

ESTUDIO RADIOLOGICO POR "COLAPSO DE LA CAMARA GASTRICA" (*)

Dr. Federico García Capurro
(Profesor Agregado de Radiología)

Dr. Juan Carlos Pecantet

(Colaborador Especializado del Instituto de Radiología de la Facultad de Medicina de Montevideo)

Desde hace tiempo dedicamos especial atención al estudio radiológico de las zonas altas del estómago, por ser la región en que es más difícil el diagnóstico de las lesiones pequeñas y porque allí asientan la mayoría de los carcinomas que escapan al examen habitual.

Nos interesó en primer lugar buscar un método que pudiera entrar en la rutina aplicable a todos los enfermos. En este aspecto probablemente hoy, como hace quince años, nuestro recurso fundamental es tomar una placa poco penetrada de la cámara aérea y buscar las sombras blandas que sobresalen en la burbuja por su lado interno, continuando luego con el examen contrastado. Este procedimiento sólo pone de manifiesto los tumores voluminosos.

Ultimamente hemos desarrollado una técnica que llamamos "colapso de la cámara gástrica" y creemos que se puede esperar de ella buenos resultados. *El principio general* del "colapso" consiste en transformar la cavidad real de la tuberosidad en un espacio virtual, semejante a las otras porciones del estómago. Es sabido que la gran tuberosidad es un grueso esferoide de considerable capacidad que dificulta el uso de los métodos en capa delgada, disimula las imágenes marginales entrantes o salientes

(*) Presentado a la Sociedad de Cirugía en la sesión de agosto 1 de 1951.

y que, por estar profundamente escondido debajo de la parrilla costal es inaccesible a la compresión. Gracias al colapso, e inyectando una pequeña cantidad de bario es posible obtener una visión del relieve en capa delgada, ver las alteraciones del con-

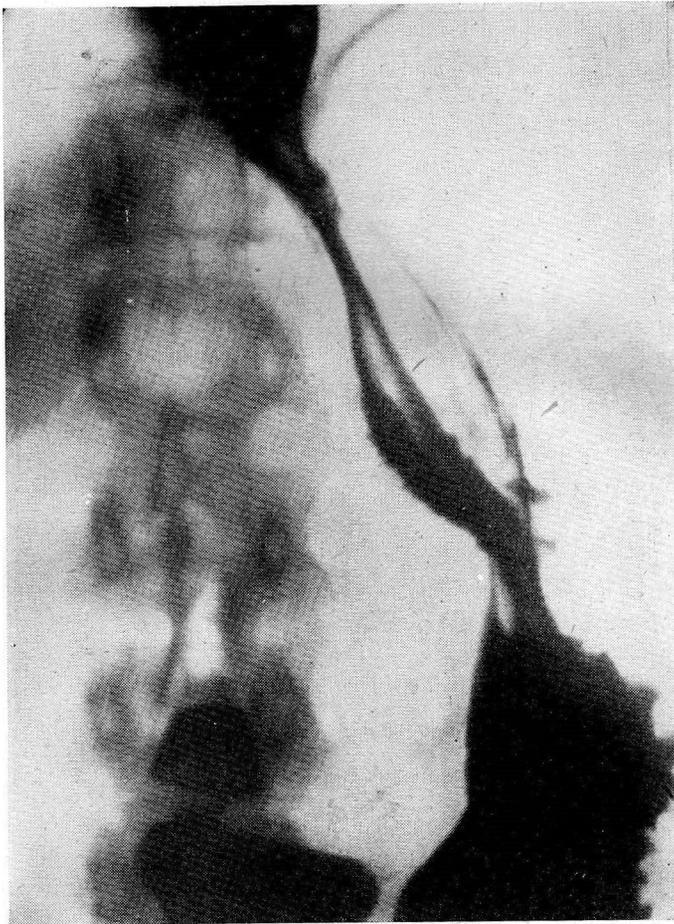


Fig. 1

torno y ejercer compresión sobre la zona más alta del estómago. Además, uno de los métodos de colapso que empleamos, el neumoperitoneo, permite dibujar el contorno externo del esófago abdominal y gran tuberosidad, mostrando el grado de exteriorización de las lesiones hacia las regiones vecinas, lo cual da preciosas

indicaciones al cirujano. Particularmente ilumina el triángulo interno (limitado por el borde izquierdo del esófago, el derecho de la bóveda gástrica y el contorno inferior del diafragma izquierdo); en los carcinomas de la zona cardial, este triángulo

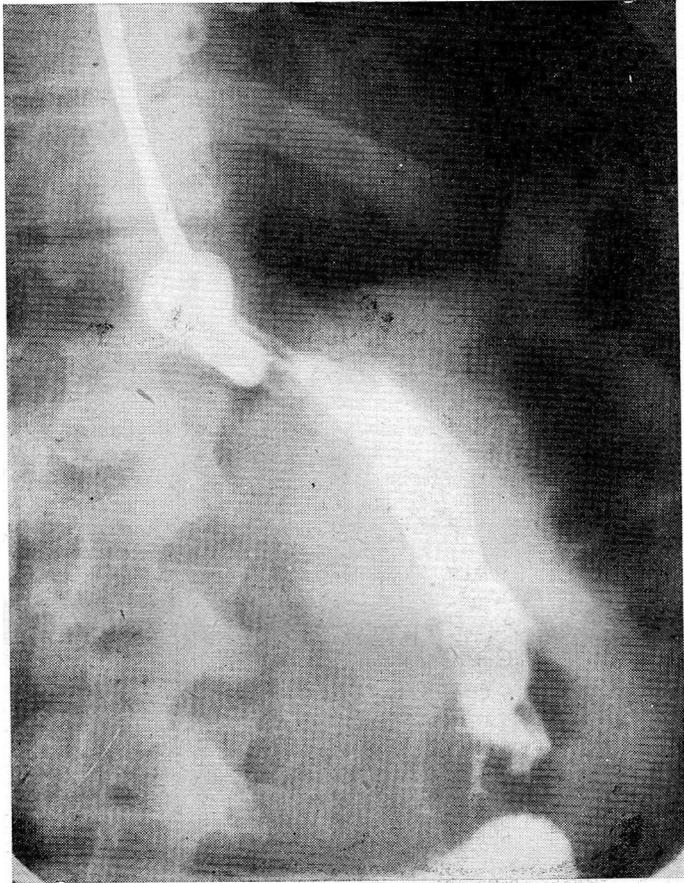


Fig. 2

muestra las sombras de la celulitis y adenopatías regionales Contribuye además a facilitar el diagnóstico de las lesiones extragástricas.

Hemos empleado *diferentes procedimientos* de colapso. 1º: *El neumoperitoneo*. Su técnica difiere poco de la empleada para otras aplicaciones. Colocamos al enfermo en decúbito, en posición

oblicua anterior izquierda y puncionamos a dos dedos a la izquierda y dos dedos más arriba del ombligo. Después de entrar en el peritoneo llevamos la mesa a la posición vertical e inyectamos bajo control radioscópico la cantidad de oxígeno necesaria para obtener un buen colapso. Inyectando el gas en posición de pie se consigue que todo él se colecte bajo el diafragma izquierdo. De ordinario basta con 300-600 cc. No hemos tenido accidentes.

Después de repetidos estudios advertimos que pocas veces se consigue un colapso completo de la cámara porque la burbuja de aire se mantiene con sorprendente tenacidad, incluso en presencia de neumoperitoneos importantes. La persistencia de la burbuja impide llevar las paredes al contacto una de otra, razón por la cual ideamos completar el método aspirándola mediante una sonda gástrica.

2º *La aspiración de la cámara gástrica.* Es muy fácil eliminar por succión el aire de la burbuja aérea, valiéndose de una sonda y una jeringa de 50 a 100 cc. Se inicia la operación con el enfermo en posición de pie y se extrae el jugo gástrico residual y el aire de la cámara, ayudándose de pequeños movimientos de rotación y retirando la sonda. Todo el procedimiento es controlado mediante radioscopia. Generalmente terminamos la extracción en posición acostada o intermedias, ya que en determinados tipos somáticos no es fácil quitar todo el aire en posición de pie. Pueden persistir residuos de aire que no molestan porque en posición de decúbito se desplazan hacia el cuerpo gástrico.

Tan fácilmente como se extrae el gas, vuelve éste a aparecer en la cámara aérea apenas el enfermo hace un movimiento de deglución, de tos o de vómito: por este motivo creemos beneficioso hacer previamente anestesia de la garganta con pantocaína al 2 %, lo cual disminuye los reflejos perturbadores si bien no los elimina, ya que el pasaje de la sonda por la región cardial es una fuente de intensos reflejos nauseosos. Otra variante que empleamos es realizar la aspiración de las últimas porciones de aire con la jeringa ya cargada con 20 ó 30 cc. de bario: así, en cuanto se ha retirado todo el gas se saca la sonda hasta la parte baja del esófago torácico (para que no se interponga en el estudio del esófago abdominal) y se inyectan pequeñas cantidades de bario.

Es importante que se use muy poco contraste para que éste se distribuya sólo por los surcos de la mucosa, con lo que la visibilidad resulta en general muy buena. Creemos que si bien los pliegues que aparecen con esta técnica siguen un trayecto extraordinariamente caprichoso que desafía toda descripción, son en cambio de un grueso bastante uniforme, lo que introduce cierta impresión de orden dentro de su anarquía. Es posible entonces apreciar alteraciones en el calibre de los pliegues, producidas por lesiones todavía pequeñas.

También la región cardial beneficia del método, ya que al estar colapsada la cámara gástrica se vuelve muy visible la embocadura esofágica. El bario que inyectamos en posición de decúbito dorsal recorre lentamente el esófago abdominal y permite obtener vistas al acecho.

3º En determinados casos hemos practicado la *asociación del neumoperitoneo con la succión del aire*, lo cual constituye un procedimiento de excepción.

En la actualidad estudiamos a nuestros enfermos mediante la aspiración por sonda, porque hemos comprobado que da resultados tan buenos como el neumoperitoneo, y tiene sobre éste la ventaja de ser un procedimiento mucho más sencillo.

Dr. Etchegorry. — Señor Presidente: primero digo que es digna de aplauso toda tentativa que se haga para iluminar y hacer más precoz el diagnóstico en una zona en que realmente hay dificultades para hacerlo, si uno se guía por lo que ve en la clínica; no soy radiólogo, los radiólogos tienen oportunidad de ver más enfermos y ponerlos en la posición que ellos crean más conveniente para llegar a una conclusión que les facilite la tarea a posteriori. De cualquier manera creo que todo lo que se haga para facilitar la técnica debe ser recibido con beneplácito y felicitar a los autores por el interés e inquietud que ese esfuerzo significa.

Ya en las sesiones anteriores me he referido a una enferma que tengo en el Instituto y a la que operé, enferma que ha sido vista no sólo aquí, sino en la Argentina, durante dos años, y en su país de origen, en Francia, en amplios centros poblados como son Lyon y Marsella, por un trastorno dispéptico. Esa enferma tenía cuatro años de sufrimiento y le fueron hechos todos los diagnósticos menos el que realmente tenía, diagnóstico que lo debo a la amabilidad del Dr. Zubiaurre, que puede ser que esté aquí, quien lo hizo en el Hospital Maciel, pero después de cuatro años de haber esta mujer transitado por todo los sitios del mundo sin que se le pudiera decir a qué eran debidos sus sufrimientos.

Es claro que operada, resultó inoperable: un enorme neoplasma de la región cardíaca, inoperable, y en que es desproporcionado el tamaño de la lesión con lo que se ve en los rayos X.

Si hubiera sabido de que se trataba el asunto, hubiera traído la placa; la próxima sesión voy a ver si la traigo, para que se pueda comparar con la del Dr. García Capurro y se puede ver hasta qué punto hay importancia en saber.

Por otra parte el Dr. García Capurro ha dado vuelta la tortilla, como se dice vulgarmente. Cuando e empezó a estudiar la gran tuberosidad, se insuflaba; el Dr. García Capurro hace lo contrario: la desinfla. Me parece que los argumento de él, por lo pronto, son lógicos, pero como él dice, esperemos todos a mandar casos para ver lo que da el procedimiento.

Por lo pronto vayan mis felicitaciones que no son las primeras que dedico al amigo.

Dr. Zubiaurre. — He escuchado con particular interés este trabajo de los Dres. García Capurro y Pecantet, porque, justamente, se trata de la exploración de una zona a la que con Codas Thompson y Zerboni le dedicamos una preferente atención.

Me adhiero en todo lo que dice el Dr. Etchegorry respecto a que es ampliamente plausible ocuparse de perfeccionar los métodos de diagnóstico en la exploración de esta región; es indudable, que en el momento actual, en el problema que lógicamente absorbe nuestra atención, el cáncer gástrico, el diagnóstico se hace demasiado tarde.

Con respecto a algunos de los puntos planteados por los autores, en primer término en lo que se refiere a la posición de Trendelenburg, estoy completamente de acuerdo, y ya lo consignamos en nuestro libro de Estudio radiológico del esófago; es un concepto al que hay que llegar definitivamente, porque todavía se cree que la posición de Trendelenburg siga siendo la posición de elección en el estudio del fundus gástrico y, sin embargo, una amplia zona de la parte alta del cuerpo gástrico y de la región subcardial que pueden quedar ocultas por la repleción masiva que hace el Trendelenburg.

En cuanto al neumoperitoneo, tenía entendido que los autores preconizaban el neumoperitoneo para el diagnóstico de las lesiones del fundus gástrico; tengo la impresión, si no oí mal, que el Dr. García Capurro ha llegado, en el momento actual, al concepto de que el neumoperitoneo tiene sólo valor para las lesiones extragástricas que modifican el fundus gástrico.

De acuerdo a lo que nosotros hemos visto, es indudable que el neumoperitoneo no es un procedimiento de elección para las lesiones del fundus gástrico. Por otra parte, no creo que sea un procedimiento a prodigar, porque a pesar de no significar mucho riesgo, no aporta datos como para que se justifique hacerlo en forma sistemática.

En cuanto al tercer punto, a la novedad que ellos traen, me parece del mayor interés; desde luego que no tengo ninguna experiencia. Las

referencias que tengo de este procedimiento son de que un médico brasileño, de San Pablo, el Dr. Hortensio Mederos, trajo a uno de los cursos anuales de perfeccionamiento radiológico, algunas radiografías con succión de la cámara gástrica e introducción del contraste por la sonda. Esas radiografías del Dr. Mederos se referían a estudio de la cámara gástrica normal, sin estudiar casos patológicos; no sé el curso que posteriormente siguió esa investigación del Dr. Mederos. Me parece que en ciertos casos la cámara gástrica es un obstáculo para la correcta exploración radiológica; digo en cierto tipo de lesiones porque, aunque no lo dicen los autores, seguramente estamos de acuerdo, que en otros tipos de lesión sucede lo contrario, ya que aprovechamos el contraste que proporciona la cámara aérea u otras veces lo exageramos con insuflación, obteniendo datos de inestimable valor.

Me adhiero a las manifestaciones del Dr. Etchegorry y comparto el valor de esta sugestión, de este motivo de trabajo que puede llegar a conclusiones muy interesantes.

Dr. Ugón. — Me parece muy interesante la técnica que preconiza el Dr. García Capurro para adelantar algo en el camino del diagnóstico precoz de las lesiones de la parte alta del punto gástrico y del resto tuberositario en su parte más alta.

Respecto a lo que oí, tanto en la exposición del comunicante como en los que le han seguido en el uso de la palabra, parece que se le da la mano de baja al Trendelenburg para el estudio del fundus gástrico y zona cardial. Creo que es una maniobra que debe hacerse sistemáticamente, por todos los radiólogos, para estudiar el cardias, o el hiatus del cardias, sobre todo el hiatus, que muchas veces pasa inadvertido por no usar la amplia posición de Trendelenburg. Creo que es un elemento como dice García Capurro, de la posición extragástrica, pero que es de inestimable valor para la clínica en lesiones que pasan inadvertidas, aún a los mejores radiólogos.

En cuanto a la técnica que preconiza el Dr. García Capurro, habrá que ver los resultados, con experiencia mayor de casos, y prometo mandar los casos que tenga, para ver si puede solucionar casos de diagnóstico difícil.

Por eso me adhiero a las felicitaciones que se han hecho: me parece muy útil el procedimiento y la experiencia dirá hasta qué punto se puede utilizar.

Dr. García Capurro. — Al Dr. Etchegorry le agradezco muy especialmente sus palabras siempre amables, porque siempre le da coraje a uno para seguir.

Al Dr. Ugón le voy a contestar primero que al Dr. Zubiaurre, porque en las mismas palabras de este último hay una contestación para el Dr. Ugón. Él dijo, y yo lo dije también, que nosotros le bajamos la mano al Trendelenburg, pero no abandonamos la posición del Trendelenburg. Lo que creemos es que la posición de Trendelenburg no es la posición indicada para el diagnóstico de las lesiones anatómicas de la región car-

dio-tuberositaria que sean extrínsecas. No quiere decir que hagamos la exclusión de ese procedimiento que para casos de hernia es una ventaja, posiblemente es el único que nos da una imagen real. Creemos que la indicación de cada una de las técnicas está condicionada a lo que tiene el paciente y no abandonamos, por hacer la succión, por ejemplo, la radiografía de la burbuja de la cámara gástrica, porque es posiblemente la maniobra más sencilla y que da más o por lo menos, nos pone sobre la pista con seguridad sobre la naturaleza de la lesión.

Al Dr. Zubiaurre lo oí con tanta seguridad, porque parecía que estaba hablando yo mismo, se ve que piensa en los términos clínicos y radiológicos que nosotros estamos pensando, que tenemos los mismos problemas y encaramos las cosas con el mismo criterio, porque nosotros en la exploración, en la documentación que hemos traído, no hemos querido traer ninguna documentación referente a otras vías, en la exploración de la región en la cual hemos tenido mucho éxito, tenemos lesiones muy pequeñas de la región cardio-tuberositaria, descubierta con el estudio de la burbuja aérea, pero sabemos por experiencia que a pesar de disponer de una porción de métodos y usando el método inteligente e intencionadamente, se nos escapa sin embargo un porcentaje grande de lesiones; creemos que tenemos que poner el esfuerzo mayor posible para tratar de aclarar esa región; estoy de acuerdo con sus apreciaciones sobre las indicaciones del uso del neumoperitoneo; nosotros creemos que posiblemente la única indicación del neumoperitoneo para el estudio de las lesiones intrínsecas de la cámara gástrica, utilizamos el neumoperitoneo cuando queremos saber si existe una excrecencia parietal por fuera de la pared gástrica, en lo demás utilizamos como procedimiento de diagnóstico diferencial de las lesiones extragástricas y creemos que la succión unida a las demás técnicas es la que nos permite hacer el diagnóstico de las lesiones intrínsecas.

Realmente, nosotros, el material que tenemos nos muestra que por primera vez pudimos estudiar los pliegues de la región, por eso creemos que debe ser conocido y la escuela uruguaya debe utilizar y ver si es como nosotros creemos que es. Le agradezco muy especialmente a todos.