

Imágenes lacunares redondeadas de estómago y hallazgos quirúrgicos

Presentación de cuatro casos

Por log Dres.:

ANTONIO SENTÍ PAREDES,(7) JOSÉ PERERA GJIARDINÚ,(8)

RAQUEL PULIDO,(**) ANTONIO PITA RODRÍGUEZ(9) E

IsraelBORRAJERO(*****)

Es de observación poco frecuente las imágenes radiológicas lacunares única o múltiples del estómago, pero dada su importancia tanto desde el punto de vista clínico-radiológico como quirúrgico, así como del punto de vista anatomopatológico, es por lo que hemos decidido hacer su presentación.

Las imágenes lacunares redondeadas gástricas pueden ser producidas en su mayor parte por procesos de tipo benigno y en menor grado por procesos malignos. Su diagnóstico diferencial radiológico casi siempre es imposible, aunque ciertos datos pueden inclinar a un tipo determinado, siendo el estudio anatomopatológico el único capaz de hacer un diagnóstico correcto y preciso.

Desde el punto de vista etiológico existen una serie de procesos que son capaces de dar estas imágenes radiológicas, en primer lugar tenemos:

- A) Tumores benignos gástricos que en orden de frecuencia son:¹
 - Pólipo adenomatoso.
 - Leiomioma.
 - Adenoma.
 - Hemangioma.
 - Fibroma.
 - Mixofibroma.
 - Neurofibroma.
 - Q. dermoide.
 - Papiloma.
 - Lipoma.
- Añadimos en esta lista al pólipo fibroide inflamatorio y al Quiste Enterogénico.
- B) Carcinoma gástrico.
- C) Cuerpos extraños del estómago.
 - Bezoares.
- D) Páncreas aberrante.
- E) Carcinoma polipoide.

La mayoría de los tumores gástricos son considerados como malignos y su verdadera naturaleza es sospechada por el internista, diagnosticada por el radiólogo, reconocida por el cirujano y confirmada por el patólogo.

7 Profesor de Medicina Interna. Hospital Docente Clínico-Quirúrgico "Joaquín Albarrán".

8 Profesor de Medicina Interna, Hospital Docente Clínico-Quirúrgico "Joaquín Albarrán".

9 Patólogo Jefe del Hospital Docente Clínico-Quirúrgico "Joaquín Albarrán".

Las lesiones polipoideas son las más frecuentemente encontradas entre las de tipo benigno, señalándose un 12% de malignidad en una estadística de la clínica Mayo².

Entre las lesiones poliposas nos encontramos al pólipo del antro pilórico, que puede ser adenomatoso o no adenomatoso. Este último está constituido por tejido fibroso y vasos sanguíneos con infiltrado inflamatorio predominando eosinófilos³. Ha sido motivo de muchas controversias en relación a su verdadero origen, de ahí la serie de denominaciones que ha recibido como: granuloma eosinofílico gástrico, granuloma submucoso gástrico, hemangioma, hemangiopericitoma, neuro-fibroma, fibroma polipoide y pólipo fibrinoso. Se invoca su origen a una reacción del tejido conectivo de la mucosa gástrica, muscularis mucosae y submucosa de tipo inflamatorio, pudiendo ser provocado por elementos o factores bacterianos, químicos, metabólicos o traumáticos. Uno de nuestros casos corresponde precisamente a la variedad de pólipo descrita anteriormente.

Entre los cuerpos extraños del estómago tenemos los que se denominan Bezoares, que significa grandes concreciones en el estómago de material extraño en el estómago humano o animal. Este material extraño puede estar compuesto de pelos, fibras vegetales, ciertos minerales, goma laca, semillas de níspero/ habiendo recibido distintos nombres de acuerdo con su constitución.

Los bezoares han sido clasificados en distintas variedades en base a lo que mencionamos anteriormente debido a su composición.⁵

1. —Trichobezoar (por ingestión de pelos).
2. —Fitobezoar (por ingestión de material vegetal).

3. —Tricofitobezoar (combinación de los dos anteriores).
4. —Concreciones (por la ingestión de materiales tales como goma, resinas, goma laca y otras substancias glutinosas).

Trichobezoar o bola de pelo, fue primeramente descrito por M. Baudamant en París en 1779, presentándose en aquellos sujetos que tienen el hábito de comer pelo, niños nerviosos y con trastornos mentales, predominando esta actitud en el sexo femenino hasta un 90%. Se han encontrado casos que han tenido hasta 6 1/2 lbs. de pelo en el estómago.

Fitobezoar, constituidos por semillas de níspero, ciruelas, uvas, mamoncillos (dos de nuestros casos constituyen ejemplos fidedignos); tabaco, predominando en el sexo masculino.

Entre las concreciones podemos señalar a los tomadores de pulimentos de muebles por su contenido alcohólico, el cual contiene goma laca la que se precipita, además medicamentos como carbonato de bismuto, pastillas alcalinas de gran tamaño constituidas por carbonato de magnesia o de calcio. Salol.

La sintomatología es variable, inmediatamente después de tragados puede presentarse náuseas y quizás vómitos, otras veces no los hay, por espacio de mucho tiempo inclusive años, dependiendo como es natural del tamaño, localización y disturbio del funcionamiento gástrico.

Entre los síntomas frecuentes se encuentran pesadez gástrica, llenura, dolor de tipo cólico, masa palpable, ataques de vómitos periódicos, halitosis o síntomas sugestivos de gastritis; síndrome ulceroso, pudiendo concomitar con ulcus como en dos de nuestros casos, además han sido descritos 3 casos de perforación de ulcus gástrico secundario a bezoar.⁶ Puede haber hematemesis y melena, así

como predominar la obstrucción pilórica. También han sido reportados casos de obstrucción intestinal así como anemia maerocítica refractaria⁷ que cedieron a la exéresis del cuerpo extraño y Wine refiere un caso de edema nutricional como expresión clínica de trichobezoar.

Ha sido reportado también diarreas, pérdida de peso, anorexia que simulan una neoplasia y que asociado al estudio radiológico donde se demuestra defecto de lleno y si además debido a su tamaño es palpable, puede darse un pronóstico equivocado.

El estudio radiológico demuestra un defecto de lleno más o menos grande que se desplaza libremente dentro del estómago, asentando con mayor frecuencia los fitobezos a nivel del antro pilórico. Las lesiones polipoideas por el contrario con fijas no cambiantes, excepto cuando tienen pedículo largo.

Gastroscópicamente los fitobezos tienen un color negro oscuro y se desplazan fácilmente, pero en ocasiones es difícil diferenciarlo del carcinoma.

Tratamiento: El tratamiento de los bezos y concreciones es casi invariablemente sin excepción, quirúrgico, removiendo el cuerpo extraño. A veces se encuentran varios de los mismos como ocurrió en el caso No. 3.

Complicaciones: Surgen como resultado de dos factores: 1) Por comprometer la actividad fisiológica del tubo digestivo tal como la obstrucción intestinal o la inanición. 2) Irritación traumática del estómago e intestino como erosiones, ulceración, perforación, peritonitis, etc.

El quiste enterogénico también llamado quiste mesentérico, quiste entérico, duplicación del tractus digestivo, es una afección de origen embriológico que puede variar en localización, tamaño y forma pudiendo o no comunicar con la luz intestinal. En el desarrollo del tractus

intestinal ocurre una fase inicial de masa compacta homogénea, apareciendo múltiples vacuolas las cuales coalescen para formar el tubo digestivo. Cuando ocurren duplicaciones Brenner cree que son debidas a la formación continuada de dichas vacuolas fuera del intestino o dentro del mismo. Estas pueden o no comunicar con la luz intestinal, manteniendo una dependencia sanguínea del mismo. Estos quistes pueden ocurrir desde la base de la lengua hasta el recto, encontrándose un buen porcentaje de ellos en el íleon. Sus paredes tienen una capa serosa, una capa mucosa y muscular, pudiendo tener un contenido mucoso si no comunica con la luz. La mucosa puede ser similar al colon, estómago, duodeno o íleon. Los síntomas varían de acuerdo con la localización, si en estómago puede haber dolor abdominal ligero o disconfort, sangre oculta en heces, hemorragia debido a ulceración péptica, etc.⁸

REPORTE DE CASOS

Caso No. 1; Caso No. 2; Caso No. 3; Caso No. 4.

Caso No. 1. *H. C. 31406*

A. T. de 63 años de edad, raza N. Casada, ocupación su casa, natural de Jamaica. Ingresó en diciembre 15 de 1960 por epigastralgia de tres años de evolución que aparece generalmente cuando tiene el estómago vacío y de madrugada, aliviándose con cierta frecuencia con la ingestión de alimentos, leche o cocimiento de manzanilla. El dolor es de tipo quemante, con cierta irradiación al hipocondrio izquierdo. No náuseas ni vómitos, No pérdida de peso, no hematemesis ni melena.

A. P. P. Sarampión, paludismo, asma y coriza.

A.P.F. Padre y madre muertos, ignora causas. 8 hermanos vivos y sanos. Esposo y 6 hijos v/s.

H. T. Café x. Alcohol: 0. Tahaco: 0.

E. F. General: Norinolíneo, piel seca, mucosas hipocoloreadas. T. C. suh. no edema, P. adiposo aumentado, S.O.A.A. n.a.s.

E. F. por aparatos:

Digestivo: Boca, faltan piezas, lengua: o.k.

Abdomen: voluminoso por aumento del pániculo adiposo. Dolor a la presión en epigastrio.

Hígado: no rebasa. Bazo: 0.

Cardiovascular: reforzamiento del 2° tono en F. A. extrasistolia ventricular aislados.

T. A. 150 y 100. Pulso 80.

El resto de los aparatos: nada a señalar.

Diagnóstico clínico: Síndrome ulceroso.

Hemograma: H. B. 77%, Ht. 4,110,000, V. G. 0.9, Leuco. 7,500, Stab. 2, Seg. 62, Linfo. 29, Mono 5, Plasmacellen 2. Kahn: neg. Urea: 25. Glicemia: 145. Orina: Glucosa: No. Heces fecales: Neg. Eritro: 16. P. F. Hepáticas: neg.

Gastroanálisis: anaclorhidria no histamino-resistente.

Estómago y duodeno: Nov. 9-60. Engrosamiento de los pliegues mucosos estómago. En vista de acecho se observa defecto del lleno redondeado del tamaño de una cereza a nivel del antro, por tumoración polipoidea.

Oj>eración: Enero 5-61. Dr. Diéguez. Se extirpa pólipo gástrico que se encuentra en la cara posterior del antro pilórico.

Estudio anatómo-patológico pólipo fibroide inflamatorio.

CASO No. 2. *H. C. 43214.*

A. M. M. de 24 años de edad, raza N. Casado, natural de La Habana, ocupación

bombero, ingresó en agosto 31-61, por epigastralgia refiriendo que de unos 4 años a la fecha, viene padeciendo periódicamente de dolor epigástrico de carácter ardoroso, que se presenta más frecuentemente con el estómago vacío y que se alivia con leche fría, reapareciendo a las 2 o 3 horas después volviéndose a aliviar con nueva toma de leche. Dicho dolor se ha hecho más continuo de dos meses a la fecha de su ingreso, presentando conjuntamente vómitos blanquecinos y amarillentos que se han hecho frecuentes aliviando el dolor. Deposiciones de color negro antes de su ingreso. Cree haber bajado de peso, pero no precisa cuanto. Apetito regular.

A. P. P. Paperas y amigdalitis.

A. P. F. Padres v/s. 5 hermanos v/s. Esposa saludable.

H. T. café x; Cigarros xx; Alcohol x.

E. F. General: normolíneo que adopta decúbito prono cuando tiene el dolor para obtener alivio.

Piel: nada a señalar. T. C. sub. no infiltrado, P. adiposo, conservado.

S. O. M. A.: nada a señalar.

E. F. por aparatos: digestivo: boca: faltan piezas. Lengua: nada a señalar. Abdomen: blando, cuerda cólica izquierda. Epigastrio sensible. Hígado: no rebasa. Bazo: 0.

Cardiovascular: Tonos normales. T.A. 110 y 60. Pulso 60 al minuto.

El resto nada a señalar.

Diagnóstico clínico: úlcera gastroduodenal, complicada.

Hemograma: H. T. 5,100,000. Hb. 100%, Leuco: 9,000. Seg. 69. Eo. 3. Linfo 24. Mono 4. Eritro 4. Kahn: neg. Glicemia: 86. Urea: 26. Orina: nada a señalar. Heces fecales: neg.

Gastroanálisis: Residuo gástrico con hipersecreción y retención, y normoclorhidria. Fase digestiva: hiperclorhidria.

Sept. 7-61. *Estómago y duodetw.* Deformidad bulbo-duodenal con ligera estenosis pilórica, dilatación gástrica y restos alimenticios. A nivel del antro en placa de acecho se observa imagen de mayor radiotransparencia, que puede corresponder a un pólipo, páncreas aberrante o bezoar.

Operación: Sep. 25-61. Dr. Diéguez. Ulcus estenosante duodenal y una semilla de mamoncillo. Informe anatomopatológico 3549, úlcera duodenal crónica con marcada fibrosis parietal.

CASO NO. 3. *H. C. No. 35831.*

A. H. P. de 24 años de edad, blanco, soltero, ocupación campesino, natural de Camagüey, ingresó en marzo 6-61: por epigastralgia con náuseas y vómitos.

Desde la edad de 11 años padece de dolor epigástrico, de carácter pesante, casi siempre después de la ingestión de alimentos, acompañándose de distensión o llenura gástrica. Desde hace 2 años el dolor se ha hecho más constante en forma de quemazón a nivel de la vertiente derecha de epigastrio, con irradiación al hipocondrio derecho, región lumbar y con frecuencia postprandial, a la media hora aproximadamente, acompañándose de náuseas y vómitos alimenticios o acuosas de color claro, no biliosos que disminuyen el dolor, persistiendo solamente ligero malestar ardoroso. Dichos vómitos se han hecho más frecuentes de unos meses a la fecha, con pintas de sangre en ocasiones. Digestiones muy lentas con eructación, ardor gástrico y pirosis, no cree haber bajado de peso.

A. P. P. Sarampión, varicelas, rubéola, coriza y urticaria a veces.

A. P. F. Padre vivo y saludable. Madre muerta, ignora causa. 3 hermanos vivos y sanos. Uno fallecido, ignora causa. _____

H. T. Tabaco: xx. Café: 0. Alcohol: 0.

E. F. General: normolíneo, piel y mucosas: n.a.s. T.C. Sub.n.a.s.

P. Adiposo conservado. S.O.M.A. n.a.s. Peso 130 lbs.

E. F. por aparatos: Digestivo: Boca. Sepsis oral, faltan piezas. Lengua: o.k. Abdomen: dolor a la presión en parte inedia de epigastrio. Punto cístico doloroso.

Hígado: no rebasa. Bazo: 0.

Cardiovascular: Tonos o.k. T. A. 105 y 60. Pulso: 82.

El resto de los aparatos nada a señalar.

Diagnóstico clínico: Ulcus yuxta-pilórico, complicado.

Hemograma: Hb. 96^c/c, Ht. 5.100,000. V.G.: 0.9, Leuco.: 8,000, Stab. 1, Seg. 70. Eo.: 6, Linfo.: 18, Mono.: 5. Kahn: negativo, Orina: normal.

Urea: 27.2. Glieemia: 88. Heces: negativo. Eritro.: 8.

Radiografía de estómago y duodeno: Realizada en consulta externa en febrero 21 del 61. Dilatación gástrica, estenosis pilórica parcial debida a úlcera píloro-duodenal. Defecto de lleno en antro que varía de posición, pólipo pediculado.

Mucoso grafía.: Persiste el síndrome pilórico, con restos alimenticios, se comprueba defecto de repleción múltiples, redondeadas, con el aspecto de pólipos gástricos.

Gastroanálisis: Hiperclorhidria en residuo gástrico. Cantidad 30 c.c.

Diagnóstico clínico en Ui Sala : Ulcus pilórico; poliposis gástrica; cuerpos extraños.

Operado en marzo 23-61. Dr. Cambó. Hallazgo: ulcus del canal pilórico, y tres semillas de mamoncillo. Se practica gastrectomía subtotal. El paciente había negado con anterioridad el dato de haber deglutido semillas o cuerpos extraños, pero después de ser intervenido

hubo de confesar que efectivamente se había tragado dichas semillas al ingerir cocimiento de mamón para su dolor.

Caso No. 4. E.A.C. de 23 años, raza: negra, masculino, ocupación carpintero. Refiriendo que hace 8 meses presenta dolor en epigastrio sin relación con la ingestión de alimentos sin horario ni periodicidad. Digestiones lentas, no acidez ni vómitos ni sangramiento digestivo. Constipación habitual, no pérdida de peso.

A.P.P. y familiares: sin importancia.

Examen físico general: normal.

Examen físico por aparatos: nada a señalar.

Análisis complementarios: Hemograma: 4.320.000. Hb.. 87%. Leucocitos:

8,0. Heces fecales: negativo a parásitos. Orina: nada a señalar. Serología: negativa.

Gastroanálisis: Residuo gástrico: anaclorhidria y mixorreca, período digestivo: normoclorhidria v buena evacuación.

Estudio radiológico de estómago y duodeno: Defecto de lleno a nivel del antro pilórico, redondeado de límites precisos y que eliminada la posibilidad de bezoar, plantea la existencia de lesión poliposa a ese nivel.

Operación: gastrotomía con exéresis de la tumoración quística de aspecto polipoideo. Septiembre 6-62.

Estudio anatómico-patológico: Quiste enterogénico: No. 4822.



Fig. 1. Caso 1. *Imagen de mucosa pilórica con proceso fibroso nodular irregular de la submucosa.*

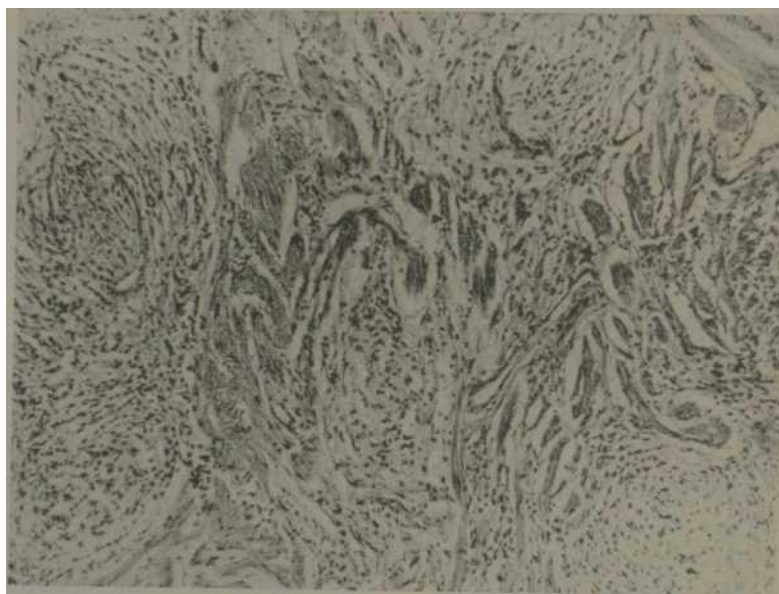


fig 2. Caso 1. *Mediano aumento del área afectada mostrando formaciones nodulares que esbozan estructuras concéntricas y que se acompañan de un marcado infiltrado inflamatorio de histiocitos, linfocitos y eosinófilos.*

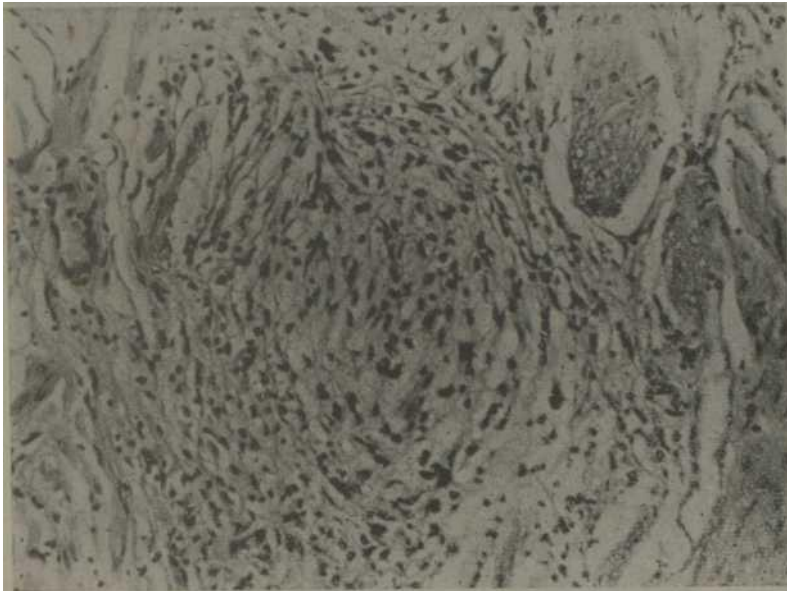


Fig. 3. Caso 1. *Vista a mayor aumento de una de las áreas nodulares que recuerda la estructura de los tumores neurogénicos.*

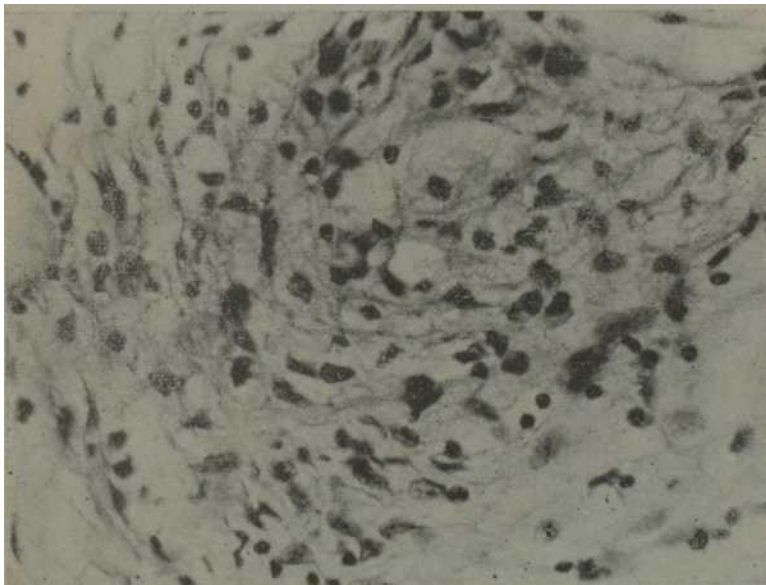
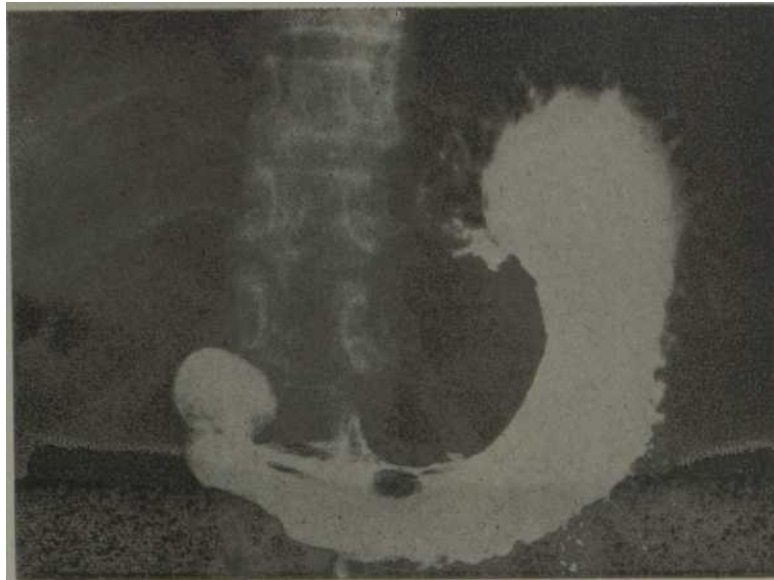
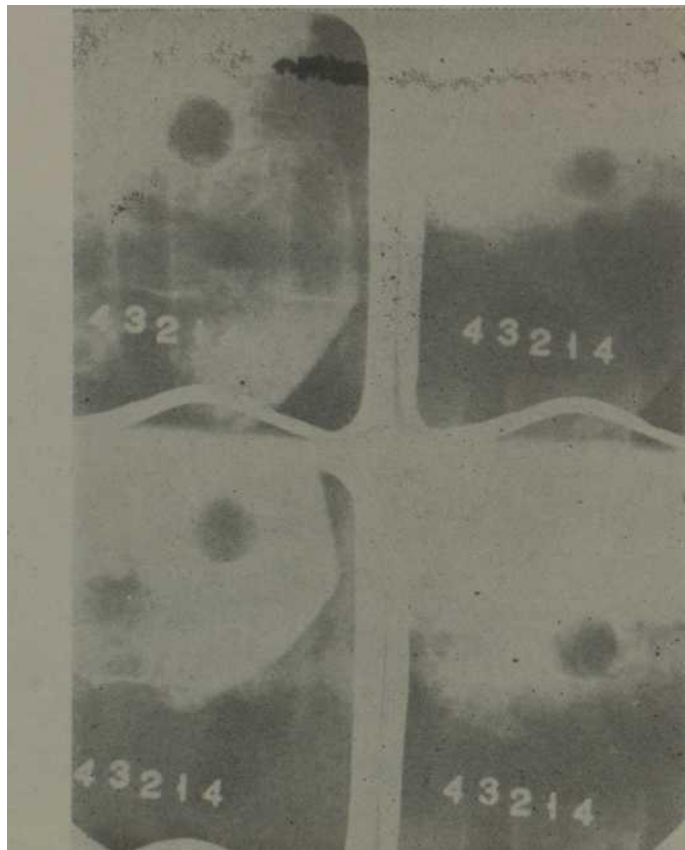


Fig. 4. Caso 1. *Vista a gran aumento en que se observa el infiltrado inflamatorio y la fibrnsis.*



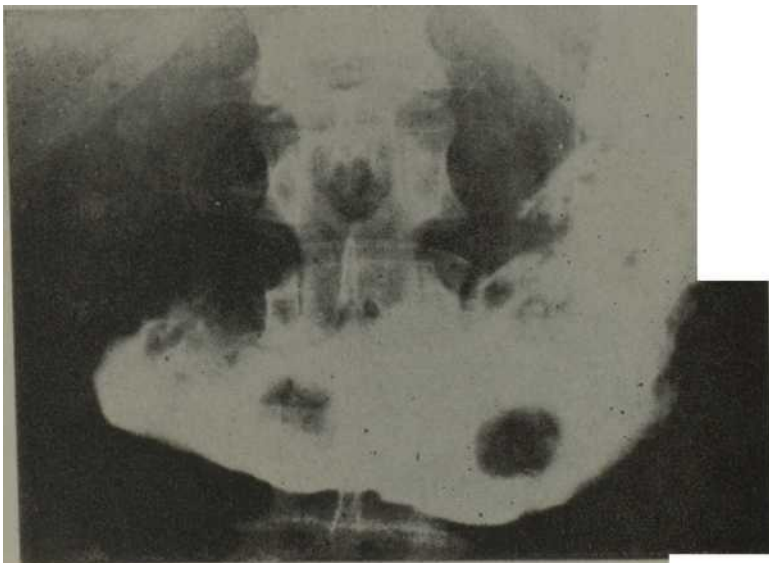
Caso 1. *Pólipo fibroide inflamatorio. Diagnóstico radiológico. Defecto de lleno redondeado en antro del tamaño de una cereza por tumoración polipoidea.*



caso 2. *Semilla de mamoncillo. Informe radiológico. Deformidad del bulbo, estenosis pilórica, dilatación gástrica, restos alimenticios en antro defacto de lleno, puede corresponder a pólipo, páncreas aberrante o bezour.*



Caso 3. 3 Semillas de mamoncillo. Informe radiológico. Defectos de reflexión múltiples y que varían de posición.



CASO 3



CASO 4. *Quiste gastrogénico. Informe radiológico. Defecto de lleno del antro, redondeado de límites precisos que plantea lesión poliposa o bezoar.*

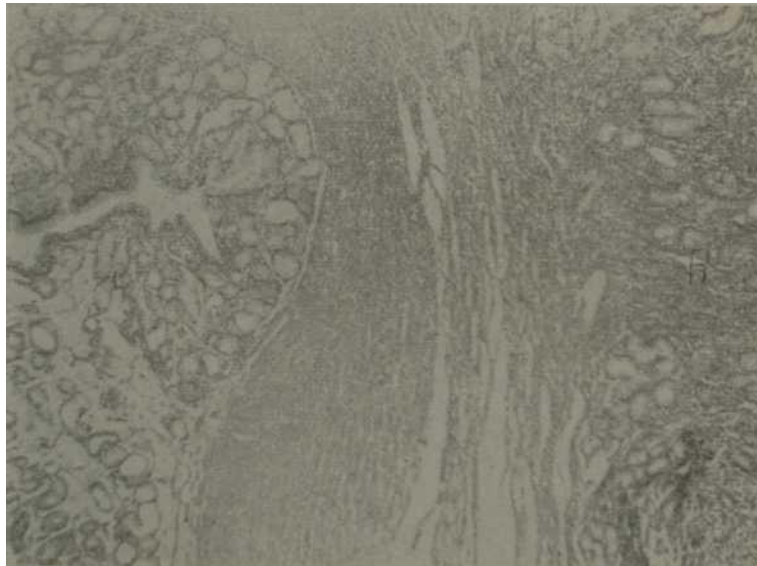


Fig. 1. CASO 4. *Vista panorámica de la pared gástrica mostrando dos mucosas: a) mucosa de la cavidad gástrica y b) mucosa de la cavidad quística.*

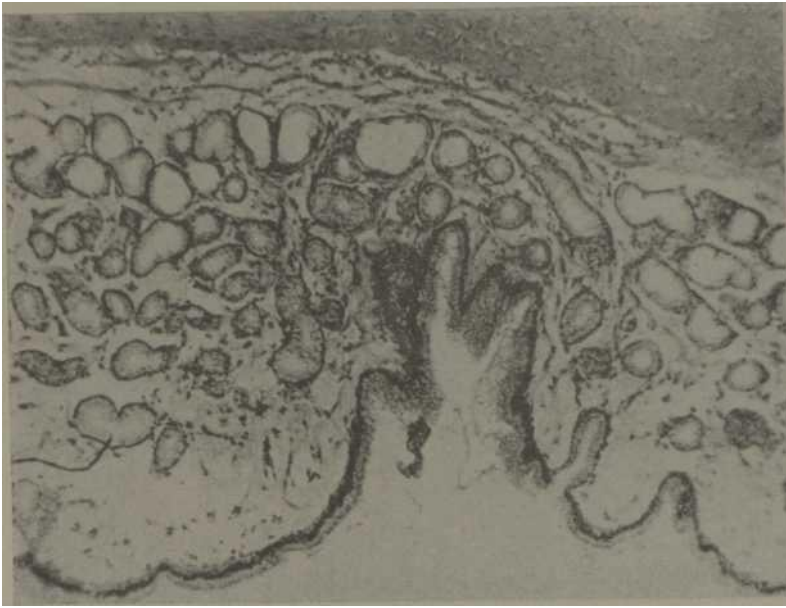


Fig. 2. Caso 4. *Imagen de la mucosa de revestimiento del quiste, que es de tipo gástrico de región pilórica.*



Fig. 3. CASO 4. *Otra área de mucosa gástrica del quiste que va disminuyendo en espesor.*

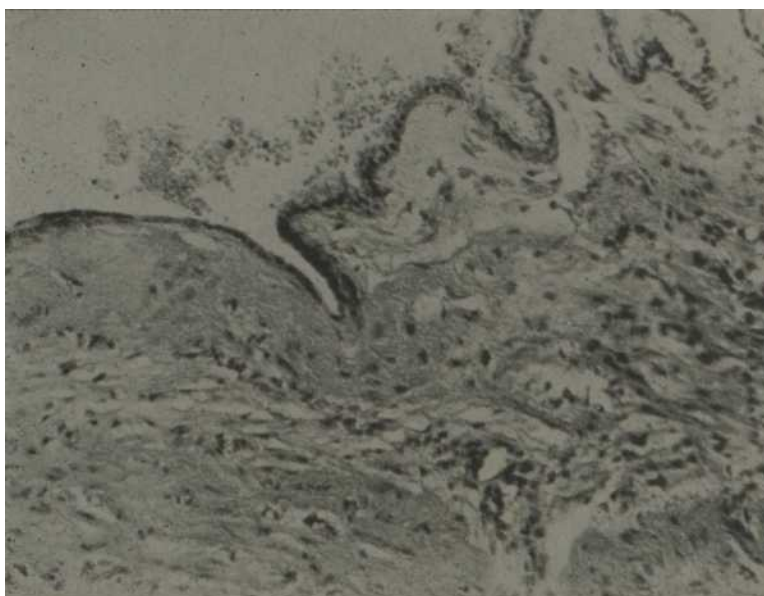


fig. 4. Caso 4. Otro área en que la mucosa se atrofia y es sustituida por un epitelio cilíndrico simple.

COMENTARIOS

Como puede deducirse, las imágenes lacunares redondeadas de estómago suelen ser debidas a una serie de procesos que son infrecuentes en la práctica diaria y que pueden inclusive confundirse entre sí.

En el caso No. 1, el diagnóstico clínico fue de síndrome ulceroso atípico, demostrando el estudio radiológico una imagen compatible con pólipo gástrico a nivel del antro pilórico. El estudio histopatológico siempre definitivo en estos casos mostró un pólipo fibroide inflamatorio, cuya verdadera causa no se conoce aún, pero que pudiera haber un estímulo bacteriano, químico, metabólico o traumático en su origen. Microscópicamente pueden observarse vasos sanguíneos en diferentes estadios evolutivos, fibrosis intravascular y estromia reticular de diferente madurez con un infiltrado inflamatorio específico.

En los casos 2 y 3, llama la atención que concommita una lesión ulcerosa estenosante parcial a nivel del canal pilórico, el primero y el otro a nivel del duodeno, primera porción, con la presencia de una semilla de mamoncillo de aproximadamente 2 cms. de diámetro en el caso No. 2, y de 3 semillas similares en el caso No. 3. Los antecedentes de ingestión de dichas semillas fueron negadas en los dos casos inicialmente y fue después del acto quirúrgico que se pudo precisar con exactitud la toma de las mismas. No hay que olvidar que la sintomatología referida por estos dos casos, estaba en íntima relación con las lesiones ulcerosas estenosantes, motivo por el cual las semillas no lograron atravesar el canal pilórico. En el caso No. 2 el diagnóstico radiológico fue de lesión ulcerosa estenosante duodenal concommitando con pólipo gástrico, páncreas aberrante y más remotamente bezoar. En el caso No. 3 se consideró radiológicamente la posibilidad también de lesión ulcerosa estenosante y de

poliposis gástrica y más raramente la de cuerpos extraños. No obstante, su desplazamiento intragástrico fue motivo para considerar seriamente ese diagnóstico.

El quiste enterogénico constituye una anomalía de tipo embriológico que puede ocurrir en cualquier parte del tractus digestivo, siendo más frecuente en el esófago, intestino delgado especialmente en el íleon y muy rara en el segmento gástrico. En el estudio radiológico sin embargo se tomó en cuenta los antecedentes de los otros casos y se planteó eliminar bezoar así como una lesión poliposa a nivel del antro, demostrando el estudio anatomopatológico un quiste enterogénico.

RESUMEN

Se presentan cuatro casos de imágenes lacunares redondeadas gástricas, comprobándose en el acto quirúrgico lo siguiente: en el primer caso un pólipo fibroide inflamatorio, en los casos 2 y 3 fitobezoares concomitando con lesión ulcerosa estenosante y en el caso No. 4 un quiste enterogénico.

Se hace una revisión de las causas más frecuentes de estas imágenes, insistiéndose en que el diagnóstico diferencial de las mismas es bastante difícil desde el punto de vista radiológico, siendo el estudio

anatomopatológico el único definitivo.

SUMMARY

Four cases of rounded gastric lacunar images are described. At operation the following was found. In case number 1, an inflammatory fibrous polyp; in cases number 2 and 3, a phytobezoar concomitant with an ulcerative stenosis* lesion; in case number 4, an enterogenous tumor.

A revision is made of the most frequent causes leading to these images, and it is emphasized that differential diagnosis of such cases by radiography is quite difficult, pathological study being the only solution.

RESUME

On y présente quatre cas avec des images gastriques lacunaires rondes, chez lesquels on a trouvé à l'opération: chez le premier cas un polype fibroïde inflammatoire, chez le second et le troisième il y avait des phytobezoars concomitant avec une lésion ulcéreuse sténosante et chez le cas No. 4 un kyste enterogénique.

On y fait une révision des causes les plus fréquentes de ces images, en insistant sur que le diagnostic différentiel de celles-ci est assez difficile du point anatomopatologique étant la seule recherche qui donne des résultats définitifs.

BIBLIOGRAFIA

1. —Portis: Enfermedades del Aparato Digestivo.
2. —Collected Paper of Mayo Clinic, Vol. 51: 1959.
3. —Elson, H. Helwig, M. D., and Andrews, M. D.: Inflammatory fibroid polyps of the stomach. Surgical Gynecology and Obstetrics. Vol. LXLVI-555. March 53.
4. —Hockus: Gastroenterology.
5. —Halev, A. E.: Bezoars. Ann. Intern. Med. 46: 30, 1957.
6. —Osmond, I. U. Jr., and Price, J. D.: Perforation of a gastric ulcer secondary to trichobezoar. J.A.M.A., 145: 818, 1951.
7. —A. Singh, R. C. Khanna, and S. S. Jolly.: Three unusual cases of trichobezoar. Volumen 40, No. 3441, March, 1961.
8. —Wine, P. M.: Trichobezoar presenting as nutritional oedema. Brit. Med. J. 2: 510, 1957.
9. —Christophers: Textbook of Surgery, 6a. Edition, 1956.