

Dificultades en el diagnóstico de las neoplasias de la cámara de aire gástrica

Dr. F. GALLART MONÉS

LAS neoplasias del polo superior del estómago, especialmente las que se desarrollan en la cara posterior y no interesan el cardias, son de estudio reciente y presentan a veces dificultades muy serias para el diagnóstico.

El clínico debe tener en cuenta para su estudio:

- 1) La mayor frecuencia de estos tumores en el hombre que en la mujer.
- 2) La sintomatología local puede ser nula, mientras no se interese el cardias.
- 3) Es raro que produzcan una hemorragia intensa.
- 4) El estado general puede afectarse, existir anorexia y enflaquecimiento, pero hay casos con un estado general bueno, sobre todo en sus comienzos.
- 5) La exploración abdominal es siempre negativa.
- 6) El problema está en el diagnóstico precoz.
- 7) Es imposible desligar de esta afección el estudio clínico del radiológico y del gastroscópico.
- 8) En las imágenes radiológicas de la cámara de aire, de por sí ya difíciles de interpretar, hay que pensar siempre en los órganos que puedan superponerse a aquélla: el borde izquierdo del hígado, el diafragma, la pleura izquierda, imágenes fibrosas o calcificaciones de órganos vecinos, quiste hidatídico, etc., etc.
- 9) La exploración radiológica debe ser muy minuciosa y lo más reglada posible. Debe practicarse en todas posiciones, con buen contraste y, sobre todo, prodigar las radiografías. La combinación con el neumoperitoneo y la tomografía nos podrá orientar en los casos muy difíciles.

El autor presenta unos casos muy documentados que demuestran sus conclusiones.

Gastritis cáustica. Exposición de tres casos

Dr. E. VIDAL COLOMER

CONOCIDA también con el nombre de gastritis aguda corrosiva, la gastritis cáustica constituye una de las variedades de gastritis aguda. Es mucho menos frecuente que la gastritis aguda exógena simple y que la gastritis hematógena y mucho menos rara que la gastritis flemonosa.

Es producida por la ingestión de sustancias corrosivas, ya sea equivocadamente o con fines suicidas, como en los tres casos que son objeto de esta comunicación.

Por lo que respecta al cuadro clínico, su intensidad depende de la calidad y concentración del agente cáustico, de su cantidad y del tiempo de permanencia en el estómago, del estado de repleción gástrica, de la acción protectora del moco, etc. Domina el cuadro el dolor intensísimo en el epigastrio, que se irradia hasta la boca. También aparece disfagia y, con frecuencia, vómitos acuosos que contienen restos de la sustancia corrosiva y residuos alimenticios y a veces sangre. El comportamiento del estado general depende también de muchos factores, pero de una manera especial de la naturaleza del agente corrosivo. Este, en ocasiones, como en el caso del bicloruro de mercurio y el ácido fénico, actúa más por absorción que localmente, afectándose así mayormente el estado general. De todos modos podemos decir que en general se produce un cuadro de colapso.

La exploración radiológica la consideramos contraindicada durante la fase aguda del proceso, que suele durar una semana. Puede ponernos en evidencia la presencia de estrecheces en el esófago, particularmente en la altura del cardias. En el estómago las lesiones con frecuencia radican principalmente en el antro, como en nuestros dos primeros casos, y las imágenes radiológicas varían desde el simple aumento de anchura de los pliegues hasta la amputación del estómago con desorganización total del sistema de plegamiento de la mucosa, simulando la neoplasia maligna.

El examen gastroscópico puede intentarse después de la exploración radiológica una vez comprobada la integridad del esófago y del cardias. La mucosa aparece profundamente alterada, particularmente en el antro donde dicha alteración adquiere los máximos caracteres.

En cuanto a la evolución, la flogosis va remitiendo paulatinamente, como demuestran las observaciones gastroscópicas repetidas. Aparte de los casos mortales por perforación o por intoxicación, el proceso evoluciona hacia la curación, con retracción de los tejidos afectos, que obliga a practicar una gastroenterostomía en tejido sano o una gastrectomía.

De los tres casos que aportamos, en dos el agente corrosivo fué el ácido clorhídrico y en el tercero la lejía de sosa. Todos fueron seguidos en su evolución mediante exámenes radiológicos y gastroscópicos repetidos periódicamente, lo cual permitió observar los procesos de cicatrización y retracción, los cuales, en los dos primeros casos, obligaron a una intervención quirúrgica. Esta no fué necesaria en el tercer caso. Los tres han sido seguidos de curación.