

ESTÓMAGO EN CASCADA

J. BADOSA-GASPAR, J. BADOSA-GALLART

ANTECEDENTES Y CONCEPTO. — Dentro del capítulo de las «distopias gástricas, el «estómago en cascada» (E. en C.) es el menos trascendente; pero no deja de ser una realidad radiológica y clínica, que nos obliga de vez en cuando a tener que considerar su terapéutica.

RIEDEL (1905) describió los dos primeros casos de estenosis medio-gástrica orgánica, con vaciamiento entre las dos bolsas «en forma de cascada».

Actualmente entendemos por E. en C. una disposición y dinámica anormal del «fórnix» o «gran tuberosidad» gástrica, comprobada durante la exploración roentgenológica, que se flexiona hacia atrás y algo a la derecha del eje vertical del estómago, manteniendo su posición normal el cuerpo y el antro. Esta disposición en dos bolsas, una postero-superior y otra anteroinferior, permite la retención momentánea de la papilla baritada recién llegada a través del cardias en la primera y su vaciaje, por rebosamiento, «en forma de cascada» a la bolsa inferior, salvando el espolón de flexión formado en la curvatura menor y cara posterior.

VARIEDADES MORFOLÓGICAS. — La forma de administrar la papilla de bario; la posición del enfermo tras la pantalla; la variable importancia del espolón de flexión, con o sin un componente espasmódico, y la imaginación comparativa de cada autor, han sido motivos de distintas denominaciones sinonímicas, entre las cuales citamos como las más empleadas: estómago «en copa de champaña»; «en alforja»; «en gorro frigio»; «en caracol» y, cuando su máxima deformidad, lindante con el vólvulo, la de «estómago obsceno».

ETIOPATOGENIA. — Para comprender la posibilidad de distopia de los órganos abdominales, basta tener en cuenta la interdependencia de contigüidad y la poca consistencia de sus paredes y de sus elementos de fijación, especialmente por lo que se refiere al estómago e intestino, así como las compresiones mutuas capaces de desplazamientos, congénitos o adquiridos, más explicables si tenemos en cuenta la distinta dinámica y contenido de cada uno de estos órganos en sus distintos tramos.

El estómago en particular posee muy pocos medios de fijación eficaz, como es lógico que sea en un órgano de tanta actividad motriz. Solamente la región del cardias mantiene una relativa firmeza por la con-

tinuidad con el esófago, susceptible, no obstante, muchas veces, de descenso por estiramiento en el curso de un acto quirúrgico. Los elementos peritoneales de sujeción del fórnix, descritos minuciosamente por GÓMEZ y GÓMEZ, se prestan también a esta maniobra de tracción, en contra de las antiguas descripciones respecto a la presencia del ligamento frenogástrico (GREGOIRE) como potente fijador de aquél.

El resto de formaciones peritoneales: omento gastrohepático y gran epiplón gastrocólico constituyen principalmente elementos vectores neurovasculares y permiten una gran movilidad ascendente al cuerpo gástrico; de forma que el centro frenocardiotuberositario constituye la charnela sobre la cual puede girar el polo superior del estómago en movimiento ascendente, arrastrando al cuerpo gástrico hacia arriba. De ello se deduce que el estómago, en su totalidad, es más fácil de elevar que de descender. Siendo más o menos fija la porción cefálica o cardias, se comprende la flexión del polo superior si se eleva la porción caudal o cuerpo gástrico.

Dos elementos y órganos vecinos son los responsables principales de los cambios de forma o de situación del fórnix: el hemidiafragma izquierdo, cuando sufre una elevación, por atonía, parálisis (frenicectomía) o por fijación pleurodiafragmática; y el colon en su ángulo esplénico, cuando ocupa una altura exagerada, ya sea por anomalía de desarrollo o inervación (dolicocolón, megacolon) o por gran aerocolia. Coadyuva muchas veces la obesidad, la plétora abdominal, la ascitis, los cuadros dispépticos reflejos con tendencia flatulenta y al eructo, especialmente en neuróticos con crisis de aerofagia.

Las causas más corrientes de E. en C. orgánica son: la úlcera de la curvatura menor gástrica y las perigastritis de esta región.

SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA. — El E. en C. funcional puede ser asintomático. Contrariamente, no todas las manifestaciones subjetivas referidas por un portador de E. en C. deben ser incluidas en la sintomatología de éste y en ocasiones serán motivo para pedir la colaboración del cardiólogo o de una exploración torácica minuciosa.

Los síntomas subjetivos son muy variados e inespecíficos, pero algunos de ellos pueden hacer pensar en la existencia de E. en C.; por ejemplo: la saciedad precoz; el embotamiento alto epigástrico, con ligero agobio respiratorio y a veces con taquicardia; los episodios dolorosos agudos, xifoideos, postprandiales, de irradiación retroesternal, sin angustia.

Refuerzan su característica cuando: aparecen en bipedestación, inmediatamente después de una comida copiosa o de un esfuerzo físico; aumentan con el decúbito supino y lateral derecho y alivian o ceden en la posición inversa; desaparecen después de un verdadero eructo.

o de la expulsión de abundante gas del colon. En ocasiones toman la apariencia de la fenomenología cardiorrespiratoria, con cuyas afecciones pueden coexistir.

DIAGNÓSTICO. EXPLORACIÓN RADIOLÓGICA. — El diagnóstico es puramente radiológico. Para poner en evidencia la malposición del fórnix es preciso comenzar la exploración con poca papilla, con objeto de poder darse cuenta de la inmediata retención en la bolsa superior. La visión de frente y luego en oblicuas permite su individualización. El relleno lento de la porción sacular superoposterior, muestra la aparición de un nivel horizontal por encima del nivel normal en el fondo gástrico y a veces también una doble cámara de aire y la caída de la papilla de una a otra bolsa «en forma de cascada».

Es preciso la observación en distintos decúbitos para comprobar la facilidad de repleción y vaciamiento de la bolsa superior, en vistas especialmente del tratamiento postural. Interesa conocer el estado del hemidiafragma izquierdo y del colon, así como descartar la posible existencia de una lesión gástrica, como origen de la biloculación por flexión del fórnix.

FORMAS CLÍNICAS. — La malposición del fórnix es muchas veces pasajera y dependiente en ocasiones de los decúbitos o de una aerocolia circunstancial. Tales casos deben clasificarse como «tendencia al E. en C.».

En otros casos la distopia es permanente durante el curso prolongado de una exploración y no se repite en una sesión posterior. Se trata de «E. en C. funcional».

Cuando la malposición es constante y definitiva entra en el grupo del «E. en C. orgánico». Unas veces de causa extrínseca: adherencias; retracciones del epiplón gastrohepático, y otras de causa intrínseca: úlcus de la curvatura menor; neoplasia; gastritis cáusticas, etc.

Cuando la flexión es muy pronunciada, con predominancia de la bolsa superior, y es permanente, entra ya en la categoría del «vólvulo».

En realidad, la genuina denominación de E. en C. debiera reservarse para la variedad funcional.

TRATAMIENTO. — Aparte el de las formas orgánicas, cuya terapéutica causal puede llegar a ser quirúrgica, el E. en C. es de tratamiento médico, que variará en cada caso según los elementos patogenéticos particulares.

Como normas generales: evitar la obesidad y el meteorismo gástrico e intestinal; tratar el estreñimiento y la retención gaseosa cólica; evitar el relleno alimenticio excesivo en la bolsa superior, a base de comidas pequeñas, espesas y frecuentes y, si existen molestias distensivas post-

prandiales, aconsejar un decúbito inmediato adecuado para su vaciamiento (conocido previamente durante la exploración radiológica); corregir las posibles causas de aerofagia: afecciones del rinocávum, afición a bebidas gaseosas, psicopatías, etc.

Si bien pueden aconsejarse los vagolíticos, anticolinérgicos puros, obtenemos mejores resultados con los simpaticolíticos, adrenérgicos y de las combinaciones de ambos y fenobarbital.

En los casos con atonía diafragmática y en colaboración con la gimnasia respiratoria adecuada, están indicados los tónicos musculares: esticnina, vitaminoterapia, etc.

Tratamiento quirúrgico. — J. ROUSSEL (1952), citado por KUNTZLER, frente a los casos de E. en C. muy severos, propone el bloqueo novocáinico o la sección del esplácnico izquierdo, más la ablación del ganglio semilunar y del I lumbar.

El propio KUNTZLER reconoce la poca efectividad, en los casos de E. en C. de origen orgánico, de la extirpación de bridas y de las pexias altas, por la facilidad con que recidivan.

La gastrogastrostomía entre las dos bolsas, aunque poco satisfactoria, parece haber sido útil en algún caso.

Escuela de Patología Digestiva Gallart-Monés. Servicio Médico-Quirúrgico de Patología Digestiva del Hospital de Ntra. Sra. del Sagrado Corazón de Jesús. (Director: A. GALLART-ESQUERDO.)

DISCUSIÓN

DR. J. BALAGUER FORMIGUERA. — Creo que la exposición del tema no puede ser más completa y clara. Dentro de la sintomatología clínica llamativa, es decir, lo que nos puede hacer pensar en un estómago en cascada, como cita muy bien el comunicante, cabe destacar la saciedad precoz, pero más bien diría si ésta la presenta un pícnico o persona constitucionalmente hipertónica. No hay duda tampoco que la constipación y la retención de gas en colon, predisponen a la formación del estómago en cascada, pues vemos como éste disminuye o desaparece en casos poco acentuados después de una abundante evacuación.

DR. MAS OLIVER. — Debe distinguirse entre el estómago en cascada orgánico por lesión gástrica o extra-gástrica del esencial, que no coincide con ninguna lesión gástrica. Creemos que el esencial se debe fundamentalmente a la aerofagia patológica. Si adquiere más proporciones el abdomen en cascada llega a bloquear el cardias, impidiendo el eructo y agravando al enfermo. Debemos descartar la idea defendida por diversos autores de que en el estómago en cascada interviene la relajación diafragmática. Claro está que si existe una eventración puede darse el estómago en cascada, pero en este

caso ya no se trata de un caso esencial. En cuanto al aire del ángulo esplénico de colon, es una consecuencia y no una causa del estómago en cascada.

En cuanto al tratamiento de los casos esenciales, creemos que la cirugía es un método desproporcionado e inadecuado.

DR. GÓMEZ Y GÓMEZ.— Respecto a la etiopatogenia de los casos esenciales, hay que tener en cuenta que este trastorno aparece en individuos pícnicos, enfisematosos, con gran musculatura abdominal. Creemos que los 3 factores que juegan un papel etiopatogénico son: la presión intraabdominal, el tono diafragmático y la mecánica respiratoria.

DR. PUJOL SOLER.— En cuanto al tratamiento de estos casos, somos partidarios, asimismo, de medidas de tipo médico, pero si fracasan podemos recurrir al tratamiento quirúrgico. Nosotros tenemos buena experiencia en 2 casos en los que hemos efectuado una gastrectomía parcial.

DR. E. VIDAL COLOMER.— Según nuestra experiencia, la causa más frecuente de la disposición del estómago en cascada, es la aerocolia, siguiendo después la atonía o relajación del diafragma, la deglución de aire durante la ingestión de alimentos y bebidas, etc. Cuando la disposición en cascada es debida al colon, generalmente se modifica o desaparece a medida que el estómago se llena, o bien durante el curso de exploraciones sucesivas. En cambio, cuando la causa radica en la relajación del diafragma o bien es debida a una lesión orgánica gástrica, la disposición en cascada es persistente.

Por lo que respecta al tratamiento, consideramos que casi siempre debe ser médico y que en él juegan un gran papel los consejos sobre posición que debe adoptar el enfermo después de las comidas. Es recomendable el decúbito ventral durante medio minuto con objeto de obtener la evacuación de la bolsa posterosuperior y a continuación medio minuto en decúbito lateral izquierdo para facilitar la expulsión del sobrante de aire mediante un eructo. No hay duda de que el mantener la bolsa posterosuperior en estado de vacuidad contribuye en gran manera a disminuir o evitar las molestias.

Respuestas del conferenciante.— Al Dr. BALAGUER.— De acuerdo con que la saciedad precoz no es un signo importante si no se acompaña de otros datos y que debe valorarse sobre todo si se trata de un individuo pícnico. Se ha demostrado experimentalmente, precisamente en un asténico, que la insuflación del colon puede dar lugar a un estómago en cascada, que desaparece cuando se vacía el colon.

Al Dr. MAS OLIVER.— ¿Qué debemos creer sobre la aerofagia? Creemos que no existe como entidad nosológica. El Dr. GALLART publicó un trabajo hace 35 años en el que preguntaba: ¿Existe la aerofagia? Los clínicos no la vemos. La ven sólo los cirujanos porque introducen una sonda. Lo que existe en ocasiones es una crisis de aerofagia. El enfermo traga aire, pero éste no llega a traspasar el cardias. Estamos de acuerdo en que debemos reservar el término de estómago en cascada para aquellos casos funcionales en que no existe ninguna alteración orgánica.

Al Dr. GÓMEZ Y GÓMEZ.— Aceptamos la multiplicidad etiopatogénica y de ella el de las modificaciones de la presión intraabdominal, del tono diafragmático y de la mecánica respiratoria, pero insistimos en remarcar el papel etiológico predominante de la aerogastria y aerocolia presente en pícnicos, enfisematosos y en cardiopatas.

Al Dr. VIDAL-COLOMER. — Del todo conforme con su criterio.

Al Dr. PUJOL SOLER. — Es muy dudosa la terapéutica quirúrgica en estos casos, pues como se trata de molestias funcionales en individuos muchas veces neuróticos, nos exponemos a realizar una mutilación sin obtener ninguna mejora.
