialmente del collar prepilórico y sujeción laxa de la misma, que la permite un amplio deslizamiento; existe en la mayoría de los casos una gastritis, y como en el nuestro en los tres operados por REES, se observa un estrechamiento del píloro; en los casos de REES, el músculo presentaba un color blanquecino y estaba muy adelgazado, lo que sugirió al autor la existencia de una degeneración fibrosa del músculo; para REES¹⁰ el estrechamiento del canal pilórico precede a los cambios en la mucosa y es seguido de un hiperperistaltismo gástrico para forzar el paso del píloro, que relajarían la sujeción de la mucosa a la muscularis. Para ELLIASON y WRIGHT, lo primero sería una antritis con hipertrofia de la mucosa; con los movimientos peristálticos los pliegues se elongan y más tarde se prolapsan al duodeno por la acción peristáltica y por la presión del contenido gástrico; SCOTT señala, fundado en la revisión hecha de los casos publicados y de sus observaciones personales, que lo fundamental es, aparte de la existencia de un collar prepilórico exuberante, un trastorno del peristaltismo gástrico, cuya iniciación se debe a estímulos neurogénicos o químicos o a una combinación de ambos.

En cuanto al tratamiento en los casos recientes con sintomatología escasa debe ser médico, similar al que se emplea en el tratamiento de las gastritis. Cuando exista un cuadro, aunque sea intermitente, de estenosis pilórica, en el que hallemos un estrechamiento de antro o imagen sospechosa de infiltración neoplásica y tengamos duda sobre la existencia de tumores junto al prolapso de la mucosa, persistencia de hemorragias, etc., el tratamiento debe ser quirúrgico, practicándose una resección o gastrostomía antral con resección de los pliegues y piloroplastia. Debe tenerse en cuenta que, por palpación externa, no puede hacerse, en la mayoría de los casos, el diagnóstico, por lo que la abertura del estómago es indispensable.

RESUMEN.

Se presentan dos casos de prolapso de mucosa gástrica exuberante en el bulbo duodenal; uno de ellos leve, con sintomatología hemorrágica; el otro con un cuadro de estenosis pilórica, por lo que es intervenido. Se analiza el cuadro clínico y radiológico, haciéndose el diagnóstico diferencial frente a los tumores del antro y duodeno, y de la duodenitis, afecciones con las cuales se puede confundir. Se señala la importancia del estudio radiológico, caracterizada por la presencia de una falta de repleción en el bulbo, como único medio de hacer el diagnóstico, ya que la sintomatología clínica de estas afecciones es muy variable, dando bien un cuadro

de molestias vagas, una sintomatología atípica de úlcera que debe hacer sospechar esta afección o un cuadro de estenosis pilórica.

BIBLIOGRAFIA

1. ELLIASON, WRIGHT y MURRAY.—Surg. Gyn. a. Obst., 41, 461, 1925.
2. MELAMED y HILLIEL.—Amer. J. Dig. Dis., 10, 93, 1943.
3. SCOTT.—Radiology, 46, 547, 1946.
4. ELLIASON, PENDERGRASS y WRIGHT.—Amer. J. Röntg., 15, 295, 1926.
5. MARINA FIOL.—Rev. Clin. Esp., 7, 379, 1942.
6. JIMÉNEZ DÍAZ.—Lecciones Clínicas, tomo 5, 1947.
7. PENDERGRASS y ANDREW.—Amer. J. Röntg., 34, 337, 1935.
8. PENDERGRASS.—Journ. Am. Med. Ass., 94, 317, 1930.
9. ALLEN.—Journ. Am. Med. Ass., 94, 320, 1930.
10. REES.—Surg. Gyn. a. Obst., 64, 689, 1937.

DOS CASOS DE EPITELIOMAS DE LA REGION SACRO-COXIGEA CONSECUTIVOS A UN QUISTE PILONIDAL Y A UN TERATOMA PRESACRO

R. VARA-LÓPEZ

Clinica Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Valladolid.
Jefe: Prof. VARA-LÓPEZ.

En estos últimos años he tenido ocasión de observar y tratar dos enfermos que presentaban un epiteloma en la región sacro-coxígea, uno de ellos consecutivo a un sinus pilonidal y el otro desarrollado en la cicatriz operatoria residual a la extirpación de un tumor teratoideo presacro.

La rara localización de epitelomas a este ni-

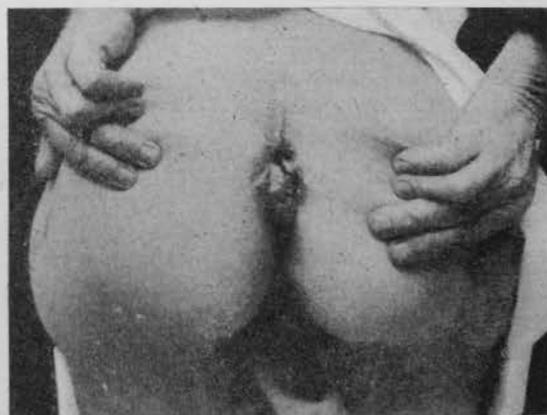


Fig. 1.

vel nos ha movido a publicar tan interesantes hallazgos, ya que después de una revisión cuidadosa de la literatura no encontré más que dos casos semejantes de epitelomas desarrollados en restos de sinus pilonidales, y no he podido leer ninguna observación sobre el desarrollo de epitelomas en cicatrices operatorias de la re-