

SOBRE ALGUNOS DEFECTOS DE REPLECIÓN GÁSTRICA

E. DE ARZÚA ZULAICA.

Servicio de Aparato Digestivo del Santo Hospital Civil de Basurto (Bilbao).
Jefe: Doctor OBRIGÓN ICAZA.

SOBRE ALGUNOS DEFECTOS DE REPLECIÓN GÁSTRICA.

Es tan extenso como trascendente el capítulo que trata de los defectos de repleción de estómago que no se deben a tumoraciones malignas o benignas.

Vamos a limitarnos a un estudio parcial, tratando de aquellos procesos que creemos más frecuentes o de mayor interés y prescindiendo

del cáncer. En el caso que presentamos el engrosamiento de la mucosa con sus irregularidades hace pensar en la proliferación de las neoplasias vegetantes (fig. 1).

La gastroscopia permite apreciar mamelones rojos con depósitos pultáceos, pero sin úlceras, vegetaciones o fisuras⁶ como en el cáncer. Desgraciadamente, en muchos casos ese aspecto simplemente mamelonado puede esconder un cáncer y las vegetaciones corresponder a una gastritis hipertrófica. De aquí nació la necesidad de la gastroscopia biopsia.

BARDEN ha seguido durante años un enfermo de este tipo de gastritis sin que se alterase la imagen, pero la gastrectomía con biopsia demostró una degeneración localizada.

Es preferible, pues, equivocarse resecando que respetando el estómago en casos análogos.



Fig. 1.—Historia número 1. Gastritis hipertrófica pseudo-neoplásica.



Fig. 2.—El mismo estómago de la figura 1 a los doce días de tratamiento médico.

de los que por su rareza o menor dificultad diagnóstica plantean pocos problemas en la práctica. Tales son, por ejemplo, los cuerpos extraños intragástricos y la compresión de órganos vecinos.

Nos vamos a referir a la gastritis hipertrófica, perigastritis, espasmos gástricos, reacciones antrales y atresia fibromuscular sólo en cuanto simulan neoplasias gástricas, y limitándonos a su estudio en este aspecto.

Gastritis hipertróficas.—En muchos casos, el diagnóstico no es posible no sólo por rayos X¹⁷ y ²⁵, sino por gastroscopia²⁴ y ²⁷. La gastroscopia biopsia⁵, que exige un aparato especial de difícil manejo, no garantiza la benignidad de las zonas que no han sido biopsiadas y, por lo tanto, sus resultados no nos darán la certeza que deseamos.

Esta forma pseudotumoral se localiza con más frecuencia en curvadura mayor que en menor⁶ y radiológicamente no puede distinguirse

Historia núm. 1. A. G. M., de cuarenta y siete años. Visto el 22-XII-52.—Lleva un año con molestias gástricas, pesadez y dolor en seguida de comer, que duran una hora, tres veces al día, calmando con bicarbonato. Ardores, náuseas. En ocasiones vómitos de alimentos cuatro horas después de comer, que calman las molestias. Adelgazamiento de 3 kilos en este tiempo. Anorexia desde entonces. Normal a la exploración.

Rayos X (24-XII-52).—Se aprecia una falla en fondo gástrico, irregular de contornos (fig. 1). Jugo gástrico (25-XII-52): Acidez libre, 20 u. Acidez total, 30 u. 25-XII-52: Hematíes, 4.100.000. Valor globular, 0,8. Sedimentación, 15-28.

Le ponemos a tratamiento con leche, tópicos de mucosa gástrica y cama. 6-I-53: Igual. Rayos X (8-I-53). La misma imagen (fig. 2).

Intervención (doctor LANDIN SAENZ, 15-I-53).—Se aprecia la mucosa engrosada, indurada en algunos puntos y erosionada en otros (gastrotomía) en la zona afectada en radiografía. Resección, Polya. *Anatomía patológica* (doctor TOLEDO): Gastritis hipertrófica.

Evolución.—Vemos al enfermo cada mes. En enero de 1954 seguía sin molestias.

Historia núm. 2. D. A. S. C., de dieciocho años. Visto el 29-VIII-49.—Historia publicada en REVISTA CLÍNICA

ESPAÑOLA el 15 de agosto de 1950. Hace quince días, dolor de estómago en seguida de comer, sin irradiación, con vómitos de alimentos. Se aprecia a rayos X, en porción vertical, curvatura menor, región subcardial, una falla semioval de eje mayor 6 cm., menor 3 cm. (figura 3), que desaparece con tratamiento médico, leche y reposo en cama durante diez días. A los veinticuatro días la imagen sigue siendo normal (fig. 4).

Consideramos el caso como una gastritis de forma edematosa.

Perigastritis deformante.—La morfología del estómago deformado por inflamaciones vecinas da todas las variantes en lo que respecta a forma y situación.

En las imágenes de antro deformado por perivisceritis, las más frecuentes, dejaremos a un lado las ligadas a gastritis y ulcus para rete-

y las imágenes descritas pueden corresponder a otras causas, siendo en buena parte de los casos la etiología desconocida.

Si la perigastritis fímica es rara, las demás causas que se describen son excepcionales, como



Fig. 3.—Historia número 2. Gastritis hipertrófica pseudo-neoplásica.

ner las debidas a adherencias de vesícula, sea cual fuere su origen, y que con cierta frecuencia inducen a error ¹⁵ bis, semejando imágenes neoplásicas.

En la peritonitis tuberculosa la afectación de epiplon menor desplaza y altera el estómago. El desplazamiento puede tener lugar hacia arriba en forma de asta de toro, en horizontal, "en herradura" o en forma de pipa ¹⁶. En otras ocasiones las adherencias determinan divertículos de tracción o irregularidades en la silueta gástrica (fig. 5), fijación del estómago a las estructuras vecinas como antro o curvatura menor adherentes a hígado. Estas imágenes de tracción son más frecuentes en curvatura mayor, como en el primero de los casos que presentamos.

La retracción de antro, más frecuente en las úlceras de curvatura menor, puede ser uno de los aspectos con que se presenta la perigastritis (fig. 7). Pero no siempre pueden atribuirse estas adherencias a la peritonitis tuberculosa



Fig. 4.—El estómago de la figura 3 a los veinticuatro días de tratamiento médico.



Fig. 5.—Historia número 3. Perigastritis con irregularidades en fondo, curvatura mayor e imagen diverticular en antro y curvatura mayor.

el Hodgkin, la sífilis, las adherencias congénitas, ligamento falciforme, acortamiento del ligamento gastrohepático y adherencias epiplóicas.

En cuanto al diagnóstico, señalaremos que la imagen de mucosa sana con contornos gástricos deformados indica perigastritis²⁸.

En los casos difíciles se citan como procedimientos diagnósticos la farmacorradiografía, insuflación de aire con o sin neumoperitoneo, gastroscopia, tomografía y retroneumoperitoneo¹⁸, procedimientos que excepto el primero, y en algunos medios la gastroscopia, no están al alcance de todos.

JENKINSON y cols. piensan que con frecuencia sólo la intervención puede resolver el problema.

Historia núm. 3. C. M. E., de cuarenta años. Vista el 14-V-53.—Dolores de vientre, cuando se enfía, desde hace veinte años, difusos, a cualquier hora, durante un rato, varias veces al día. Son frecuentes, y más en vien-



Fig. 6.—La misma imagen de la figura 5 a los veintidós días de tratamiento médico.

tre izquierdo. Hace un mes, epigastralgia en cuanto come o a los quince minutos, durando una hora, y pasando con calor. Más dolores de vientre hace un mes, con dolor continuo en fosa ilíaca izquierda, con pinchazos. Hace ocho días, el dolor se ha hecho más fuerte en vientre izquierdo. Señala epigastrio, paraumbilical izquierda y fosa ilíaca izquierda.

Rayos X (16-V-53).—Estómago de contornos irregulares en curvatura mayor de antro y fondo con imagen diverticular en región prepilórica (fig. 5).

Evolución.—Tratamiento con régimen blando, tópicos de mucosa gástrica y astringentes. (5-VI-53): Está igual, habiendo adelgazado 5 kilos en veinte días. Menos epigastralgia. *Rayos X* (6-VI-53): La misma imagen (figura 6). No se aprecian pliegues en la zona afecta. *Intervención* (doctor OBERGÓN, 18-VI-53): Adherencias que deforman el estómago y explican las imágenes expuestas.

Evolución (24-VII-53).—Ligeras molestias del tipo descrito.

Historia núm. 4. C. P. A., de treinta y tres años. Visto el 12-I-53.—Hace dos años, dolor epigástrico por temporadas, malas de un mes, diario, en seguida de comer o a las cuatro horas, de dos horas de duración, una

o dos veces al día y de noche. No calma con bicarbonato. Ardores. Temporadas buenas de seis meses. Ahora lleva diez días. El dolor es más fuerte que nunca.

Rayos X (15-I-53).—Se aprecia el antro recogido y afilado con retracción de curvatura menor. *Tratamien-*



Fig. 7.—Historia número 4. Perigastritis con retracción de curvatura menor.

to: De úlcus. Leche, cama y cura tópica. *Evolución:* Está bien los tres meses siguientes. Luego, nueva temporada de molestias durante tres meses y buena de siete meses. *Rayos X* (1-V-53) (fig. 7): La misma imagen que el 15-I-53, así como las que se realizan en 7-V-53, 27-I-54 (fig. 8) y 3-II-54.

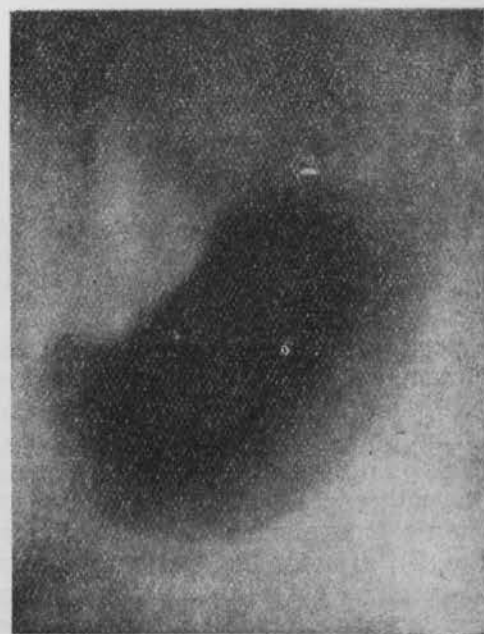


Fig. 8.—La misma imagen a los nueve meses.

En enero de 1954 está de nuevo hace un mes con las mismas molestias, no precisando bien el horario. Aguas, vómitos provocados y ardores. El dolor calma de momento comiendo. Los dolores duran una hora.

Intervención (doctor BOURIO, 10-II-54).—Perivisceritis difusa que deforma el estómago. No hay úlcera.

Espasmos gástricos.—Descartamos los que son sintomáticos de una úlcera (la clásica escotadura de curvatura mayor frente al nicho): espasmos constantes en el lugar y en el tiempo. Nos referimos a los circunscritos que se presentan en ausencia de toda lesión local, considerados ambigualmente como "nerviosos".



Fig. 9.—Historia número 5. Espasmo pseudoneoplásico región alta porción vertical curvatura mayor.

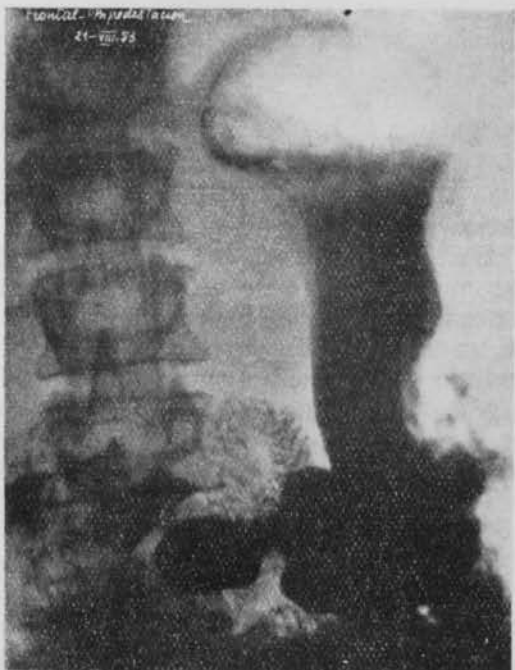


Fig. 10.—Desaparición del espasmo a los dos días.

Estos espasmos son variables, no persistentes, con hiperperistaltismo y segmentaciones de la imagen gástrica²⁶, siendo su localización preferente en antro y porción vertical de curvatura mayor (figs. 9 y 11).

Simulan una infiltración neoplásica, de la que se diferencian porque en los espasmos los contornos son marcados, netos, y la imagen varía, manteniéndose siempre los pliegues normales. La repetición de las exploraciones radiológicas hará desaparecer las imágenes dudosas, ayudándonos en ocasiones con la inyección previa de morfina, que borra o altera los espasmos.

Algunas veces los espasmos son persistentes en su localización antral, imbricándose un factor inflamatorio y dando lugar a las reacciones antrales a las que nos referimos en otro lugar.



Fig. 11.—Historia número 6. Espasmo pseudoneoplásico en región inferior porción vertical curvatura mayor.

Historia núm. 5. H. S. C. Z., de cuarenta y dos años. Vista el 17-VIII-53.—Hace veinte años, epigastralgia y ardores durante quince días, más comiendo. Hace un año, epigastralgia que subía a la garganta en seguida de comer, con mayor intensidad en este momento, aunque duraba todo el día. Dos meses. Desde entonces, alguna molestia de vez en cuando. Hace tres meses, de nuevo como antes, diario, sensación rara en estómago y garganta. Más con disgustos y al comer. Ha adelgazado 18 kilos en veinte años. Señala epigastrio circunscrito. Dolor ahí a la palpación.

Rayos X (19-VIII-53).—Defecto de repleción en fórnix, porción vertical, curvatura mayor, persistente en todas las posturas (fig. 9). 21-VIII-53: Ha desaparecido la falla (fig. 10).

Historia núm. 6. P. G. M., de cuarenta y dos años. Vista el 3-III-54.—Tiene una historia de cinco años de dolor, hora y media después de las comidas, que dura dos horas, pasando en ocasiones con bicarbonato y comiendo. Sólo de vez en cuando. Más dolor y más frecuente hace un mes. Ultimamente dolor en vientre, hace seis días, en hipogastrio, leve, continuo. Señala subxifoide circunscrito, vientre izquierdo e hipogastrio.

Rayos X (5-III-54).—Estómago hiperperistáltico. Dos radiografías (figs. 11 y 12). En la primera se aprecia una biloculación en antro y una imagen como defecto de repleción en curvatura mayor, en fondo. No se aprecia nada de ello en la segunda.

Reacciones antrales. — Conocidas hace muchos años ^{7, 9, 12, 15 y 12}, han suscitado gran interés por los estudios de GUTMANN y otros autores franceses en la última década ^{4, 13 bis, 14, 20}.

Se caracteriza la reacción antral por un defecto de expansión global o parcial del antro con modificación de curvaturas y desorden de los pliegues debidos a espasmo y con frecuencia a gastritis. Es persistente en conjunto y variable en detalle de una película a otra en intensidad y en carácter, conservando flexibilidad general ¹². En muchas ocasiones le compresión, y sobre todo la inyección previa de morfina, modifican la imagen.

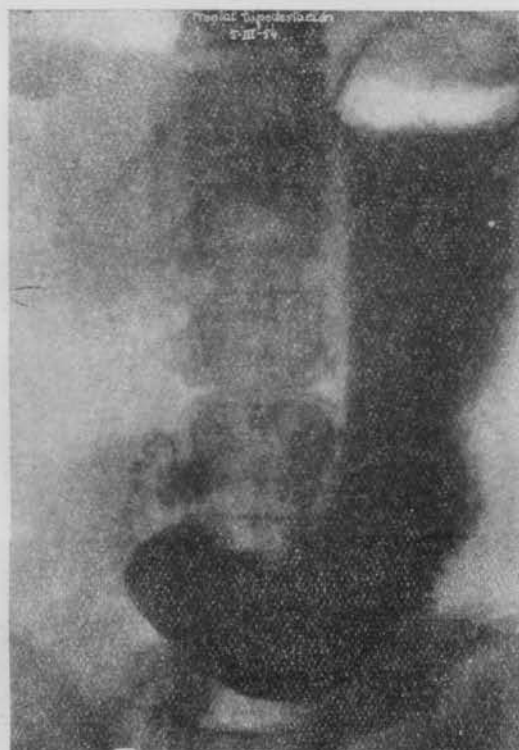


Fig. 12.—Desaparición del espasmo en la misma sesión.

Si afecta a la curvatura mayor da el aspecto en "pico de pato", y si a las dos, una estrechez de bordes regulares o de forma claramente pseudoneoplásica ¹⁴, con bordes irregulares cuando las alteraciones gástricas de los pliegues se extienden a los contornos.

Lo que caracteriza a estas reacciones antrales es un gran pliegue transversal que separa a la zona contraída o pseudoneoplásica de la sana y la diferencia de tonicidad con hipotonía de la parte sana ^{13 y 21}.

Pueden ser autónomas ¹⁵, pero lo más frecuente es que se deban, y de ahí su gran interés, a úlceras de curvatura menor, visibles o no, en las proximidades de la incisura angularis o en antro, que por compresión e irritación sobre el pedículo nervioso del estómago producen el espasmo antral ^{13 bis}. En otras ocasiones es sólo la gastritis la que determina esta imagen, como en nuestro caso.

La persistencia del espasmo condiciona una contractura muscular que hace permanente la estrechez del antro.

Atresia fibromuscular de antro. — Descrita por vez primera en 1946 ¹⁹, y estudiada como entidad en 1948 por ALBOT y MAGNIER, engloba no sólo la fibrosis antral de GUTMANN, sino las hipertrofias estenosantes de píloro con un concepto unitario, apoyado en la anatomía patológica, que facilita su estudio.

En todos los aspectos, la atresia representa un paso más en el camino que recorren las reacciones antrales ^{13 bis}, demostración, como dice GUTMANN, del paso de lo funcional a lo orgánico.

Su diagnóstico es fundamentalmente radiológico con imágenes parecidas a las de la atresia, flexibles, pero persistentes, invariables, fijas, y a diferencia de aquéllas sin que se alteren lo más mínimo con la morfina, que por el contrario, las refuerza. De modo didáctico se han descrito los dos tipos ya clásicos de antro "en dedo de guante", con ese aspecto, de bordes paralelos de 2 a 5 cm. de extensión, estrechando el antro en esa zona, y el de "píloro entre paréntesis".

En el antro "en dedo de guante" el contorno es neto, siéndolo también el límite entre dicha estrechez y el estómago, que simula una distensión subpilórica antral. Los pliegues son paralelos y escasos.

El "píloro entre paréntesis" es el segundo tipo radiológico y es signo de estenosis hipertrofica de píloro. El conducto pilórico es alargado, estrechado con base del bulbo cóncava, siendo también cóncava en ocasiones, pero al revés la unión antro-pilórica, dando el aspecto en paréntesis. Los contornos son regulares. Esta imagen es más rara que la anterior.

Como las imágenes de atresia, y lo mismo podemos decir de las reacciones antrales, hacen difícil el diagnóstico con las neoplasias, recordaremos ¹⁴ que se deben en gran parte de los casos a una úlcera de incisura angularis que puede no visualizarse, pero que con frecuencia determinará el clásico acortamiento de la curvatura menor, retracción que hará suponer la úlcera que no vemos. No hay que olvidar que a veces coincide un cáncer de antro con una úlcera de incisura angularis, hecho raro, pero posible ^{13 bis}.

Aunque en toda atresia buscaremos siempre la úlcera expresada, tendremos presente que en ocasiones puede deberse sólo a una gastritis (decimos sólo porque en toda atresia hay un componente gástrico) o a una úlcera de curvatura menor de antro, probablemente maligna.

Anatomía patológica. — Nos da la certeza con el doble carácter que constituye su rasgo esencial: esclerosis retráctil de la submucosa y en ocasiones de la muscular e hipertrofia muscular, dando lugar a formas predominantemente fibrosas o miomatosas. La esclerosis de la sub-

mucosa se produce por penetración a través de la mucosa inflamada, que por ello se ha hecho más permeable, de toxinas dependientes de la infección ^{13 bis}. La hipertrofia muscular proviene del espasmo y contractura a que nos hemos referido al hablar de las reacciones antrales y que al persistir engendra la hipertrofia ^{13 bis}, que localizada en píloro determina la estenosis y la imagen expresada.

De lo dicho se desprende que no puede faltar la gastritis crónica en sus formas atrófica pura con esclerosis parcial del corion, gastritis antigua con metaplasia intestinal, gastritis atrofo-hipertrofica mamelonada o gastritis atrófica erosiva. La atresia fibro-muscular, evolución y

puede apreciarse una imagen de estrechez de antro, regular y que se modifica, por lo que con la ayuda de la anatomía patológica que apreció una gastritis atrofo-hipertrofica erosiva sin esclerosis de submucosa ni hipertrofia muscular,

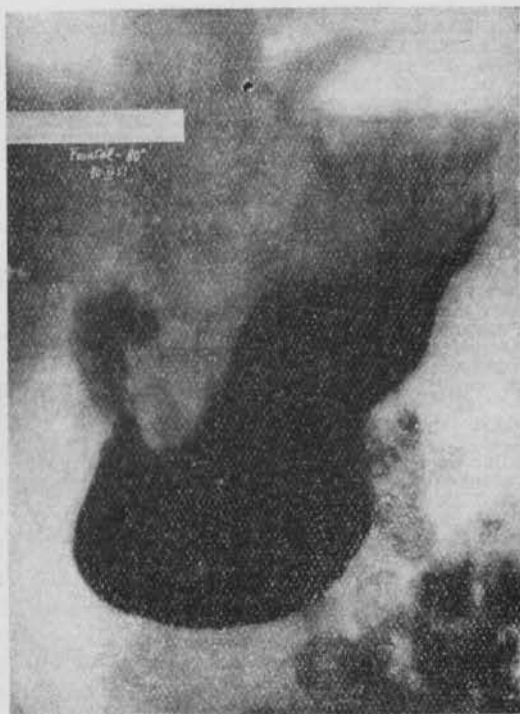


Fig. 13.—Historia número 7. Antro afilado con gran distancia antropilórica y retracción de curvatura menor de antro.

final de las reacciones antrales ^{13 bis}, representa asimismo la forma grave, parietal, total y masiva de la gastritis crónica ¹.

Por *gastroscofia*, cuando esta región es accesible, el diagnóstico se reduce a la forma de gastritis con el aspecto correspondiente de su mucosa y a la visualización de las úlceras de curvatura menor. El píloro visualizable habla en favor de la benignidad del proceso antral sin que se pueda afirmar que el no verlo signifique malignidad ¹¹. La mucosa aparentemente normal o gástrica puede encubrir un cáncer.

La *evolución* es muy lenta, terminando en ocasiones en estenosis pilórica, por lo que no cabe otra solución en estos casos que el tratamiento quirúrgico con gastrectomía. Si hay permeabilidad el tratamiento puede ser médico ^{13 bis}, pero para ello hay que demostrar que no es un cáncer.

En las figuras que presentamos (13, 14 y 15)



Fig. 14.—Ha desaparecido la retracción de curvatura menor de la figura anterior disminuyendo la distancia antro-pilórica. Persiste el aspecto afilado de antro.



Fig. 15.—Imagen parecida a la anterior con disminución de la distancia antro-pilórica.

diagnosticaremos una reacción antral basada en la expresada gastritis.

Aunque estos procesos antrales deben ser considerados para el diagnóstico de cáncer de estómago, sólo tienen verdadero interés práctico para la mayoría de los clínicos las reacciones antrales por gastritis o úlcera de curvatura menor, en los que puede llegarse al diagnós-

tico con un estudio acabado apoyado en la experiencia. En las atresias musculares la solución es casi imposible en buen número de casos y sólo pisaremos un terreno más firme cuando visualicemos un nicho en curvadura menor. El carácter regular de los bordes y el límite neto entre la parte afecta y la sana, radiológicamente ^{13 bis}, con aspecto "benigno" de la pieza, no nos han servido en dos de nuestros casos, en los que se demostró un carcinoma. Creemos, pues, que en la mayor parte de las atresias debemos intervenir, pues si es desagradable equivocarse por exceso, constituye un error fatal el hacerlo por defecto.

Historia núm. 7. Q. P. D., de sesenta años. Visto el 28-XII-51.—Hace treinta años, tristeza epigástrica, que no detalla, un mes. Hace cinco meses, tristeza y pesadez al momento de comer, que dura una hora y pasa con eructos, como ardores, que le queman la garganta. Dos veces al día. Hace cinco días, dolor epigástrico durante varias horas, de noche, que calmaba tomando alimento. Eructos agrios y aguas de boca, de noche, sin sabor. Señala apéndice xifoides la pesadez y el dolor en región precordial. Dolor en epigastrio a la palpación.

Rayos X (20-XI-51).—Antro afilado, conducto pilórico muy alargado, con gran separación antro-pilórica (figura 13). 20-XII-51: Imagen parecida (fig. 14) con menor distancia antro-pilórica. En la radiografía de la figura 13 se aprecia una retracción de antro que desaparece en la figura 14, lo que podrá hacer pensar en una úlcera de incisura angularis que no se confirmó en la intervención. Atribuimos esta retracción a la perigastritis que acompañaba a la gastritis.

Evolución.—Después de un tratamiento con leche, cáma y tópicos de mucosa gástrica le vemos el 4-I-52. Estaba citado a los quince días. Ha estado bien hasta hace tres días, en que nota eructos que le queman la garganta, como antes, dos o tres veces por día. *Rayos X (4-I-52):* La misma imagen con menor distancia antro-pilórica (fig. 15).

"A priori" podíamos pensar en una hipertrofia de conducto pilórico por esta distancia antro-pilórica, pero su disminución y la anatomía patológica nos demostraron se trataba sólo de una reacción antral.

Jugo gástrico (1-XII-51).—Acido libre, 10 u. Total, 17 u. a los treinta y cinco minutos. A la hora y quince minutos 24 y 32 u. 15-XII-51: Bencidina en heces. Negativa. 1-XII-51: Velocidad de sedimentación, 9-24. Hematíes, 4.400.000. Valor globular, 1.

Intervención (doctor OBREGÓN, 14-I-52).—Gastritis erosiva en la zona señalada por la radiografía con engrosamiento de la pared gástrica. Resección Polya. *Anatomía patológica (doctor TOLEDO):* Gastritis atrofo-hipertrofica.

Evolución (13-IV-53).—Está bien desde la intervención. 8-III-54: Sigue bien.

RESUMEN.

Se estudian algunos de los procesos que radiológicamente dan imágenes pseudoneoplásicas.

Se hace referencia a aquellos que se consideran de más frecuente aparición o de mayor interés diagnóstico, como son las gastritis hipertroficas pseudoneoplásicas, perigastritis, espasmos gástricos y reacciones antrales, con presentación de radiografías que ilustran los citados procesos.

Se trata brevemente de las atresias fibromusculares.

BIBLIOGRAFIA

1. ALBROT, G. y MAGNIER, F.—Arch. Mal. Ap. Dig., 37, 560, 1948.
2. BANK, J.—Am. Jour. Dig. Dis., 13, 344, 1954.
3. BARDEN, R. P.—Am. Jour. of Roentg., dic. 1951.
4. BAS, H. y NICOLAS, P.—La Sem. des Hop., 29, 211, 1953.
5. BENEDICT, E. B.—Gastroenterology, 22, 642, 1952.
6. BERGERON, A. y MORA.—Arch. Mal. Ap. Dig., 42, 198, 1954.
7. CAMP, J. D.—Radiol., 16, 847, 1931.
8. CARAVATI, C. M., MAC MULLAN, J. M. y HOAD, T. R.—Southern Med. J., 45, 319, 1953. Ref. Gastroenterology, 26, 136, 1954.
9. CHEVALIER, R.—Lyon Med., 159, 89, 1937.
10. DUFOUR, P.—Journ. Rad. Elect., 30, 44, 1949.
11. FLOOD, CH. A.—Gastroenterology, 15, 399, 1954.
12. GUTMANN, R. A. y PETKOVITCH.—Le Documentaire Medical, feb. 1938. Cit. Bas.
13. GUTMANN, R. A.—Les syndromes douloureux de la région épigastrique, 1940.
- 13 bis. GUTMANN.—Rev. Esp. Enf. Ap. Dig. Nut., 11, 793, 1952.
14. GUTMANN, R. A.—Presse Médicale, 47, 636, 1945.
15. HOLSTI, O.—Acta Med. Scand., 76, 315, 1931. Cit. FLOOD.
- 15 bis. JENKINSON, W. H. y PFISTERER, R. C. y cols.—Th. Am. Jour. Roentg., 67, 2, 210, 1952.
16. LARA ROLDÁN, L.—Diagn. radiol. estómago y duodeno, pág. 48, 1947.
17. MAISA, P. A. y CENTENO, A. M.—Arch. Argent. Dig. y Nut., 21, 3, 1946.
18. MARKOF.—Gastroenterología, 79, 64, 1953. Ref. Gastroenterology, 26, 135, 1954.
19. PARTURIER, LAMNE GRACE y LE CANNUE.—Cit. ROBERT.
20. PORCHER, P. y BOURDON, R.—Encyclop. Med. Chirurg. Radiodiagnostic, 33, 120, A-10, 1954.
21. PRESSER.—Fortsch. auf. dem. Geb. der. Rontg., pág. 600, 1937. Cit. Bas.
22. RICKETTS, W. E., KIRSNER, J. B. y PALMER, W. L.—Gastroenterology, 8, 123, 1947.
23. ROBERT, H.—Encyclopedie Med. Chirurg. Digestif, t. 1, 9.031 bis, 1949.
24. SEÑORANS y LISCANO.—Cit. MAISA y CENTENO.
25. SPELLBERG, M. A. y BAKER, L.—Med. Clinics, N. Am., 41, Janv 1953. Ref. Gastroenterology 24, 579, 1953.
26. STIERLING.—Cit. LARA.
27. TEXTER, E. C., LEGERTON, C. W., REEVES, R. J., SMITH, A. G. y RUFFIN, J. M.—Gastroenterology, 24, 572, 1953.
28. VIDAL COLOMER, E. y BADOJA GASPAR, J.—Patología Médica de P. PONS, t. I, pág. 246, 1950.
29. WARMOES, M. F.—Journ. Belg. Gastroenterologie, 1 enero 1939. Cit. Bas.

SUMMARY

Some of the conditions that radiologically produce pseudoneoplastic images are studied.

Reference is made to those regarded as of more frequent occurrence or greater diagnostic interest, such as pseudoneoplastic hypertrophic gastritis, perigastritis, gastric spasms and antral reactions. The discussion is illustrated with roentgenograms.

Fibromuscular atresias are discussed briefly.

ZUSAMMENFASSUNG

Man untersucht einige von den Prozessen, die roentgenologisch Pseudo-Tumoren vortäuschen.

Man erwähnt vor allem diejenigen, die am häufigsten vorkommen oder für die Diagnose von grösstem Interesse sind, wie z. B. die hypertrophischen Gastritis, die Perigastritis, die Magenspasmen und die Reaktionen des Antrums. Beiliegende Roentgenbilder führen zur Erklärung der genannten Prozesse.

Die fibro-muskulären Atresien werden kurz behandelt.

RÉSUMÉ

On étudie certains des processus qui radiologiquement présentent des images pseudo-néoplasiques.

On fait référence à ceux que l'on considère de plus fréquente apparition ou d'un plus grand intérêt diagnostic, comme les gastrites hypertrophiques pseudo-néoplasiques, les périgastriques, les spasmes gastriques et les réactions antrales. On présente des radiographies qui illustrent ces processus.

On s'occupe brièvement des atresias fibromusculaires.

LA ANESTESIA EN EL RADIODIAGNOSTICO

A. ARRIEN ECHEVARRI.

Bilbao.

INTRODUCCIÓN.

El radiodiagnóstico, de día en día más prodigado dentro de la moderna medicina como medio de diagnóstico, precisa una vez de la analgesia local y otras de la anestesia general; por lo tanto, de la colaboración del anestesiólogo.

A manera de resumen, y sin detenernos en cada una de las técnicas de este medio de diagnóstico, exponremos nuestro criterio y proceder.

El anestesiólogo puede ayudar, con medios a su alcance, tanto al enfermo como al radiólogo; al primero, privando o aminorando sus molestias, fin principal del anestesiólogo, y al segundo, facilitando su labor; por lo tanto, su presencia va siempre en bien y seguridad del enfermo.

La técnica anestésica es variada y está íntimamente ligada al caso concreto: difiere el método, material, especialidades medicinales empleadas, posición, profundidad y duración anestésica.

La sustancia de contraste y el anestésico son tóxicos; el paciente, por una o ambas razones, recibe una intoxicación más o menos grande y por lo tanto no están exentos de peligro.

El estado general del enfermo y las complicaciones del material de contraste son otros factores que deberán estar en la mente del anestesiólogo experto, debiendo éste estar preparado para resolver accidentes o incidentes ligados a una y otra técnicas.

La anestesia tipo, casi en su totalidad, está encasillada dentro del capítulo de la anestesia ambulatoria.

LA RADIOSCOPIA.

Apenas tiene interés desde el punto de vista anesthesiologo. Para la radioscopia, rara vez se precisa del especialista en anestesia; en cambio, es frecuente su presencia para algunas técnicas de radiodiagnóstico, como sucede en la radiografía.

El especialista en traumatología precisa de anestesia para la visualización mediante radioscopia (criptoscopia) en la reducción e inmovilización de fracturas. En todas estas maniobras es conveniente la buena relajación muscular para su buena reducción. La analgesia local se emplea poco: consiste en la infiltración en el foco de fractura de novocaína o xilocaína al 2 por 100.

La anestesia general es la más usual, teniendo en cuenta la intervención, en su mayoría, de corta duración; el tipo de anestesia empleado es la anestesia ambulatoria, administrada en dosis regladas, mediante la vía venosa, respiratoria o combinando vías.

En la búsqueda de cuerpos extraños, a veces situados en los lugares más inverosímiles, una vez localizados mediante radioscopia, para su extracción se inicia la analgesia local, tópica o la anestesia general, conducida según el estado general del enfermo, edad, etc. En la vecindad o en las mismas vías aéreas la precaución nos señala la conveniencia de asegurar las vías aéreas mediante la intubación endotraqueal, llevada a través de las vías oral o nasal, mediante tubos transparentes a los rayos X (plásticos). Con la técnica señalada facilitamos la búsqueda del cuerpo extraño en óptimas condiciones de oxigenación, a veces dificultada por la exigencia de los cambios posturales.

Los accidentes o incidentes que pueden suceder van, por una parte, ligados a la lesión, a las maniobras terapéuticas, y por otra, a la misma anestesia. Entre los primeros, advertiremos el posible peligro de la embolia grasa, lesiones quirúrgicas; la radiación es de menor importancia por el corto tiempo de exposición y por la rareza de sensibilidad. Entre los segundos, están los ligados a toda anestesia.

LA RADIOGRAFÍA.

Las técnicas con material de contraste resultan más complicadas en contraposición a la simple radioscopia. Se precisa unas veces de anestesia exclusivamente para las exploraciones radiográficas (aquí la anestesia es para el radiólogo), pero otras veces éste se encuentra ante el paciente dormido, como sucede en las exploraciones preoperatorias (entonces la anestesia es para el cirujano), encontrándose el enfermo en circunstancias diferentes.

Se precisa de anestesia siempre que la intervención del radiólogo sea dolorosa, o ante el paciente aprensivo, o se precise de la inmovilidad