

DOS CASOS DE ESTOMAGO SUPERNUMERARIO

Por los Dres. JULIO ESPINOZA S. y JOSE ALTAMIRANO P.
Instituto de Anatomía Patológica del Hospital de Niños "M. Arriarán".

En el material necrópsico examinado durante el presente año, hemos tenido la oportunidad de comprobar la existencia de dos casos de estómago supernumerario. Estimamos que se trata de una anomalía congénita muy rara, ya que, tanto en los tratados clásicos como en la literatura médica, y especialmente anátomo-patológica de libros y revistas de los últimos años, no la hemos encontrado ni siquiera mencionada. Por esta razón hemos creído de interés comunicar a esta Sociedad los dos casos en cuestión.

Antes de proceder a la descripción de estos casos, debemos anotar que las anomalías que nos preocupan, han sido encontradas en un total de 3,838 autopsias hechas en nuestro Instituto desde el 1º de septiembre de 1943 al 25 de agosto de 1951, lo que significa una incidencia del 0.05 %.

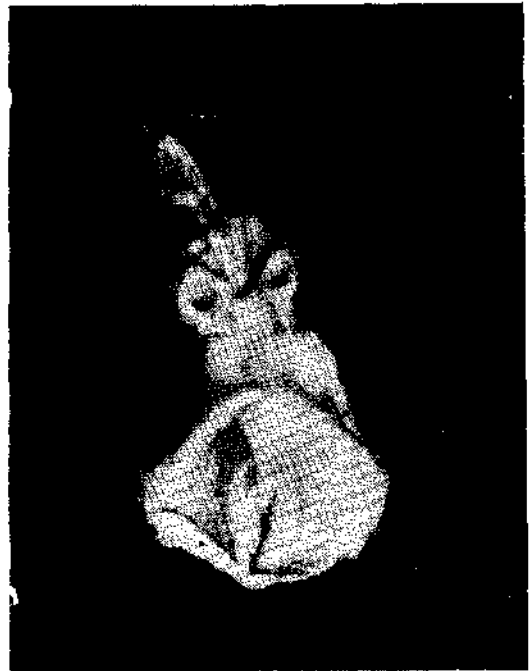
1º CASO. — J. M. A. — O. C. N° 31077/51.

Niño de 4 meses 28 días hospitalizado en el Arriarán, por sufrir, desde hacía 3 semanas, de vómitos y diarreas continuas. A su ingreso se diagnosticó toxicosis y distrofia avanzada. Después de 3 días de permanencia en el Hospital, fallece y es enviado a autopsia con los diagnósticos antedichos.

Necropsia N° 108/51. — Fecha: 2-III-1951. Se trata de un niño enflaquecido, en el cual se comprueban signos anatómicos de toxemia y raquitismo. Se encontraron también dos bazo supernumerarios a nivel del hilio de este órgano, el mayor del tamaño de una munición grande y ambos riñones con ligera lobulación fetal.

El estómago se presentaba dilatado, con gases y escaso contenido líquido amarillo-verdoso. Sobre el esfínter pilórico y comienzos del duodeno se observa un nódulo redondeado, de 2 cm de diámetro, de consistencia

renitente y que al abrirlo muestra una cavidad quística ocupada por escaso líquido blanquecino, filante, de aspecto mucoso. Su superficie interna es lisa, brillante y de color blanquecino (Macrofotografía). El quiste des-



MACROFOTOGRAFIA

Caso 1.—Estómago abierto. Sobre el esfínter pilórico se aprecia una formación quística redondeada,

crita no presentaba comunicación con la cavidad gástrica ni duodenal. El esfínter pilórico y la primera porción del duodeno tampoco mostraban otras alteraciones macroscópicas.

Examen histopatológico. — Estómago (porción pilórica): Por fuera de la musculatura del piloro y parte del duodeno (1ª porción)

se observa una formación quística, que interiormente presenta en forma discontinua pequeñas glándulas, en su mayoría redondeadas y muy escasas tubulares, constituidos por una capa de células cilíndricas claras, que dan la reacción positiva del mucicarmin y de núcleos redondos o ligeramente aplanados, ubicados en su extremidad basal. En algunos puntos, sobre estas glándulas se aprecia una capa de células cilíndricas, con abundante citoplasma, que también revela mucus con la coloración específica, a cuyo nivel existen algunas fosetas que se continúan con típicas glándulas tubulares algo sinuosas. Entre estas glándulas, que se encuentran bastante separadas entre sí, se observa un estroma conjuntivo laxo, infiltrado por linfocitos y edema (microfotografía N° 1). En otras zonas faltan totalmente las glándulas descritas y sólo se observa sobre la muscular una delgada capa de tejido conjuntivo laxo, infiltrado ligeramente por células redondas medianas (linfocitos, mononucleados grandes). En un punto, por debajo de un islote de mucosa y más allá de algunos manojos musculares, aparece un pequeño conglomerado de glándulas totalmente separadas de sus homólogas por los haces musculares antedichos. La pared muscular de esta formación quística está constituida por gruesos haces que reproducen más o menos fielmente la musculatura del estómago en sus tres capas (oblicua, circular y longitudinal). En algunas zonas de unión entre los sistemas musculares del estómago y del quiste que comentamos, se observa regular cantidad de capilares y precapilares sanguíneos en medio de un escaso estroma conjuntivo laxo, vasos que se disponen en hileras, que pueden seguirse en cierta longitud y que impresionan como las subserosas de ambos órganos, por las que éstos se encuentran adosados.

2º CASO. — A. E. G. M. — O. C. N° 88305.

Niña de 2 años 3 meses nacida de embarazo de término, la madre le notó desde el nacimiento movimientos incoordinados de la cabeza, ojos y brazos e incapacidad para succionar en forma adecuada. Posteriormente era incapaz de sostener la cabeza, sentarse, hablar y andar. Al año de edad se dieron cuenta que la niña era ciega. Los últimos 6 meses estuvo mandada a criar, regresando donde su madre, enflaquecida, con supuración de ambos oídos y lesiones de piodermitis generalizada. Desde hace 2 semanas tiene vómitos alimenticios, aunque conserva el apetito, por lo que es traída a la Posta del Hospital Arriarán el 16-VIII-51, donde queda hospitalizada.

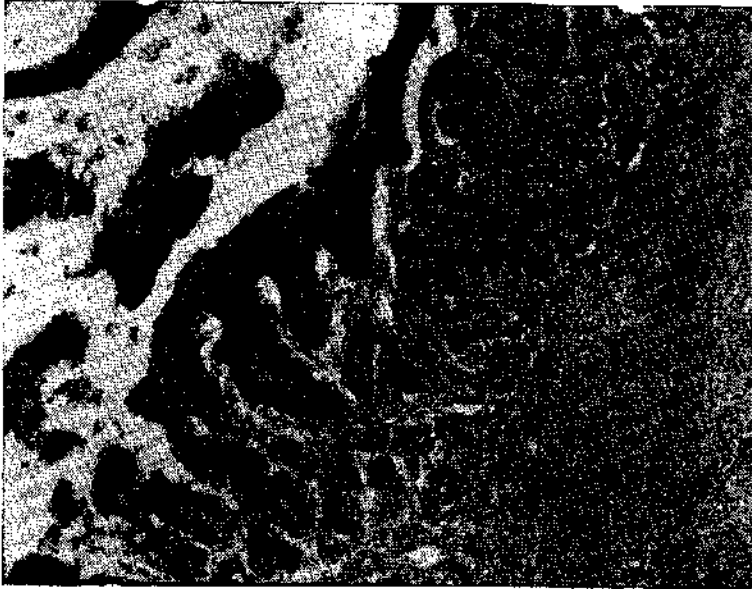
El examen físico permite hacer los siguientes diagnósticos: "Encefalopatía congénita" y "Faringitis".

Durante su permanencia en el Hospital es tratada con antibióticos y régimen alimenticio adecuado. La radiografía de tórax y el electrocardiograma revelaron cierta alteración cardíaca, que se supuso malformación congénita, por la cual se le practica el 25 de agosto una angiocardioradiografía, previa anestesia general con cloruro de etilo-éter gota a gota. Al inyectársela en la yugular la sustancia opaca, sufre un síncope cardíaco, del cual, pese a la terapéutica, no se recuperó.

Necropsia N° 333/51. — Fecha: 27-VIII-51. Se encontraron malformaciones múltiples: en el corazón, comunicación interventricular de 1 cm de diámetro, situada en la parte membranosa del tabique y conducto arterio-venoso permeable; en el cerebro: ausencia completa de las cintillas, quiasma y nervios ópticos. Ptosis del riñón derecho y unión de éste con el polo inferior del riñón izquierdo.

El estómago se presentaba dilatado con gases y líquido blanquecino, espeso. Mucosa rosada-pálida y sin alteraciones. En la cara anterior y cerca de la curvatura mayor, en la proximidad del hilio del bazo, pero muy adherido al órgano, se encontró una formación quística como dedo de guante, de 2 cm de largo y con una base de implantación que media 2 cm de ancho. Este quiste, al abrirlo, dejó escurrir líquido transparente, filante, de aspecto mucoso y su cavidad no comunicaba con la cavidad gástrica.

El examen microscópico del quiste reveló que sus paredes están constituidas por una delgada mucosa y submucosa y una pared muscular, en la que es posible distinguir tres capas de idéntica conformación a la del estómago normal. En algunas zonas se observa una delgada subserosa formada por tejido conjuntivo laxo, que lleva vasos sanguíneos capilares y precapilares, que limitan profundamente las capas musculares del estómago y del quiste, en aquellas regiones en que ambos órganos están adosados. La mucosa se observó formada por epitelio cilíndrico pluriestratificado (2 a 4 estratos). Las células cilíndricas superficiales presentan núcleo redondeado basal, con ligera condensación del citoplasma en su extremidad apical, dando la impresión que formara una delgada cutícula uniforme. El citoplasma de las células epiteliales es claro o ligeramente basófilo y la coloración mucicarmin es débilmente positiva. En un punto se aprecia una glándula tubular cortada transversalmente y formada por una sola capa de células cilíndricas claras con el núcleo redondo, basal. La submucosa es muy delgada y constituida por tejido conjuntivo laxo, infiltrado difusamente por linfocitos. (Microfotografía N° 2).



MICROFOTOGRAFIA N° 1

Caso 1. — X-96. — Mucicarmín-Hematoxilina. Mucosa con numerosas glándulas tubulares, algo sinuosas, separadas por tejido conjuntivo laxo.

Revestimiento epitelial superficial formado por una capa de células cilíndricas.



MICROFOTOGRAFIA N° 2

Caso 2. — X-96. — Hematoxilina-Eosina. Mucosa formada por epitelio cilíndrico pluri-estratificado de núcleos basales. Musculatura constituida por tres capas más o menos bien individualizadas.

Comentario.

Como queda dicho, en los dos casos descritos hemos encontrado sendas formaciones quísticas en íntima relación con el estómago. El estudio histológico de ellas permite apreciar en el primer caso islotes de mucosa con formación de túbulos glandulares sinuosos, separados por abundante tejido conjuntivo laxo, cuyas células epiteliales son de un solo tipo: cilíndricas, claras y con contenido mucoso, sin que pudiéramos descubrir en ellas ninguna clase de granulaciones citoplasmáticas. Este aspecto nos hace suponer con bastantes probabilidades que se trata de mucosa de tipo pilórico.

En el segundo caso la escasez evidente de los elementos de la mucosa sólo permitió observar entre el revestimiento cilíndrico pluriestratificado, una formación glandular con idénticos caracteres a los del primer caso, aunque la precaria presencia de tales formaciones no nos permitan asegurarlo, ya que podría también corresponder a mucosa cardial, especialmente si tomamos en cuenta la ubicación del quiste en la parte alta de la curvatura mayor, relativamente cerca del cardias.

La túnica muscular, en ambos quistes, traducida en toda su estructura histológica, las diversas capas musculares del estómago normal.

Los hallazgos anteriores permiten identificar sin dificultad, que se trata de dos órganos rudimentarios, con indubitables caracteres gástricos y ubicados en las paredes del estómago normal, una vez sobre el esfínter pilórico y otra sobre la curvatura mayor, encontrándose en ambos casos, límites de separación entre el órgano normal y el accesorio correspondiente, a nivel de la zona de implantación, en forma de islotes de subserosa (tejido conjuntivo laxo más vasos sanguíneos). Esto último es más evidente aún en la periferia de la zona en que ambos órganos se yuxtaponen (el normal y el accesorio respectivo), ya que a ese nivel la serosa común pasa de uno a otro órgano, pero el tejido conjuntivo-vascular subseroso penetra en el ángulo die-

dro allí formado, en forma de un tabique delgado y discontinuo, que puede, sin embargo, perseguirse sin dificultad en numerosos puntos de la zona interparietal aludida. Esto entonces completa la individualización del órgano accesorio en los dos casos descritos y permite con los datos histológicos anotados correspondientes a las diversas capas de aquellos mismos órganos accesorios, concluir que estamos en presencia de estómagos accesorios.

El estudio histológico de la mucosa de los estómagos accesorios revela que ésta ha sufrido alteraciones en su constitución íntima, ya que sólo en escasos puntos ha sido posible identificarla como tal, alteraciones que suponemos dependiente totalmente o en gran parte, a la acumulación en las cavidades respectivas, del líquido mucoso allí encontrado, que por la compresión que ejerció en la superficie interna, atrofió la mucosa en sus diversos componentes.

De todas estas consideraciones podemos deducir que estamos en presencia de una anomalía congénita, muy rara desde luego en nuestro material necrópsico (0.05 %) y no descrita en la literatura, al menos en toda aquella que nosotros hemos podido revisar. Debemos recordar que ambos casos, especialmente en el último, había coexistencia con varias otras anomalías congénitas (corazón, cerebro y riñones), lo que indica, a nuestro juicio, la riqueza de perturbaciones del desarrollo en los casos que comentamos y como es obvio lo propicio del terreno para dar lugar a este tipo de alteraciones.

Respecto del mecanismo de producción de la anomalía congénita que nos preocupa, tenemos que suponer que se ha verificado muy precozmente en el desarrollo embrionario del "tubo intestinal", más bien dicho del "intestino anterior", del cual proceden el esófago, el estómago y el duodeno. Tal vez podría tratarse, como en el caso de los divertículos genuinos del estómago, de la formación de brotes anormales de crecimiento que posteriormente perdieron sus relaciones de continuidad con los tejidos

originarios, capaces de dar lugar a un micro-órgano, pero a diferencia de los divertículos, con absoluta independencia del órgano principal. Estos brotes de crecimiento tendrían que poseer potencialmente o en desarrollo incipiente, la facultad de dar lugar a un trozo de estómago premunido de todos sus elementos histológicos, entre los cuales la mucosa tendría los caracteres propios de la región gástrica, de donde procedió anormalmente el brote de crecimiento. Valga esta somera explicación teórica como un simple intento de comprender el mecanismo de producción del estómago accesorio, en mérito de la ausencia total de bibliografía a que ya hemos hecho referencia.

Resumen.

Se relatan dos casos de formaciones quísticas yuxtapélicas, por cuyos constituyentes histológicos que se analizan minuciosamente se diagnostican como "estómagos accesorios". Estos casos corresponden a hallazgos post-mortem en niños de 5 meses y 2 años de edad más o menos, respectivamente y en ambos había coexistencia de múltiples anomalías congénitas.

Summary.

Two cases of supernumerary stomach are related, which were found in 3,838 autopsies, in children of 5 months and 2 years old, respectively. Both cases had multiples congenital anomalies.

Bibliografía.

- ASCHOFF, L. — "Tratado de Anatomía Patológica". Edit. Labor, S. A. 1934.
- KOCH, W. — "Magen und Darm, Misbildungen". Henke-Lubarsch Handbuch d. speziellen Path. Anat. und Histologie. Tomo IV, 1ª parte, pág. 166. Julius Springer, Berlin, 1926.
- MAHN, E. — "Anatomía del recién nacido". Archivos Chilenos de Morfología, Tomo I, 1933.
- OSSANDON, M. y LUCCHINI, A. — "Extensión de las distintas zonas de la mucosa gástrica". Archivos Chilenos de Morfología, Tomo VII, 1949.
- SCHWALBE-GRUBER. — "Morphologie d. Misbildungen". Tomo III, 3ª parte, capítulo IV, pág. 375. Gustav. Fischer, Jena.
- SZYMONOWICZ, L. y KRAUSE, R. — "Tratado de Histología y Anatomía Microscópica". Edit. Labor, S. A. 1935.
- TESTUT, L. — "Tratado de Anatomía Humana". Tomo IV, Salvat y Cia., 6ª Edición. 1912.