

REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Volumen XXII

Bogotá, marzo-abril de 1954

Nos. 9 y 10

Director:

Doctor CARLOS MARQUEZ VILLEGRAS, Decano de la Facultad.

Jefe de Redacción: Profesor Francisco Gnecco Mozo.

Comité de Redacción:

Profesor J. Hernando Ordóñez, Profesor Jorge Bernal Tirado,
Profesor Agregado José A. Jácome Valderrama.

Administradores: Rodrigo Caro Molina, Emiro Bayona Solano.

Dirección: Facultad de Medicina—Ciudad Universitaria—Bogotá.
Apartado Nacional N° 400

RADIOLOGIA DE LA ULCERA PEPTICA¹

Por el doctor José A. Jácome Valderrama.
Profesor Agregado de Clínica Quirúrgica.

Es la radiografía el método que ha dado mayor luz en el diagnóstico de la úlcera péptica en los tiempos modernos.

Si bien es cierto que la radiografía de vías digestivas se basa en la interpretación de las sombras que da la sustancia de contraste, al llenar las distintas cavidades del tubo digestivo y no de la imagen misma del órgano, que es transparente a los rayos X, sin embargo, los conocimientos modernos han llevado al clínico a escudriñar y darles valor a los menores signos que aparezcan en una radiografía digestiva.

Evidentemente, sucede muchas veces que al estudiar radiografías antiguas, que en la época en que fueron tomadas se diagnosticaron como normales, hoy aparecen con signos evidentes de una lesión netamente definida. Y es por eso que hoy se diagnos-

¹ Corresponde al Capítulo IV de la tesis: "Ulcera Péptica. Contribución a su Estudio Clínico en Colombia", presentada por el autor para optar al título de Profesor Agregado.

tique con mayor frecuencia la úlcera péptica. Aunque puede aceptarse que la lesión en sí sea más frecuente en nuestros tiempos, ese aumento de la incidencia corresponde también a que los estudios radiográficos se hacen en mejores condiciones que antes, y se estudian aún mejor.

Al hablar de radiología digestiva no sólo nos referimos a los métodos radiográficos, es decir, a las placas radiográficas, tomadas en un instante dado, sino también a la fluoroscopia, que da datos tan importantes y útiles en un diagnóstico. Por eso habremos de detenernos en cada uno de estos métodos radiológicos.

Bien puede parecer que el clínico o el cirujano no deben empaparse a fondo en la interpretación radiográfica, dependiendo exclusivamente de los conceptos que ofrezca el radiólogo. Este es, a nuestra manera de ver, uno de los errores capitales, pues es el clínico o el cirujano, quien conociendo a fondo la historia clínica, los síntomas y los signos de cada caso, puede hacer una interpretación mejor del estudio radiológico. Por eso consideramos que es al mismo clínico o cirujano a quien corresponde hacer el diagnóstico radiográfico, y consideraríamos un gran avance para nuestra medicina, el día en que los médicos salieran de las aulas universitarias en condiciones de poder hacer una interpretación correcta de un estudio radiográfico de vías digestivas, sin tener que atenerse, como sucede hoy en la mayoría de las veces, al concepto del radiólogo.

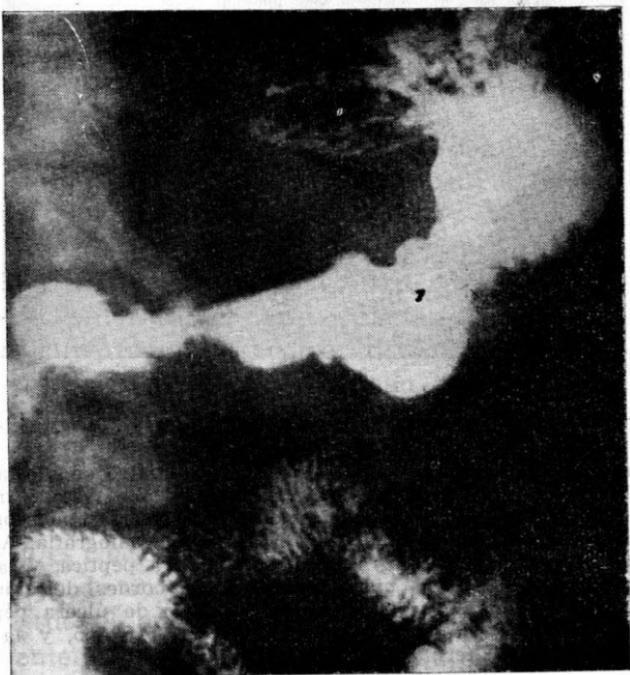
Relacionando los métodos radiológicos exclusivamente al diagnóstico de la úlcera péptica, tendremos que aceptar que tanto la fluoroscopia como la radiografía son de inmenso valor. Tan importante es esto, que en los Estados Unidos se considera que todo gastroenterólogo idóneo debe saber manejar un aparato de rayos X, hacer fluoroscopia en forma correcta y saber tomar radiografías según las diversas técnicas.

La fluoroscopia es el medio por el cual estudiamos el estómago y duodeno en actividad y como entidades vivas. Las placas radiográficas son las fotografías que captan momentáneamente los instantes o períodos porque pasan estos órganos. Sin embargo, es lógico suponer que en la fluoroscopia se escapan infinidad de detalles, pues el ojo humano, dentro de su máxima perfección, no alcanza a registrar y retener imágenes cambiables y que varían de un momento a otro.

Pero si la fluoroscopia no da esos detalles mínimos que sí pueden quedar impresos en una placa radiográfica, ella sí permite observar la manera como se llena el órgano, la forma en

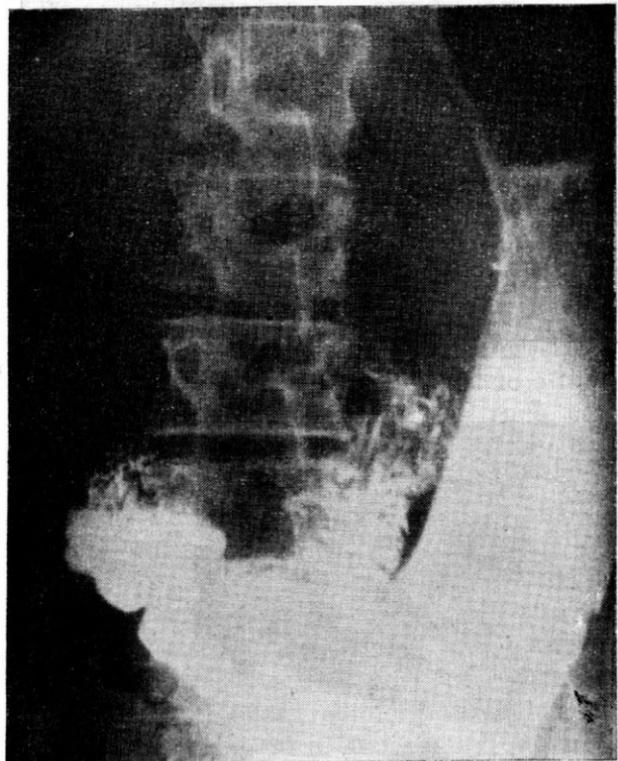


RADIOGRAFIA NUMERO 9



RADIOGRAFIA NUMERO 10

Ulcera gástrica benigna penetrante. — J. A. Presenta signos y síntomas característicos de úlcera péptica. Se trata con Robuden, por vía parenteral y oral, lográndose curación comprobada a la radiografía. Un mes después vuelven a presentarse los mismos síntomas, y en el nuevo examen radiográfico, al cual corresponden estas placas, vuelve a observarse la presencia de un nicho amplio, localizado en la pequeña curva, un poco por encima de cisura angularis. Por ser un nicho de base amplia y bastante profundidad, además de ser un caso reincidente, se resuelve operar, y se practica una gastrectomía subtotal. La pieza anatómica y el examen anatomo-patológico demuestran que se trata de una úlcera gástrica benigna, que ha penetrado las capas mucosa y muscular.



RADIOGRAFIA NUMERO 11

Ulcera gástrica benigna. — M. L. de S. Hace cuatro años esta paciente sufrió de una úlcera duodenal, la cual fue tratada médicaamente, lográndose su cicatrización, comprobada radiológicamente y corroborada, además, por la presente radiografía. Ahora vuelve a presentar signos y síntomas de úlcera péptica, y la radiografía demuestra un nicho pequeño, de bordes definidos y poca profundidad. Se trata, pues, de un caso de úlcera péptica reincidente. Nuevamente se hace tratamiento médico, y la enferma cura perfectamente.

DIAGNOSTICO AUTOMÓVIL

En la radiografía número 11 se observa un nicho gástrico que es compatible con una úlcera péptica. La paciente M. L. de S. tiene una historia de cuatro años de una úlcera duodenal que se trató y se curó. Ahora vuelve a presentar signos y síntomas de úlcera péptica. La radiografía demuestra un nicho pequeño, de bordes definidos y poca profundidad. Se trata, pues, de un caso de úlcera péptica reincidente. Nuevamente se hace tratamiento médico, y la enferma cura perfectamente.

que progres a la comida, los movimientos que desarrolla el estímulo, el comportamiento de los esfínteres y tantos otros de tales más.

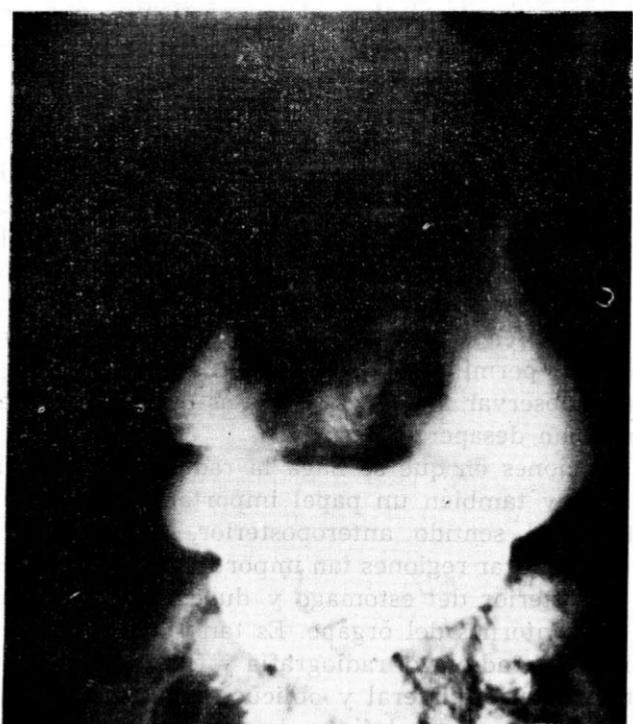
Hoy en día, la técnica radiográfica ha logrado un avance admirable en su perfeccionamiento, al asociar la fluoroscopia con la radiografía, mediante la seriografía —Spot film de los americanos— mediante el cual, al mismo tiempo que se va haciendo la fluoroscopia, pueden irse disparando películas radiográficas que harán perdurar imágenes que el radiólogo consideró importantes para el diagnóstico.

Y dentro de las mismas técnicas radiográficas se han hecho también avances muy importantes, que permiten hoy día diagnosticar lesiones que de otra manera sería imposible observar. La radiografía con compresión es entre ellas una de las más valiosas. Existen varios dispositivos exclusivamente diseñados con el fin de hacer compresión sobre un órgano, de tal manera que dejando una capa muy delgada de la sustancia de contraste en su interior, permitan observar el dibujo de los pliegues de la mucosa u observar imágenes ulcerosas que con una capa más gruesa pasarían desapercibidas.

Las posiciones en que se haga la radiografía o la fluoroscopia juegan hoy también un papel importante. Antes se hacían solamente en el sentido anteroposterior, dejando, por consiguiente, sin explorar regiones tan importantes como son las caras anterior y posterior del estómago y duodeno y observando solamente los contornos del órgano. Es tan obvia la razón de que hoy se exija del radiólogo, radiografía y fluoroscopia en los sentidos anteroposterior, lateral y oblicuo, como que si un individuo pretendiera conocer el físico de una persona con una fotografía de perfil, solamente, sin observarla también de frente y en otras posiciones, para definir así los rasgos fisonómicos, que varían considerablemente de un ángulo de observación a otro.

Si bien es cierto que tanto la úlcera gástrica como la duodenal dependen de una misma causa y ofrecen sintomatología tan similar, desde el punto de vista radiológico deben estudiarse independientemente, ya que cada una de ellas ofrece imágenes y signos perfectamente definidos y distintos.

Ulcera gástrica. Siendo la localización más frecuente de la úlcera gástrica sobre la pequeña curvatura, lógicamente esta región ha de ser la mejor estudiada. Pero no debe olvidarse que la úlcera gástrica puede localizarse también sobre cualquiera de las caras del estómago, particularmente sobre la cara pos-



RADIOGRAFIA NUMERO 12

Ulcera gástrica benigna. Contractura espasmódica. Estómago en reloj de arena o biloculado. — V. R. Signos y síntomas de úlcera péptica con gran hiperacidez. Se hace tratamiento médico a base de dieta estricta. Alcalinos (Gel. de hidróxido de aluminio), fenobarbital y belladona. Se obtiene curación.

Este caso es de una paciente de 25 años de edad, que se presentó con dolor epigástrico de tipo contracturante, que se intensificaba en la noche y se aliviaba con la ingesta. Los síntomas se presentaron de forma intermitente durante 6 meses, con una duración de 1 a 2 horas. Los episodios de dolor eran más intensos en la noche y se aliviaban con la ingesta. La paciente también presentó náuseas y vómitos. Se realizó una radiografía abdominal que mostró una lesión ulcerativa en el estómago. Se realizó un procedimiento quirúrgico para la curación de la úlcera. La paciente mejoró clínicamente y se despidió de la clínica en buenas condiciones.

terior y en cualquiera de los esfínteres, ya sea el píloro o el cardias.

La imagen característica de la úlcera gástrica es el nicho.

El nicho, descrito inicialmente por Hodek, es una imagen que desborda el contorno gástrico y que se presenta como una saliente de bordes netos y que persiste en todas o en casi todas las placas que se tomen, situándose siempre en el mismo sitio. Esta imagen es producida al penetrar dentro de la cavidad de la úlcera la sustancia de contraste y permanecer allí retenida.

Un ejemplo claro del nicho de una úlcera gástrica es el que se observa en la radiografía número 9, que se repite exactamente en la radiografía número 10.

La imagen del nicho de la úlcera gástrica simple benigna presenta bordes netos y contornos bien limitados, lo cual la diferencia de la úlcera cancerosa, la que puede presentarse con bordes irregulares y poco nítidos, debido a las anfractuosidades que la tumoración puede ofrecer.

Ulcera gástrica benigna penetrante. En cuanto al dibujo mismo de la úlcera es frecuente observar, como se ve en la radiografía número 9, que el fondo de la úlcera es más nítido que el cuello, donde la densidad de la sustancia de contraste es menor, debido al reborde un poco engrosado por el edema inflamatorio que tiene la úlcera. Este es otro de los signos que sirven para diferenciar la úlcera benigna simple de la úlcera cancerosa.

La imagen del nicho puede también indicar el tipo de la úlcera. Ulceras profundas, que han penetrado la capa mucosa y la muscular, darán un nicho más grande que las úlceras de la mucosa solamente.

En la radiografía número 11 se observa un pequeño nicho en la pequeña curvatura, sobre el tercio superior de la porción vertical. Es un nicho de bordes netos, bien delimitados y de poca profundidad, lo que indica que solamente ha penetrado la mucosa.

Además de la imagen del nicho, existen otras características inherentes a la úlcera gástrica. Se observa, por ejemplo, el espasmo de la gran curvatura del estómago, en el sitio exactamente opuesto al sitio de localización de la úlcera, como puede observarse en la radiografía número 12. Corresponde esta imagen a la contractura muscular del estómago, producida por la irritación de la úlcera misma. Puede ser tan intensa esta contractura que en ocasiones presenta la imagen de un estómago biconulado, llamado también "estómago en reloj de arena" por el



RADIOGRAFIA NUMERO 13



RADIOGRAFIA NUMERO 14

estrangulamiento que presenta en su parte media, como puede observarse en la radiografía número 13.

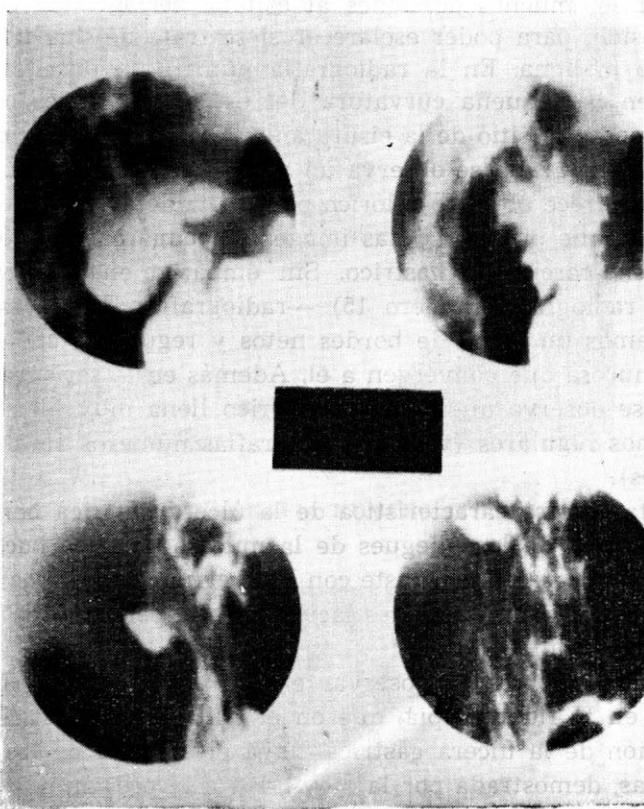
En el estudio radiográfico de la úlcera gástrica es necesario recurrir en muchas ocasiones al estudio seriográfico mediante compresión, para poder esclarecer si se trata de una úlcera benigna o maligna. En la radiografía número 14 observamos un nicho en la pequeña curvatura del estómago, correspondiendo exactamente al sitio de la cisura angularis. Si bien es cierto que en esta radiografía se observa un nicho de bordes netos, la imagen que ofrece el antro pilórico puede inquietar, por el mal llenamiento que presenta y las imágenes lacunares, características del adeno-carcinoma gástrico. Sin embargo en la seriografía, (véase radiografía número 15) —radiografías inferiores c, d,— observamos un nicho de bordes netos y regulares, con pliegues de la mucosa que convergen a él. Además en la seriografía duodenal, se observa que el antro pilórico llena muy bien y es de contornos regulares (véanse radiografías números 15 a y b, superiores).

Esta es otra característica de la úlcera gástrica benigna: la convergencia de los pliegues de la mucosa gástrica hacia el nicho de la úlcera en contraste con la irregularidad de los pliegues de la mucosa y las imágenes lacunares que persisten en la seriografía con compresión.

Es muy importante observar en la radiografía y particularmente en la fluoroscopia, que en el sitio de implantación o localización de la úlcera gástrica, haya elasticidad de las paredes gástricas, demostrada por la movilidad a la presión que se haga. Sin embargo, hay ocasiones en las que presentándose un nicho penetrante que ha tratado de perforar también la capa serosa, se forman adherencias que hacen que la zona periulcerosa se vea un poco rígida. Sin embargo, aún en estos casos, es muy diferente la rigidez del tumor maligno, a la rigidez de la inflamación adherencial periulcerosa en los casos benignos, pues en los primeros generalmente hay imágenes de líneas rudas e irregulares, mientras en las segundas, son de líneas nítidas y francas.

Finalmente, hay casos en que la úlcera gástrica no se ve a la radiografía, aun cuando esté situada en el reborde mismo de la pequeña curvatura gástrica. Son estos los casos de úlceras de poca profundidad, que apenas afectan la capa mucosa.

Por ejemplo, en la radiografía número 16 no se halla ninguna imagen franca de una úlcera gástrica. Solamente se apre-



RADIOGRAFIA NUMERO 15

Ulceras gástrica y úlcera duodenal simultáneas. — J. N. Ch. Paciente con sintomatología aguda de úlcera péptica. En la radiografía número 14 se observa nicho en la pequeña curva, cisura angularis, y la imagen duodenal con compresión presenta la imagen del nicho duodenal y buen llenamiento del antro pilórico. Radiografía 15-b, otra fase de la seriografía duodenal. Radiografías 15-c y d, nicho de la úlcera gástrica, pliegues normales de la mucosa gástrica, que convergen a la úlcera.

cia una cierta rigidez en el tercio medio de la porción vertical de la pequeña curva, donde existía una úlcera.

Además de los signos radiográficos que hemos descrito, pueden presentarse también otros signos secundarios, como son la retención gástrica, producida por espasmo pilórico y que en casos avanzados llega a la atonía gástrica y a la ptosis. Esto es más frecuente en las úlceras pre-pilóricas, cuando por su vecindad al esfínter llega a producir un espasmo muy intenso de éste.

Si bien es cierto que el cáncer gástrico puede llegar a producir también estos signos de retención, atonía y ptosis gástrica, para diferenciarlo puede tenerse en cuenta lo siguiente:

En la úlcera gástrica se encuentran perfectamente libres, netos y definidos, todos los contornos del estómago; la hipotonía y atonía gástrica sólo se presentan en casos muy antiguos, y la ptosis es ya una complicación tardía.

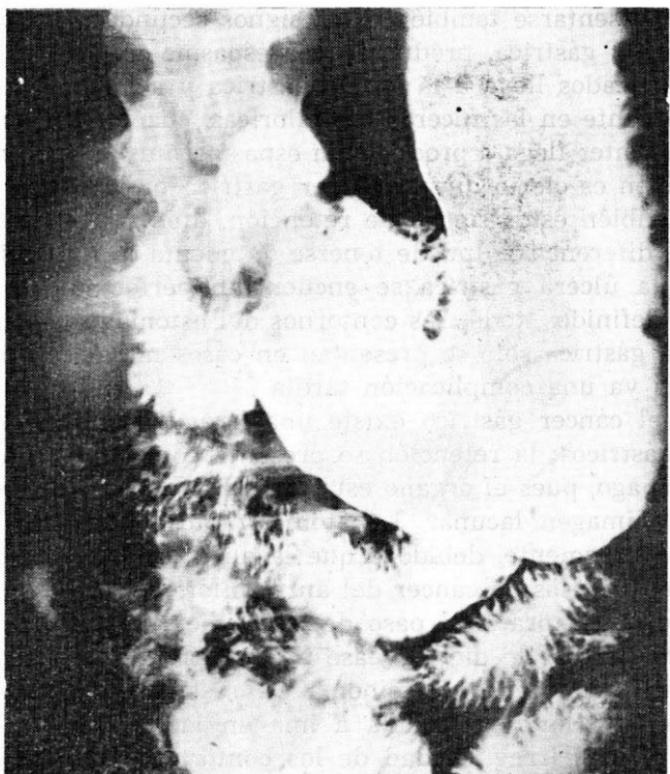
En el cáncer gástrico existe una irregularidad en los contornos gástricos; la retención se presenta como una amputación del estómago, pues el órgano está como recortado y es frecuente hallar la imagen lacunar. La atonía y ptosis gástricas se presentan precozmente, debido a que la obstrucción, en la generalidad de los casos de cáncer del antró pilórico, viene a provocar obstrucción temprana al paso de los alimentos.

Para ilustrar lo dicho, véase radiografía número 17, correspondiente a un adeno-carcinoma del estómago, donde se ve obstrucción pilórica, asociada a imagen lacunar de la porción del antró y la irregularidad de los contornos gástricos en este sitio.

Úlcera duodenal. Si bien es cierto que la úlcera duodenal es mucho más frecuente que la úlcera gástrica, también lo es que la variedad de imágenes radiológicas que la primera puede presentar, hace su diagnóstico sea más difícil.

En la úlcera gástrica la presencia del nicho es elemento casi indispensable para el diagnóstico radiográfico; en cambio, en la úlcera duodenal es raro observar un nicho en el reborde del contorno duodenal, la mayoría de las úlceras duodenales se localizan en las caras anterior o posterior del bulbo duodenal, y de ahí que la imagen que se halle a los rayos X sea solamente una deformación del bulbo producida por el espasmo, en la gran mayoría de los casos.

Por eso la gran importancia de la seriografía con compresión del bulbo duodenal cuando se sospecha una úlcera de esta región. Talvez sea audaz decir que un radiólogo que no esté en posibilidad de hacer compresión duodenal y seriografía, no está



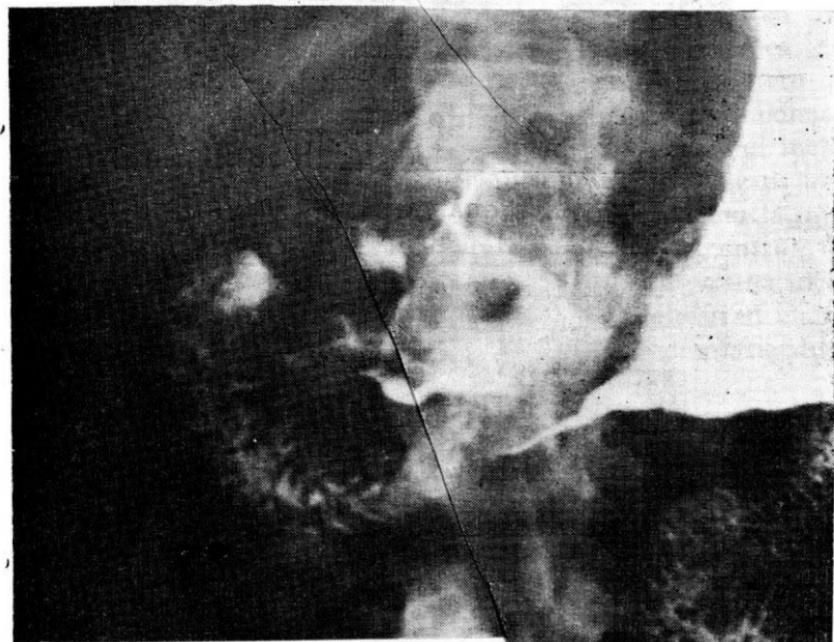
RADIOGRAFIA NUMERO 16

Ulcerá gástrica con degeneración carcinomatosa "in situ". — A. de V. Paciente que presenta hace doce años fenómenos típicos de ulcerá péptica. Acidografía muy elevada tanto en la curva de HCl libre como de acidez total. Aunque la radiografía no da ninguna imagen clara definida, se indica la intervención quirúrgica, luego de ver fracasar la terapéutica medicamentosa, que sólo alivia la náusea y el vómito, dejando persistir el dolor. En el acto quirúrgico no se observa nada patológico, pero dada la sintomatología persistente de la enferma se hace gastrectomía subtotal amplia. La pieza anatómica demuestra la presencia de una ulcerá de poca profundidad, localizada en la pequeña curvatura, 2 centímetros por debajo del sitio en que se hace la resección. El examen anatomo-patológico indica que se trata de una ulcerá gástrica, en cuyo fondo se comienza a desarrollar un adenocarcinoma. No habiendo invasión maligna de los planos vecinos, ni de los linfáticos, se considera como un adenocarcinoma "in situ".

en capacidad de hacer un diagnóstico de úlcera duodenal. Pero ello es evidente, ya que sólo mediante la compresión puede descubrirse la presencia del nicho ulceroso en el duodeno.

Un bulbo duodenal normal se presenta siempre con la imagen de gorro frigio, de contornos perfectamente netos y definidos.

Cualquier deformación en los contornos del bulbo duodenal es sugestiva de úlcera duodenal. De ahí que si apareciese una imagen deformada y que persiste en varias placas corrientes, deberá procederse a hacer seriografía con compresión.

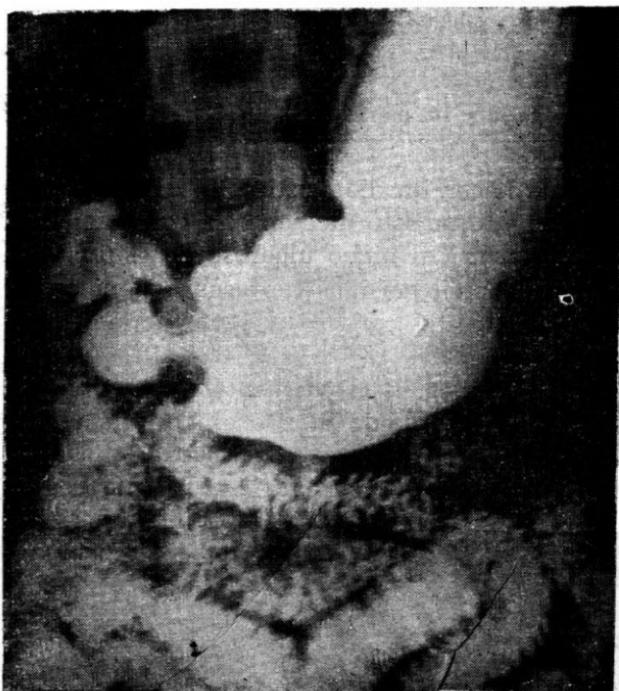


RADIOGRAFIA NÚMERO 17

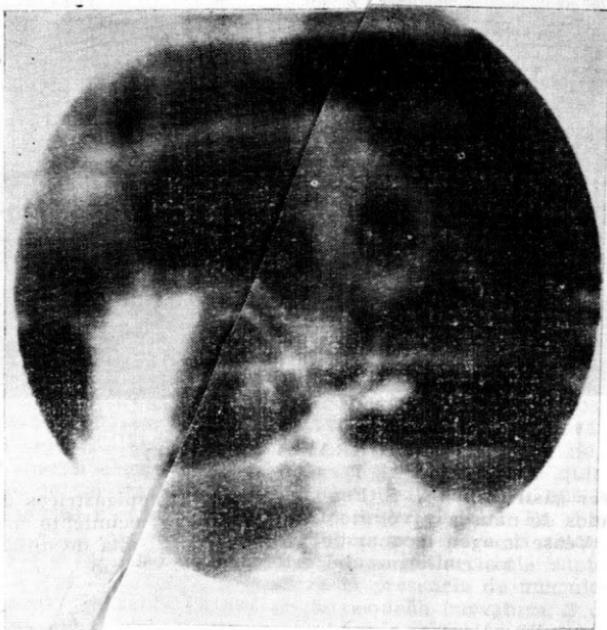
Cáncer gástrico. — A. S. Fenómenos dolorosos epigástricos acompañados de náusea y vómito frecuentes. Enf. quecimiento progresivo. Véase imagen lacunar del antro pilórico. falta de nitidez en los contornos del estómago en ese sitio.

Aún más, sería de desecharse que en todo estudio radiográfico de vías digestivas se incluyera necesariamente la seriografía duodenal, pues sin ella se carece del mejor medio diagnóstico de las afecciones duodenales por medio de los rayos X.

Al encontrarse alguna deformación en el contorno o en la densidad del bulbo duodenal, debe pensarse siempre en una



RADIOGRAFIA NUMERO 18



RADIOGRAFIA NUMERO 19

Ulceras duodenal. Imagen en trébol. — A. G. Paciente con signos clásicos de cadera péptica aguda. En la radiografía standard solamente se la imagen en trébol. En la seriografía se observa el nicho central que corresponde a la úlcera. Este caso fue tratado médica y se obtuvo curación completa, sin reincidencias, a los cuatro años.

úlcera duodenal, y para esto, debe tenerse un criterio similar al de la reacción de Wassermann, es decir, que una imagen positiva, es de más valor que varias imágenes negativas.

En la seriografía con compresión (spot films) no sólo pueden apreciarse las deformaciones que aparecen en las placas standard, sino también aparece el nicho en la mayoría de ellas. Como el medio de contraste se encuentra distribuido en capa muy delgada, es lógico que se vea de mayor densidad en las anfractuosidades, erosiones o úlceras que lo retienen.

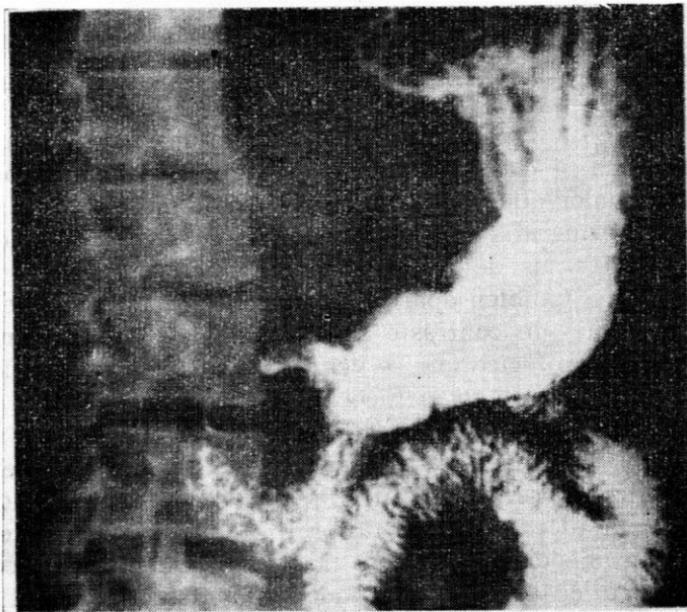
La imagen clásica de la úlcera duodenal, o por lo menos la que ha sido descrita desde más antiguo, es la imagen en trébol. Esta imagen se produce por la contractura espasmódica que provoca una ulceración central. En la radiografía número 18 vemos una imagen perfecta en trébol de una úlcera duodenal. Sin embargo, en esta radiografía no podemos apreciar el nicho ulceroso. No obstante, en la radiografía número 19, que es una seriografía duodenal con compresión, vemos reproducida la misma imagen en trébol, así como también un nicho central, de donde parten las hojas del trébol y que corresponde a una úlcera. Estas placas son de un mismo enfermo y demuestran claramente la importancia de las dos variedades de radiografía duodenal.

La falta del llenamiento del bulbo en las placas corrientes o standard es otro de los signos para el diagnóstico de la úlcera duodenal. La úlcera provoca un espasmo persistente, que hace que esta parte del intestino no se mantenga llena en ningún momento.

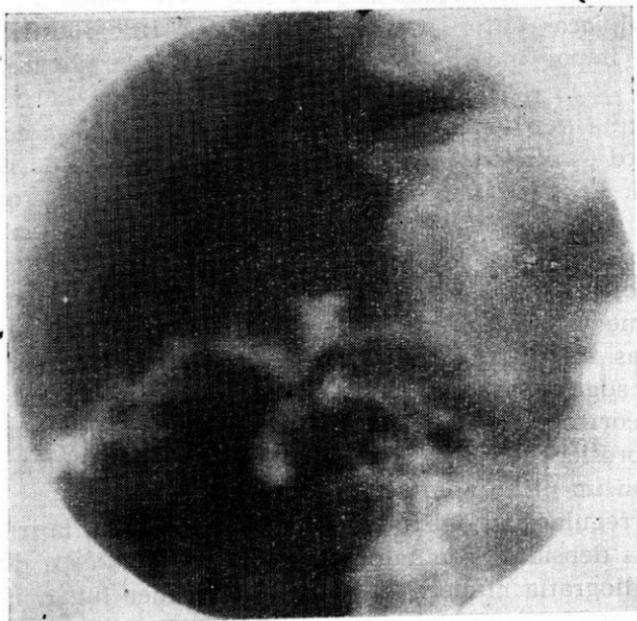
Por ejemplo en la radiografía número 20 se ve el estómago perfectamente lleno y también que la comida opaca pasa bien a las asas intestinales. Sin embargo el bulbo duodenal no se llena. Es sugestivo de úlcera duodenal. En la radiografía número 21, que corresponde a la misma persona, y es una seriografía con compresión, se observa, sin embargo, la imagen en trébol del bulbo, con un nicho neto central.

La irregularidad del contorno bulbar, así como la irregularidad de la densidad, son también signos de la úlcera duodenal. En la radiografía número 22 vemos, en primer lugar, un bulbo duodenal que se llena mal, que tiene un contorno irregular y que su densidad varía de una parte a otra. En la seriografía número 23, que corresponde al mismo paciente, puede descubrirse el nicho ulceroso.

Cuando el bulbo duodenal no puede diferenciarse y esta imagen se asocia a una retención gástrica, asociada al espasmo



RADIOGRAFIA NUMERO 20



RADIOGRAFIA NUMERO 21

Ulcer duodenal. Falta de llenamiento del bulbo. — A. L. Ch. Síntomas persistentes ulcerosos hace largo tiempo. La paciente es una gran fumadora, quien no se somete a una dieta estricta para el tratamiento. Mejoría.

pilórico, debe pensarse también en una úlcera duodenal. Por ejemplo, en la radiografía número 24 hallamos un estómago lleno, que retiene y deja pasar con dificultad la comida baritada, por el espasmo pilórico que existe. El bulbo no puede diferenciarse claramente y es sugestivo de úlcera duodenal, la cual se comprueba en la seriografía con compresión (radiografía número 25), donde se ve la imagen estrellada del bulbo, formada por pliegues convergentes de la mucosa duodenal en el nicho ulceroso.

La retención gástrica, asociada al espasmo pilórico, y estenosis, llega en ocasiones a provocar atonía gástrica intensa, la que trae como consecuencia estados de ptosis gástrica de mayor o menor intensidad. De ahí que esta imagen, aun cuando no se vea siquiera el bulbo duodenal, debe sugerir al clínico la posibilidad de una úlcera duodenal.

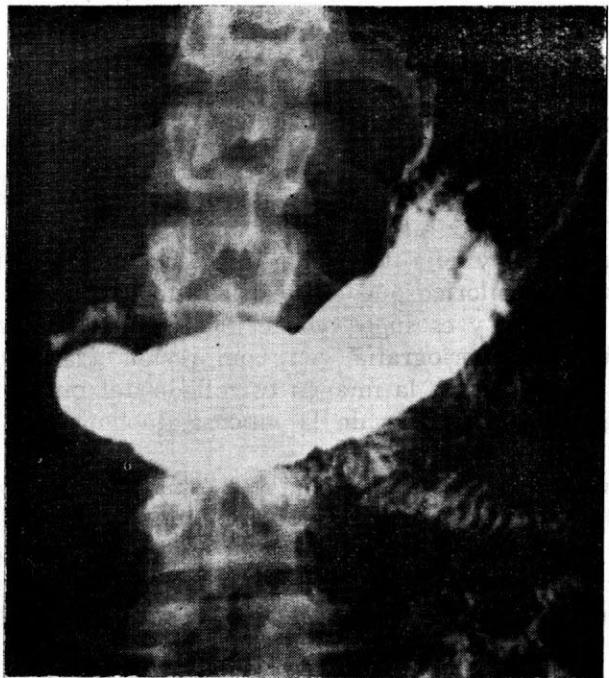
Las ptosis gástricas esenciales, sin causa alguna, no pueden aceptarse hoy día como entidad patológica individual, pues a la luz de los conocimientos modernos, siempre son consecuencia de otra lesión, que en la mayoría de los casos corresponde a una úlcera duodenal.

La radiografía número 26 muestra una estenosis pilórica completa, con atonía gástrica y gran ptosis. No se alcanza siquiera a visualizar el bulbo duodenal, pero la imagen sugiere una úlcera duodenal, por los fenómenos secundarios que han aparecido: hay espasmo pilórico completo que ha provocado una verdadera estenosis. Aun cuando hay ondas peristálticas, existe un estado de hipotonía. Suelen observarse pliegues gruesos de la mucosa gástrica, sugestivos de gastritis. Y sobre todo, es de anotarse la gran dilatación gástrica y la ptosis, ya que llega el estómago hasta el pubis.

La imagen estrellada, o en estrella, que aparece en las seriografías del bulbo duodenal, es característica de un proceso ulceroso. Corresponde esta imagen a que los pliegues de la mucosa duodenal convergen en el sitio de la úlcera y en las placas lo-gradas con compresión se identifica perfectamente el sitio de la úlcera.

En la radiografía número 27 se puede observar la presencia de un nicho ulceroso en el duodeno, y que de allí parten estrías o radios, que hacen que se vea la imagen de una estrella.

La deformación irregular del bulbo corresponde por lo general a úlceras duodenales, que, o bien han producido adherencias en las zonas circunvecinas, o bien están en un proceso de actividad tal, que producen edema y congestión de la mucosa.



RADIOGRAFIA NUMERO 22



RADIOGRAFIA NUMERO 23

Ulcera duodenal. Irregularidad del contorno y de la densidad del bulbo. — A. E. Paciente muy nervioso y que presenta signos agudos de úlcera péptica. Se trata médicaamente y cura perfectamente, manteniéndose el buen estado, sin reincidencias.

En la radiografía número 28 observamos una saliente persistente en todas las placas que se tomaron a este paciente y que corresponden a un nicho ulceroso localizado en el reborde inferior del bulbo duodenal. Existe allí gran engrosamiento de los pliegues mucosos, lo que corresponde al edema de la mucosa. Es frecuente esta imagen en los ulcerosos muy antiguos.

La imagen diverticular del bulbo duodenal sugiere por lo general una úlcera duodenal que habiendo penetrado las capas mucosas, musculosa y serosa, forma una neo-cavidad, bien sea en el páncreas o bien en cualquiera de las zonas adyacentes.

La radiografía número 29 muestra una imagen diverticular por encima del borde superior del bulbo duodenal, que corresponde a una úlcera penetrante del duodeno.

Pero si estas imágenes diverticulares son reales, pues la forma la cavidad del nicho ulceroso que ha penetrado todas las capas del estómago, en otras ocasiones son solamente formaciones pseudo-diverticulares que corresponden a fenómenos espasmódicos, asociados a atonía duodenal, por un proceso similar al que se produce en el estómago cuando por la estenosis o el espasmo pilórico el órgano se hace átono y ptósico.

En la radiografía número 30 se observa una formación pseudo-diverticular de gran tamaño. El spot-film de este caso (radiografía número 31) demuestra la presencia de un nicho duodenal.

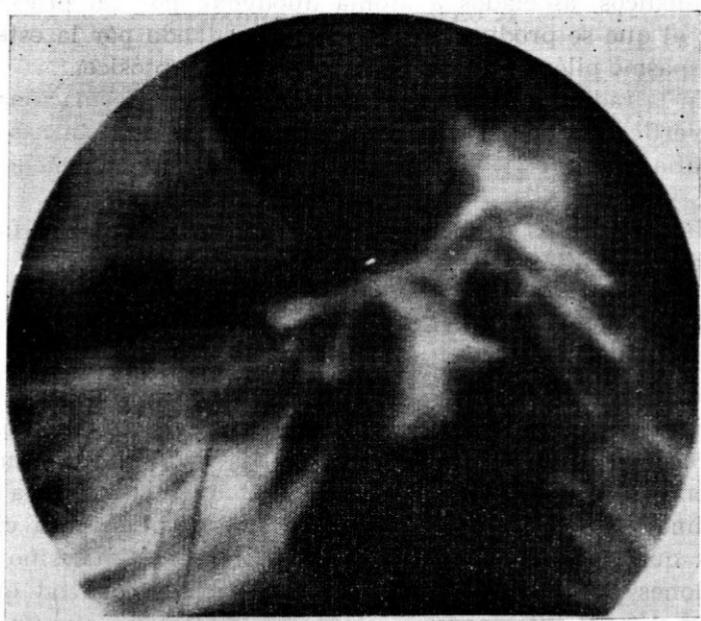
En estos casos es frecuente observar una evolución favorable hacia la curación, mediante el tratamiento médico. Y así en la radiografía número 32 observamos la placa del mismo paciente, después de 30 días de tratamiento médico, donde ya ha desaparecido la imagen diverticular, y el bulbo llena bien, siendo sus contornos regulares y nítidos.

Para terminar este capítulo es necesario anotar que si bien es cierto que en muchas ocasiones y después de un tratamiento médico apropiado, el bulbo duodenal vuelve a tener una imagen normal, en otras, persisten deformaciones cicatriciales que no pueden atribuirse a la úlcera misma, sino a retracciones producidas por el mismo proceso cicatricial que da la curación. Por lo tanto, es imposible pretender que en todos los controles de tratamiento vaya a encontrarse un bulbo normal.

Desapareciendo la imagen del nicho en el spot-film o serografía con compresión, así como los signos secundarios, como son retención y espasmo pilórico, puede considerarse curada la úlcera desde el punto de vista radiológico.

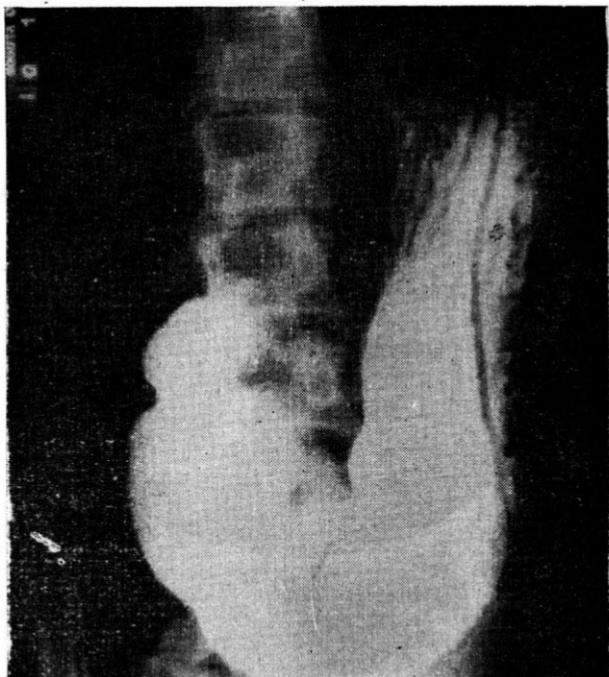


RADIOGRAFIA NUMERO 24



RADIOGRAFIA NUMERO 25

Ulcer duodenal. Bulbo no diferenciado. — A. B. Signos de úlcera péptica asociada con retención. Vómitos frecuentes. Dilatación gástrica por espasmo pilórico. Se interviene quirúrgicamente, haciendo una gastroenteroanastomosis, dado el mal estado del paciente. Curación comprobada en más de cuatro años. Gran mejoría del paciente, con digestión normal y aumento de peso.



RADIOGRAFIA NUMERO 26

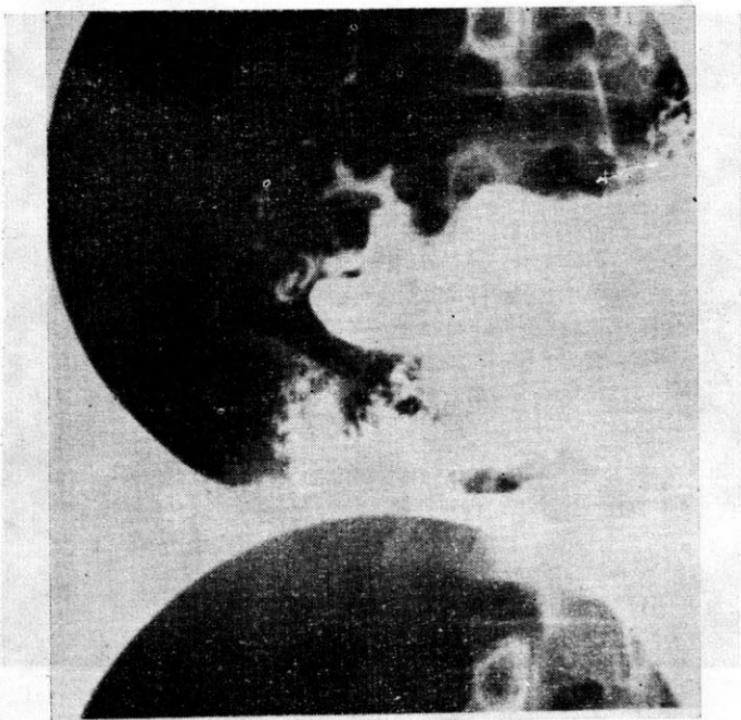
Estenosis pilórica y ptosis gástricas consecutivas a úlcera duodenal. — C. J. L. Antecedentes ulcerosos, seguidos de vómitos intensos y profusos. Se hace tratamiento médico y se obtiene curación por un año, al cabo del cual se repiten los fenómenos anteriores y hay hemorragias profusas. Se interviene quirúrgicamente haciéndose una gastroenteroanastomosis. Curación completa de los síntomas y de la lesión, por un tiempo mayor de cuatro años.



32. ORIGEN ALACIONARIA

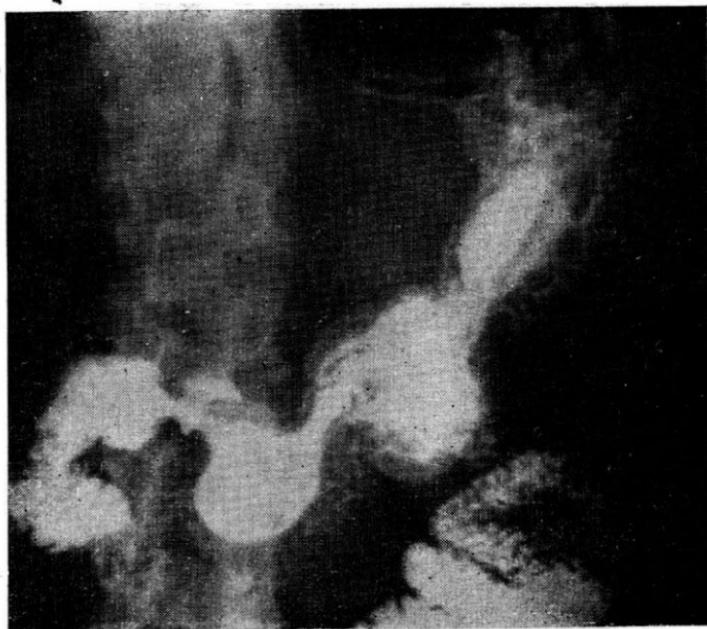
RADIOGRAFIA NUMERO 27

Ulcera duodenal. Imagen en estrella. — N. P. C. Signos ulcerosos hace largo tiempo. Tratamiento médico. Curación.



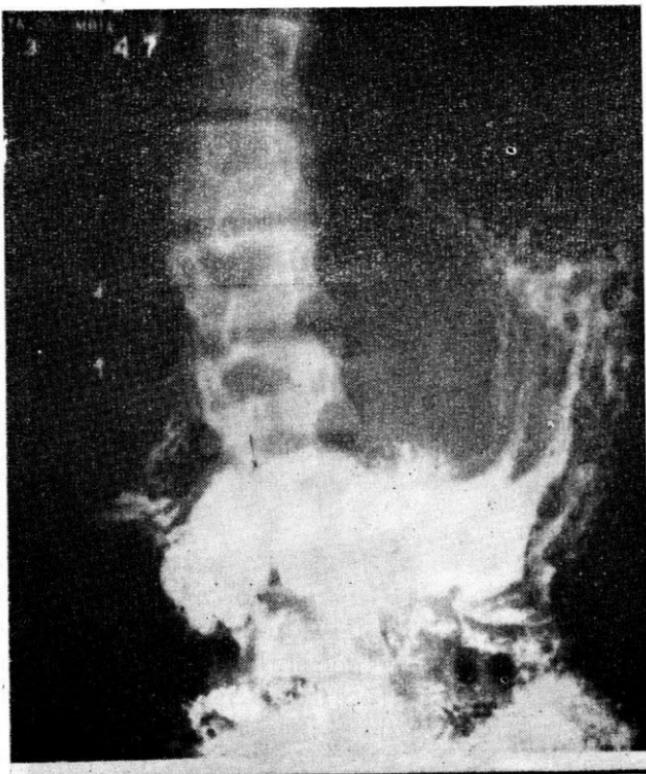
RADIOGRAFIA NUMERO 28

Ulcera duodenal. Deformación irregular del bulbo. — A. L. G. Se trata de un paciente que sufre de úlcera duodenal hace más de quince años. Gran fumador. Aunque ha seguido varios tratamientos médicos, solamente obtiene mejorías temporales. Es un caso en que está indicada la intervención quirúrgica, pues el acodograma es de curvas muy altas. Sin embargo, el paciente rechaza esta indicación.



RADIOGRAFIA NUMERO 29

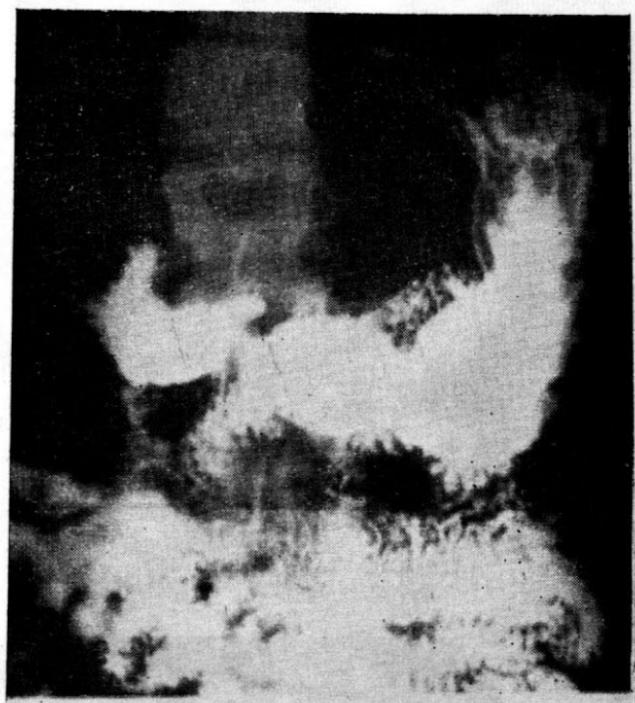
Ulcera duodenal penetrante (imagen diverticular). — J. M. W. Durante muchos años presenta signos de úlcera péptica. En los últimos tiempos los dolores se han intensificado considerablemente, y hay vómito frecuente. Con tratamiento médico se logra mejoría completa por diez meses, al cabo de los cuales reinciden los síntomas. Se indica entonces la intervención quirúrgica y se hace una gastrectomía subtotal. Se encuentra una úlcera duodenal penetrante, que ha erosionado el páncreas, y hace indispensable resechar parte de este órgano. Curación.



RADIOGRAFIA NUMERO 30



RADIOGRAFIA NUMERO 31



RADIOGRAFIA NUMERO 32

(Radiografías números 30, 31 y 32)

Ulcer duodenal. Formación pseudodiverticular. — H. C. Sufre de signos ulcerosos hace dos años, y últimamente presenta melenas frecuentes, náusea, vómito y dolor persistente. En la radiografía número 30 se ve la imagen del nicho y la formación pseudodiverticular. En la número 31, que corresponde a un spot-film, se ve que el divertículo corresponde a una dilatación del bulbo duodenal. En la número 32, tomada treinta días después de iniciado el tratamiento médico, se observa desaparición de los signos radiológicos observados anteriormente, a la vez que hay también desaparición de la totalidad de los síntomas y mejoría del paciente. Se logra curación, comprobada en más de tres años.