

Revisión de conceptos sobre Prolapso de la Mucosa Gástrica al Duodeno

Por el Dr. L. Enrique Plata Esguerra

Esta condición ha despertado el interés de muchos investigadores durante la última década. Las diferentes opiniones, en ocasiones contradictorias, concuerdan siempre en la importancia de llegar a definir positivamente su valor clínico, pues la existencia del prolapso viene siendo descubierta cada día con más frecuencia y por lo tanto puede llegar a ocupar un sitio importante dentro de los trastornos digestivos altos, que a su vez llevan a un gran número de pacientes a buscar ayuda médica.

INCIDENCIA:

Ha sido encontrado desde el 1.8% hasta el 18.3% de exámenes radiológicos de vías digestivas. Las últimas publicaciones al respecto, que estudiaron 1.066 casos de los cuales 209 fueron explorados y comprobados quirúrgicamente.

Bartels y Eltorni (Hellerup, Dinamarca) encontraron prolapso como única anormalidad en el 18.3% de 240 pacientes, con síndrome epigástrico, y en 21 de 42 "pacientes voluntarios", sin síntomas digestivos ni enfermedad circulatoria, es decir que en la experiencia de estos autores, es más frecuente en los no dispépticos, fenómeno que ellos explican por la eliminación de los casos de asociación en los dispépticos de prolapso con otra afección (gastrotritis, úlcera, etc., etc.), circunstancia que impide la correlación del hallazgo radiológico con el clínico.

La mayoría coinciden en que se encuentra en el 18% de los enfermos asintomáticos que son radiografiados por razones "ex-

tradigestivas". Es más frecuente en la 4^a, 5^a, y 6^a décadas (lo mismo que la úlcera gástrica) y más en el hombre que en la mujer (de 2 a 1). Se asocia úlcera duodenal en el 38%, a gastritis en el 46% y a úlcera gástrica en el 5%. La incidencia real en la población no ha sido elaborada. Los datos existentes son contradictorios e incluyen casi siempre estudios hechos en pacientes de Gastroenterología.

ANATOMIA

Normalmente la mucosa gástrica está separada de la muscular por una submucosa, constituida por tejido areolar laxo que permite deslizamiento. Esta submucosa aparece en los cortes, con espesor ampliamente variable según la presión a que haya sido sometida al hacer la preparación. Al pasar el píloro aparecen en esta capa submucosa las glándulas de Brunner que fijan sólidamente la mucosa a la muscular, de manera que del píloro en adelante desaparece la posibilidad de deslizamiento. Esta circunstancia explica formación del prolapso y su localización.

Feldman revisó 1.500 autopsias sin que en ninguna se hiciera mención de prolapso. Posteriormente muchos patólogos, buscándolo específicamente, lo han encontrado en autopsia y piezas quirúrgicas. La anormalidad básica es exceso de movilidad de la mucosa sobre la muscular. Excepcionalmente han sido encontrados manguitos de mucosa gástrica aprisionados por el píloro y más o menos adheridos a la mucosa duodenal. Los informes patológicos incluyen constantemente: mucosa con movilidad exagerada, erosión, congestión, fibrosis, zonas hemorrágicas, ulceración superficial, o formación o degeneración polipoide. Excepcionalmente neoplasia benigna o maligna.

Allende y Arteaga reportan un caso de gastritis quística. Algunas veces hay engrosamiento de la musculatura del anillo pilórico con disminución de la luz del píloro. Las lesiones que coexisten con más frecuencia son gastritis del antro y úlcera duodenal.

ETIOPATOGENIA:

El prolapso de la mucosa gástrica al píloro, como entidad, sería la exageración de un fenómeno normal (deslizamiento de la mucosa gástrica sobre la muscular) que estaría condicionado por tres factores:

- 1.—Mucosa gástrica redundante.

2.—Gastritis con hipertrofia de los pliegues (primaria o secundaria).

3.—Hiperperistaltismo.

La hipertrofia de la mucosa o la formación de pliegues, por exceso de movilidad, actuarían como cuerpo extraño induciendo al hiperperistaltismo. Por otra parte el hiperperistaltismo podría ser punto de partida de los otros dos factores mencionados. Es de notar que la hiperperistalsis es fenómeno frecuente en neuróticos o "funcionales" y que varios autores destacan la frecuencia de la asociación de neurosis y prolapo de la mucosa.

ESTUDIO CLINICO:

El cuadro clínico generalmente sugiere trastorno pilórico. Se caracteriza por la combinación de varios de los siguientes síntomas: dolor epigástrico periódico, indigestión, náusea y vómito, hemorragia micro o macroscópica (casi nunca dramática en intensidad), eructos, agríeras etc. En casos avanzados, pérdida de peso, anemia y debilidad.

La epigastralgia a veces se alivia discretamente con las comidas, y otras veces se exagera, especialmente con alimentos pesados, grasas o alcohol. Puede haber aumento de las molestias al tomar posición horizontal. Muchos enfermos temen comer por miedo al dolor y al vómito. Usualmente no hay dolor nocturno. La exageración post-prandial del dolor (y no la mejoría) en ausencia de úlcera duodenal es más o menos característica en esta enfermedad.

En los 133 casos estudiados por Patterson y Wintraul del New York Hospital, aparece dolor epigástrico de severidad variable, como el síntoma más constante. Solo en el 68% de los casos (sin úlcera) habría alivio con ingestión de alimentos. Náusea y vómito, y hemorragia de intensidad variable son los síntomas que siguen en frecuencia (más o menos 35%).

El examen físico generalmente es negativo pero puede encontrarse dolor epigástrico a la palpación profunda. Solo en casos excepcionales de gran prolapo puede hallarse masa mal definida y discutible en el hueso epigástrico.

La dieta blanda, los antiespasmódicos y gangliopléjicos mejoran a estos pacientes. Los alcalinos generalmente no tienen ac-

ción. Con gran frecuencia y especialmente en los casos de asociación con gastritis, los síntomas solo vienen o se agravan drásticamente después de ingerir bebidas alcohólicas.

ASPECTOS RADIOLOGICOS:

El diagnóstico se basa siempre en estudio radiológico. Han sido descritos los siguientes signos:

- 1.—Defecto en el bulbo en forma de hongo, coliflor, sombrilla o bomba atómica.
- 2.—Imagen de panal de abejas.
- 3.—Variaciones en la imagen en exámenes distintos o en el mismo examen, y especialmente en el control a 6 horas (diferencia con otras lesiones de píloro).
- 4.—Desaparición del defecto al reducir (normalmente) el prolusión, con o sin aparición de pliegues hipertrofiados o desorganizados en el antró.
- 5.—Ausencia de irritabilidad bulbar (en ausencia de úlcera duodenal).
- 6.—Peristaltismo gástrico acentuado.
- 7.—Gastritis del antró.
- 8.—Pliegue gástrico prolapsado al bulbo.
- 9.—Defectos lineares múltiples en píloro (pliegues)
- 10.—Cambios de longitud y calibre del píloro.
- 11.—Evacuación gástrica normal o acelerada. Excepcionalmente detención discreta.
- 12.—Ausencia de dilatación gástrica.

La imagen radiológica varía según la cantidad de mucosa desplazada, que puede ser desde un pliegue pequeño, hasta un

gran manguito que avance hasta la tercera porción del duodeno. Zimmer propone clasificar el prolapsus en tres grupos:

- 1.—De un solo pliegue.
- 2.—De la mitad de la mucosa.
- 3.—De toda la mucosa (circunferencia).

El prolapsus se demuestra mejor en posición prona u oblicua derecha. La radioscopia bien conducida es de gran valor.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Imágenes radiológicas confundibles con prolapsus de la mucosa al duodeno pueden ser encontradas en:

- Pólipo gástrico pedunculado y prolapsado al duodeno.
- Pólipsos gástricos múltiples.
- Gastritis hipertrófica.
- Metastasis a estómago o duodeno.
- Ulcera duodenal.
- Gastritis antral.
- Duodenitis. z
- Piloro radiograficado sobre la columna vertebral.
- Bandas congénitas.
- Alimento retenido en duodeno.

El diagnóstico diferencial más difícil y a veces imposible es con pólipo gástrico prolapsado al duodeno.

En caso de duda, que no se resuelva por nuevo estudio radiográfico, se recurre a acidograma, uropepsina, gastroscopia y citología.

La acidez gástrica es generalmente normal. La gastroscopia mostrará gastritis o hipertrofia de pliegues. El hallazgo de atrofia de la mucosa sugiere la exclusión del prolapsus.

TRATAMIENTO:

La mayoría de los casos son susceptibles de tratamiento médico, que en buen número de ellos (más o menos el 50%) produce mejoría importante o desaparición de síntomas.

Los medios terapéuticos a utilizar son:

- 1.—Dieta blanda o semiblanda con comidas pequeñas y frecuentes.
- 2.—Antiespasmódicos, anticolinérgicos, gangliopléjicos y sedantes (disminución de peristaltismo y secreción gástrica).
- 3.—Psicoterapia.

TRATAMIENTO QUIRURGICO:

Está indicado:

- 1.—Obstrucción pilórica (encarcelación).
- 2.—Hemorragias repetidas atribuibles a prolapo.
- 3.—Síntomas muy intensos que pueden llevar al paciente a un estado de agotamiento, y que no ceden a terapia media.
- 4.—Asociación con otras lesiones gastroduodenales en que haya indicación quirúrgica.
- 5.—Imposibilidad de aclarar duda en cuanto a existencia o coexistencia de pólipos en otro tipo de neoplasia.

En las técnicas quirúrgicas (gastrotomía con resección de mucosa, piloroplastia, gastroenterostomía, etc.), hoy solo se recurre a la gastrectomía subtotal.

Los resultados de cirugía en casos bien individualizados son ampliamente satisfactorios, en más de los 4/5 de los casos. La no mejoría con frecuencia implica error de diagnóstico o problema psiquiátrico dominante.

DISCUSION:

A pesar de que haya informes en que figura la imagen radiológica positiva en 50% de pacientes asintomáticos, nos parece que hay razones suficientes para aceptar la existencia del prolapo de la mucosa gástrica al duodeno, como una entidad clínica radiológica definida, y por lo tanto no estamos de acuerdo con

quienes aconsejan ignorar la imagen de prolapo, durante el tratamiento de síndrome digestivo alto.

No se nos oculta que la entidad no está bien definida en la actualidad. Un buen número de casos son asintomáticos y otros no obedecen a tratamiento. La coexistencia con trastornos psico-neuróticos complica más aún el problema, ya que buscadas con algún método, se pueden encontrar este tipo de molestias en la gran mayoría de los enfermos del aparato digestivo.

CONCLUSIONES:

1.—El prolapo de mucosa gástrica al duodeno ocurre normalmente pero su acentuación o asociación con otros factores trae consigo signos y síntomas que permiten considerarlo como entidad clínico-radiológica definida, que ha sido comprobada por cirugía y anatomía patológica.

2.—El diagnóstico y tratamiento adecuados son ayuda importante para muchos pacientes.

3.—La incidencia es más alta de lo que se había pensado.

4.—Comúnmente se asocia con úlcera del duodeno o gastritis (38% y 46%).

5.—La asociación con úlcera gástrica es mucho menos frecuente.

6.—Se debe tener en cuenta en casos de hemorragia digestiva alta y especialmente cuando el diagnóstico es difícil.

BIBLIOGRAFIA:

BARTELS D. ERIK and ELTORNI H., HELLERUP - DENMARK. *Pro-lapse of gastric mucosa through the Bylorus: Physiological or abnormal.* Gastroenterology 20: 100-104 Jan. 1952.

BOSSANO BOZZO MARIO y AGUIAR ALBERTO. *Prolapo mucoso del antró.* Arch. Urug. de Med. y Cirug. y Espec. - 44 (3-4) Marzo - Abril 1954.

BRAGA ROBERTO. *Sociedad de Cirugía* - Buenos Aires - 17 - VI - 1954.

BUSTOS FERNANDO y BASCH FELIPE. *Sociedad de Cirugía*. - Buenos Aires - 17 - VI - 1954.

- CARASSO RAOUL. L'Evagination de la muquese gastrique dans le bulbe duodenale. - Presse Medical - 62: 39. May 29 - 1954.
- FELDMAN MAURICE. Further Studies on Prolapse of the gastric mucosa. American J. of Gastroenterology. 22. 6 - Dec. 1954.
- FELDMAN MAURICE and MEYERS P. The Roentgen Diagnosis of Prolapse of the Gastric Mucosa into the Duodenum. - Gastroenterology 26. 90. 1952.
- FELDMAN M., MORRISON S. and MEYERS P. The Clinical Evaluation of Prolapse of the Gastric Mucosa into the Duodenum. - Gastroenterology 22: 80. 1952.
- GARCIA TORRES ARISTIDES. Prolapso de la mucosa gástrica. Día Médico - Buenos Aires - 16 - 26: 7 - 15. II/54.
- GOÑI MORENO IVAN. Sociedad de Cirugía - Buenos Aires - 17 - VI - 1954.
- LICHTEIN JACOB. Benign prolapse of Gastric Mucosa. J. A. M. 151 - 720 Feb. 28 1953.
- LICHTEIN JACOB. The differential diagnosis of benign prolapse of gastric mucosa. Anual of Int. Med. (42:1) Jan. 1955.
- PATTERSON R. H. and WINTRAUB S. Prolapse of the gastric mucosa. Surgical Clinics of North America. April 1954.
- POSMAN RODOLFO. Sociedad de Cirugía - Buenos Aires. 17 - VI - 1954.
- TORRES M. LUCIANO. Prolapso de la mucosa gástrica. Acción del Autrenyl. Prensa Médica Argentina. 42 (25) - Jun. 24 - 1955.