

NOTAS CLINICAS

CONTRIBUCION AL ESTUDIO RADIOLOGICO DEL POLO SUPERIOR DEL ESTOMAGO POR EL EXAMEN DE LA PARED: PARIETOGRAFIA

L. DE LARA, L. MASJUÁN y M. PADRÓN.

Clínica Médica Universitaria. Profesor: C. JIMÉNEZ DÍAZ.
Madrid.
Departamento de Rayos X.

El alto grado de exactitud diagnóstica en la radiología gástrica se ve disminuido al revisar los errores diagnósticos, generalmente por omisión,

tricto radiológico, que hacen especialmente difícil el diagnóstico en el polo superior gástrico, son bien conocidas—zona de paso y, por lo tanto, de no sedimentación del contraste, y la variabilidad, la falta de un patrón definido en las imágenes de mucosa—. El examen con insuflación Lysholm, las posiciones especiales (decúbitos, Trendelenburg, etc., etc.), son a todas luces insuficientes cuando no francamente desfavorables en la exploración (acúmulo del contraste con sobredistensión, quedando ocultos los detalles del relieve). Es por estas razones que los esfuerzos diagnósticos en esta zona se acrecientan por parte de los radiólogos con

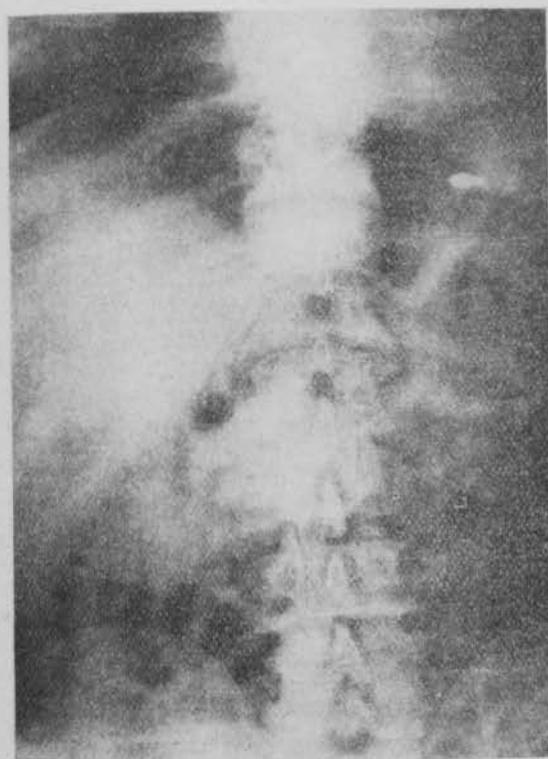


Fig. 1.



Fig. 2.

sión, en la zona correspondiente al fornic gástrico. Si algunos han pretendido encontrar condiciones favorables en el resalte de las imágenes a través de la cámara aérea, lo cierto es, para todo aquel con experiencia suficiente, que la interpretación de las imágenes en esta zona está erizada de dificultades, y esto en los casos que podríamos decir favorables, o sea, en los que el paso del contraste por cardias o determinadas desviaciones del aspecto habitual hacen pensar en la posibilidad de alteración a ese nivel. Las dos circunstancias, de índole es-

la esperanza de llegar a conseguir una exactitud pareja al resto de las regiones del estómago. Entre todos los procedimientos orientados en este sentido, destaca el emprendido en gran escala por PORCHER: la parietografía.

Es la parietografía un método exploratorio de gran utilidad cuando se trata de los procesos formativos que asientan en el fornic. Por él, nos es factible en gran cantidad de casos no sólo demostrar la existencia de un tumor, sino su exacta localización y extensión, ya que de esta forma no tendremos que limitarnos a la

contemplación del defecto de repleción que se produce por el bario en la cavidad del estómago, sino la representación completa de la masa, incluido el relieve, que produce sobre el contorno exterior o seroso, imposible de lograr con los contrastes. La imagen será real y no existirán diferencias de tonalidad, que pueden llegar incluso a tapar con la plenificación masiva tumores de pequeño tamaño situados en un plano medio.

Siguiendo el método descrito por PORCHER, nosotros venimos efectuando este tipo de ex-



Fig. 3.

ploración en todos aquellos enfermos con una historia sugestiva de existir una neoformación de localización alta y en los que los exámenes radiológicos del estómago con las técnicas corrientes (capa fina, insuflación, plenificación total, seriografía) son negativos.

En dos de los casos ha sido descubierta la existencia de neoformaciones malignas por este procedimiento, comprobadas posteriormente en el acto quirúrgico en el primer caso y por sección en el segundo.

La parietografía, que debe su nombre a MAKATO SAITO (1933), y que fué usada por COLIER (1920), y publicada posteriormente con cierta frecuencia por otros autores, entre ellos PORCHER (1947), con ligeras variaciones, en resumen se trata del llamado doble contraste gaseoso, con lo que es posible la exploración simultánea de la vertiente mucosa y serosa de la pared del estómago al quedar ésta sumergida en una atmósfera de gas, realizándose cortes tomográficos a fin de suprimir las imágenes de sumación que se superponen en profundidad, variedad ésta última introducida por GUERET y LAMBLING, que ha producido un gran aumento de utilidad de este método.

La técnica que hemos usado ha sido la siguiente: El enfermo es preparado el día anterior con enemas de limpieza y dieta apropiada para tratar de eliminar en

lo posible los gases en el colon, debiendo estar en ayunas. Nosotros hemos modificado la forma de obtener el neumogastro, ya que la insuflación por medio de una mezcla efervescente a base de ácido tartárico, y posteriormente bicarbonato de sosa, tiene el inconveniente de la ingestión de agua, además de que muchas veces es necesario repetir con insistencia hasta conseguir un perfecto resultado. Nos parece mucho mejor el sondaje con una sonda fina a través de la nariz, lo cual nos permite una insuflación exactamente controlada en todo momento de la cantidad de aire necesaria y evitar así los líquidos, incluso los naturales de hipersecreción, los cuales pueden ser aspirados previamente. En el momento de terminada la insuflación, y antes de empezar el examen tomográfico, retiramos la sonda hasta dejarla por encima del cardias en la forma que se observa en la figura 1, donde se percibe bien la oliva metálica en esa posición, dejándola de esta forma por si es necesario introducir más aire, por eructar el enfermo, o por salida al intestino a través de piloro. Inmediatamente después se hace un neumoperitoneo, cuyo volumen difiere según el sujeto, pero que suele variar de 800 a 1.300 c. c., el cual se debe controlar a radioscopía y efectuar siempre con el enfermo en decúbito hasta comprobar que ha desaparecido la matidez subhepática. Si se quiere ponerle en vertical se deberá hacerlo en posición inclinada primero y luego lentamente ir moviendo la mesa hasta conseguir la posición deseada.

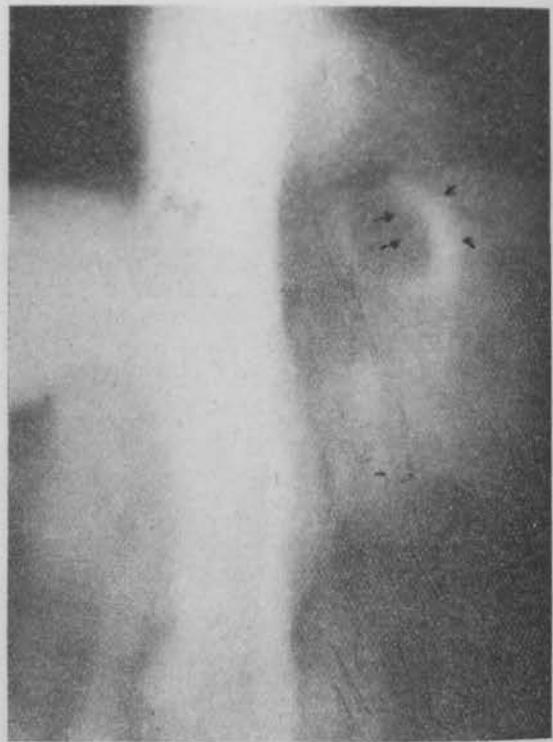


Fig. 4.

La obtención de las películas se hará con la técnica corriente de las planografías, haciendo una serie de planos de sondeo, ya que resulta difícil a veces la localización del polo superior del estómago, para posteriormente realizar otros intermedios, especialmente cuando se observa cualquier zona sospechosa, donde deberemos hacerlo de medio en medio centímetro, y para afinar aún más, se deben repetir dos de estos planos en inspiración máxima.

En los dos casos que a continuación exponemos las imágenes radiográficas con técnicas normales no eran conclusivas de la existencia de una neoformación y en ambos casos nos fué

de gran utilidad la parietografía, la cual nos permitió llegar a un diagnóstico radiológico exacto con comprobación operatoria posterior o de sección.

El primero de los casos tenía en resumen la siguiente historia clínica:

A. G. G., de cuarenta años de edad, casado, jornalero, natural de Zamora.



Fig. 5.

Hace tres años empezó con dolor en epigastrio con irradiación a la izquierda a la media hora de la comida, que cedia con los alimentos y alcalinos. Estas molestias eran diarias, encontrándose peor en otoño y primavera. El dolor es más intenso antes de la comida y lo refiere como "dolor de hambre". Buen apetito, pirosis, no vómitos ni náuseas, estreñido.

Desde hace un año el dolor es más intenso y frecuente; deposiciones negras, mejorando a los quince días. Así ha venido hasta hace un mes, en que se repite la melena con mareos y estado lipotímico, teniendo que guardar cama diez días. En la actualidad el dolor es más intenso con el mismo horario que antes y gran decaimiento. Buen apetito. Ha perdido en estos tres años diez kilos.

Antecedentes familiares y personales sin interés.

La exploración clínica de abdomen revela resistencia muscular; punto epigástrico y Mendel, fuertemente positivos.

En el análisis de jugo gástrico, respuesta baja a la histamina. En sangre: hematies, 4.220.000; valor globular, 1,07; leucocitos, 8.450; velocidad de sedimentación, 45 de índice.

En la exploración radiológica con técnicas corrientes no se apreció nada significativo.

En las parietografías, en los planos a 12 y 13 centímetros (fig. 2), se observaba en curvadura menor, en la zona de fornix, un festonamiento a nivel del contorno interno de la pared gástrica, así como del externo, que hacia sospechar la existencia de proceso neoforante.

En la intervención quirúrgica, llevada a cabo por el doctor GONZÁLEZ BUENO, hubo que hacer disección de esófago en su tercio inferior hasta el anillo diafragmático, donde existían pequeñas adenopatías blandas y negras, palpándose a través del diafragma el estómago,

donde se encuentra una masa dura en cardias que invade curvadura menor y porción terminal del esófago, masa fija, pero sin metástasis en hígado ni adenopatías. Se hizo resección de los dos tercios superiores del estómago, y del tercio inferior del esófago, con anastomosis término-terminal del esófago al antrum pilórico dentro del tórax. Curso postoperatorio, bueno. (Véase pieza resecada fig. 3.)

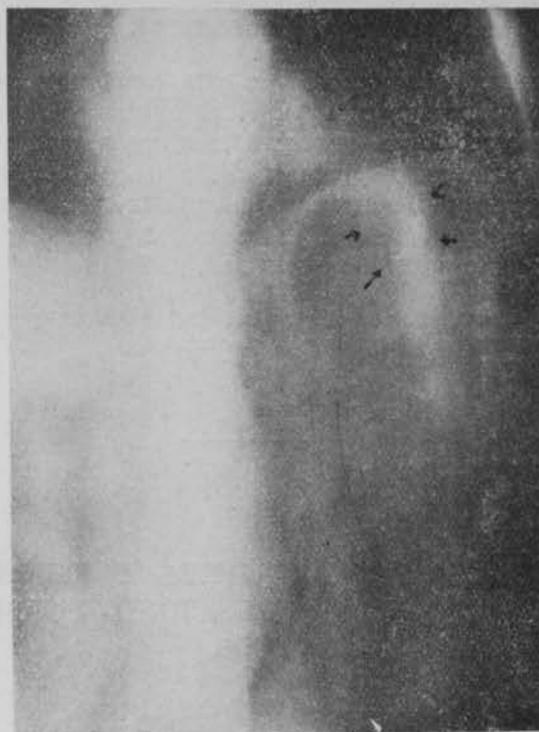


Fig. 6.

La historia de nuestro otro caso es la siguiente: E. P., de sesenta años de edad, casado, campesino, natural de Badajoz.

Desde hace cuatro meses, dolor continuo en hueco epigástrico que no se calma con los alimentos ni con los alcalinos, sin temporadas de mejoría, con pérdida

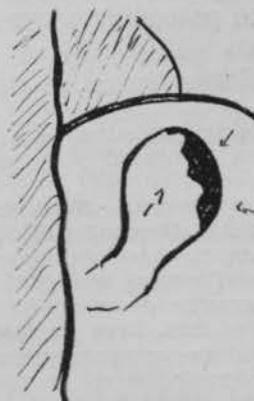


Fig. 7.

total de apetito y adelgazamiento de seis kilos desde el comienzo de su enfermedad.

En la exploración clínica únicamente presenta palidez de mucosas. Mendel, positivo; no se palpa hígado ni bazo.

Antecedentes personales y familiares sin interés.

El análisis de jugo gástrico presenta respuesta muy débil a la histamina con sangre macroscópica en las extracciones.

En sangre: hematies, 3.200.000; leucocitos, 6.300, con un índice de 52 de velocidad de sedimentación.

Las exploraciones radiológicas standard no revelaron la existencia de ningún signo sospechoso de infiltración en estómago, siendo la exploración de colon normal.

En las parietografías practicadas se observa en los planos, a 9 y 10 centímetros, y especialmente en el intermedio a 9 1/2 (figs. 4, 5 y 6), un engrosamiento evidente de la pared correspondiente a la curvadura mayor en fornic con irregularidad de contorno interno como se detalla en el esquema (fig. 7).

Queremos por medio de esta corta nota, y a la vista de los resultados obtenidos, el hacer ver la necesidad de tener siempre presente la utilidad de esta técnica radiológica, ya que con ella podremos conseguir una ayuda eficaz en el difícil diagnóstico de los procesos que asientan en el polo superior gástrico.

Damos las gracias al cirujano doctor ALBERT por su colaboración en los dos casos referidos.

ATELECTASIAS MULTIPLES Y ENFISEMA AGUDO POR INHALACION DE GASES TOXICOS

E. LÓPEZ-BOTET.

Profesor Adjunto.

Cátedra de Patología General. Profesor: CARMENA.
Sección de Alergia: Doctor LÓPEZ-BOTET.

Motivamos la presente nota clínica por las siguientes causas: 1.º Por tratarse de un caso de presentación poco corriente. 2.º Por lo rápido de su evolución gracias a los brillantes resultados de una terapéutica adecuada. 3.º Por los comentarios patogénicos que sugiere.

HISTORIA CLÍNICA.

Enfermo E. Rodríguez, de treinta y nueve años, casado, domiciliado en Campanar y de profesión artesano fabricante de juguetes.

Antecedentes personales. — No historia anterior de catarros de repetición. Bronquitis de fumador ligera (15 cigarrillos). Neumonía hace dieciocho años. Hace un año, pleuresia serofibrinosa que duró seis meses. Fue tratado con 20 gramos de estreptomicina. Aunque el enfermo no refiere más, lleva un informe del médico que le asistió en el que se aprecia en esquema, además de un derrame pleural discreto en fondo de saco diafragmático derecho, infiltrado apical del mismo lado.

Enfermedad actual. — Refiere que por utilizar agua-fuerte en una instalación muy primitiva respira con frecuencia la mezcla de vapores nítrico y sulfúrico. A lo largo de quince años, en cinco o seis ocasiones el viento se introdujo por el tubo de ventilación, invirtiendo el camino normal de los gases, sufriendo accesos de disnea que le duraron no más de cuatro o cinco minutos sin ocasionarle más molestias.

Fuera de estos accidentes, nunca la menor disnea de reposo o de esfuerzo, insistiendo el enfermo en que subía hasta un cuarto piso sin fatigarse.

El día anterior a la visita había trabajado con agua-fuerte más de lo habitual, respirando vapores de modo muy continuado. Durante el trabajo se inició una disnea intensa, que contra lo habitual no había cesado al salir al aire libre, y que se mantenía muy marcada al acudir a la consulta doce horas después. La tos, que siempre ha sido muy ligera, no se ha exacerbado. No percibe sibilancias subjetivas. Expectorata una saliva amarilla con olor de agua-fuerte. No hemoptisis. No fiebre. No ortopnea intensa. Dificultad inspiratoria y espiratoria.

Exploración. — Leptosómico; 1,72 altura; 62 kilos; pupilas, normales; pulso rítmico, depresible, 90/minuto; presión arterial: 9 máxima y 6,5 mínima; matidez cardíaca, borrosa a la percusión; tonos, normales.

Aparato respiratorio. — Tórax, en forma de tonel, marcadísimo (fig. 1). Refiere el enfermo que esta de-



Fig. 1.

formación se ha instalado lenta y progresivamente a lo largo de los quince años que lleva trabajando en su oficio y respirando gases irritantes. Cartílagos costales, semiosificados. Ángulo epigástrico, 110º. Inspiración corta y espiración prolongada con contracción forzada de la prensa abdominal. Depresión inspiratoria supraclavicular y esternal. Percusión en caja de cartón, más marcada en las zonas superiores de ambos hemitórax. Estertores crepitantes y de medianas burbujas de intensidad media en ambas bases.

Exploración funcional. — Cap. vital, 1.500 cm³. Tiempo de apnea diferencial, 4". Número de resp. por minuto, 36. Presión alveolar máxima, 7 cm. Hg. Máxima velocidad espiratoria, 3 lit. por segundo. Aire residual, 2.750 cm. Movilidad máxima de bases, 1 cm. Movilidad máxima de perímetro torácico, 4 cms.

Examen radiológico (fig. 2). — Imagen masiva de sombras circulares confluentes en ambos hemitórax. Las únicas zonas claras corresponden a ambas bases y vértice de lado izquierdo. En el vértice derecho se observa imagen cicatrizal de infiltrado antiguo. El fondo de saco pleural derecho, con sínfisis evidente.

Aun cuando el antecedente tuberculoso y el cuadro radiológico, podían sugerir a primera vista una tuberculosis pulmonar evolutiva con un brote bronconeumónico favorecido por la inhalación de cáustico, preferimos diagnosticar atelectasias múltiples con enfisema reactivo y probable edema pulmonar de origen cáustico. Nos basamos fundamentalmente para ello en la falta de fiebre, la falta de esputo y el silencio auscultatorio.

Se instituyó un tratamiento local con antibióticos: penicilina, 400.000 unidades diarias, y estreptomicina.