

# Estudio radiológico del muñón gástrico

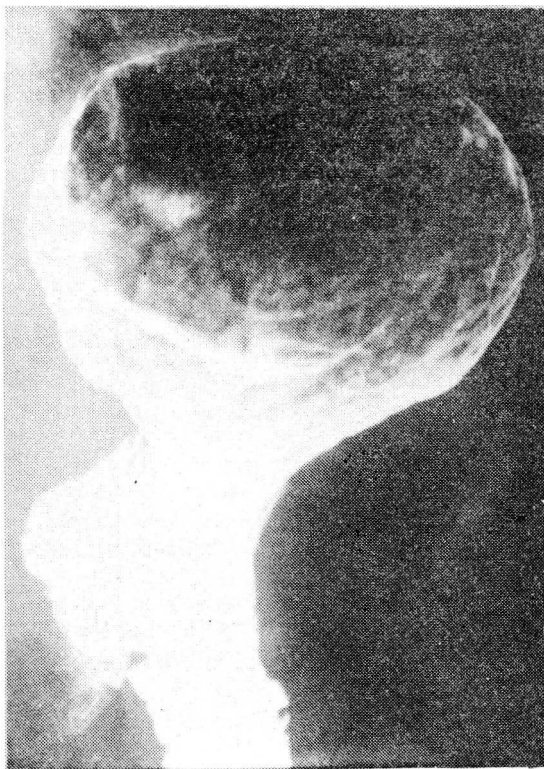
Dr. Jorge Zubiaurre

El examen radiológico del muñón gástrico es un estudio con limitaciones cualquiera sea la o las técnicas empleadas (162, 182) aunque su sensibilidad depende de la patología que se intente demostrar.

## Técnica

El examen ideal, como en el estómago no operado, es una combinación de la técnica convencional y la de doble contraste (DC).

En el Billroth I, como la continuidad anatómica se restablece en forma similar a la normal, el examen se realiza igual que en los estómagos no operados. En el Billroth II el estudio es algo más complejo,



Figs. 1 y 2. Billroth II. Examen normal. Adecuada distensión del muñón gástrico y correcta visualización de la anastomosis con la técnica de doble contraste.

siendo a veces necesario introducir el aire por sonda nasogástrica.

Como el fundus gástrico es inaccesible a la compresión, la técnica de DC constituye una parte imprescindible del examen si se quiere hacer una correcta evaluación del remanente gástrico (164). Fig. 1. Para evitar el rápido pasaje del medio de contraste al intestino delgado, así como para una adecuada distensión del muñón y las asas, es necesario el uso de anticolinérgicos (182). El estudio debe completarse con el DC y la compresión, cuando es posible, de la zona de la anastomosis. Fig. 2. La vi-

sualización de la totalidad del asa aferente se obtiene casi siempre sin necesidad de su intubación selectiva.

## Patología

Consideraremos exclusivamente las afecciones más frecuentes del postoperatorio alejado.

Es necesario conocer antes que nada algunas imágenes que se obtienen con la técnica de DC para diferenciarlas de otras alteraciones de mayor significación. Por ej. granulomas de los puntos de sutura, o defectos de plicatura, más difícilmente evidenciados con la técnica convencional, pueden confundirse con procesos tumorales (158). Figs. 3, 4 y 5.

### 1 - Recurrencia ulcerosa

La sensibilidad promedio del examen radiológico es del 70 o/o (157, 162). A pesar de lo esperado el doble contraste por sí mismo, si bien aclara muchas pseudoimágenes y muestra con mayor claridad la úlcera misma (Fig. 6), no ha mejorado significativamente todavía el número de diagnósticos positivos. El espasmo, edema y estrechez del asa eferente, dificultades para la demostración directa de la úlcera, se eliminan parcialmente más por el uso sistemático de anticolinérgicos que por el DC.

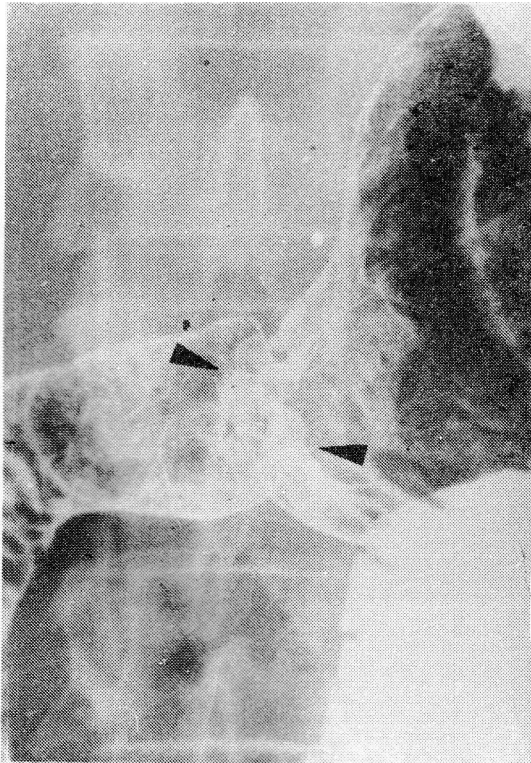


Fig. 3. Billroth I. Defectos de plicatura.

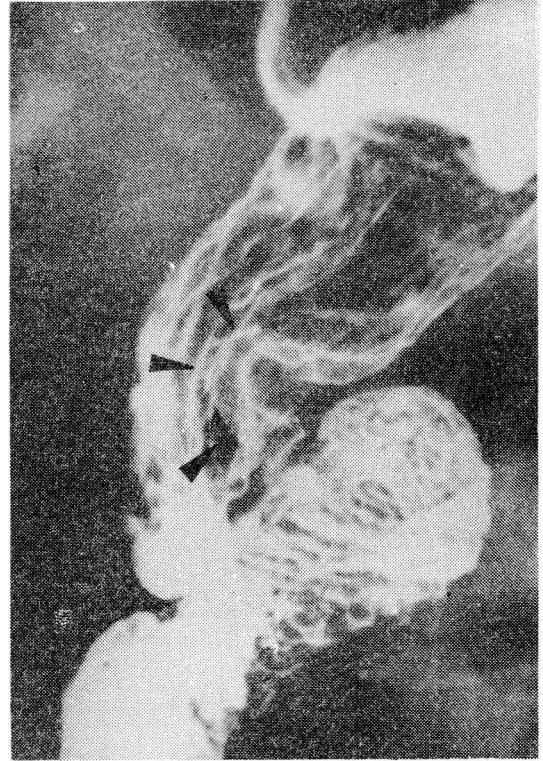


Fig. 4. Billroth II. Defecto de plicatura.

Es necesario tener en cuenta la posibilidad de falsos positivos, ya que el barrio tiende a acumularse entre los pliegues próximos a la anastomosis (9).

### 2 - Gastritis alcalina

Si bien algunos trabajos señalan una significativa mejora en el diagnóstico de esta entidad con la técnica de DC, no creemos que existan todavía signos confiables (157).

Pensamos que así como en el estómago no operado, no alcanza con demostrar "pliegues gruesos" para afirmar que existe esta patología. Podemos darle valor a la presencia de erosiones (182) —difíciles de demostrar en estómagos operados—, pero se trata de elementos inespecíficos que pueden tener diversas etiologías.

En el futuro, el estudio del área gástrica —mínima estructura mucosa demostrable macroscópicamente— puede aportar datos de valor para este diagnóstico como ya lo ha hecho para otras patologías.

### 3 - Reflujo gastroesofágico

El estudio radiológico es un método sencillo y bastante eficaz para demostrarlo, aunque como se trata de un fenómeno intermitente la negatividad de este examen no lo excluye.



Fig. 5. Pequeña imagen polipoidea próxima a la anastomosis: granuloma de los puntos de sutura.

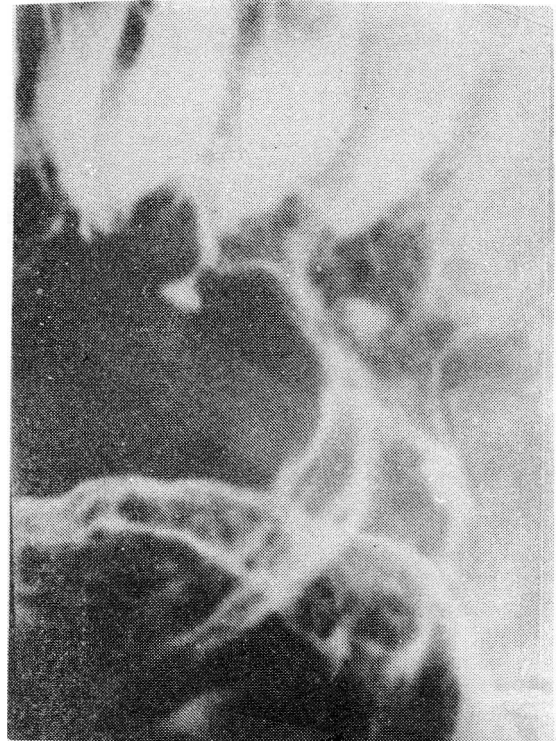


Fig. 6. Enfoque de la zona de la anastomosis. En el asa eferente se observa una úlcera profunda, corroborada por endoscopia.

Se obtienen mejores resultados si a las maniobras de hipertensión abdominal se las complementa con el test del sifonaje del agua o maniobra de Carvalho.

Para investigar la existencia de reflujo gastroesofágico no deben de emplearse anticolinérgicos durante el examen ya que estos modifican el tono del esfínter esofágico inferior.

Los grados más leves de esofagitis por reflujo —eritema y edema mucosos— no son evidenciables radiológicamente. Una vez que aparecen erosiones o ulceraciones más profundas, así como las consecuencias de su cicatrización, éstas pueden demostrarse con un examen técnicamente correcto.

#### 4 - Cáncer del muñón gástrico

Radiológicamente se demuestran 20 - 50 o/o (9, 182). Los clásicos signos de infiltración difusa o parcial de la pared, masas intraluminales, alteraciones de los pliegues mucosos y ulceraciones, son mejor evidenciados por el DC, que en algunos casos ha podido detectar lesiones relativamente más precoces. En general el diagnóstico se hace tardíamente. El uso sistemático del DC junto a la endoscopia en el control de los pacientes gastrectomizados puede mejo-

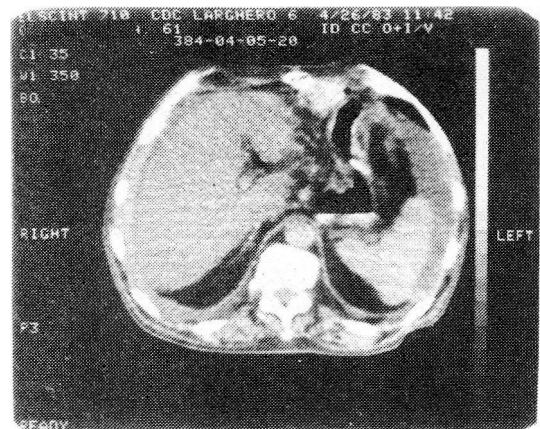


Fig. 7. Gastrectomía subtotal hace 20 años por úlcus duodenal. Regastrectomía subtotal por neoplasma del remanente gástrico hace 5 meses. Mala evolución. T.C.: Ascitis, derrame pleural. Masa tumoral sobre el borde derecho de la anastomosis. Probable recidiva.

rar en el futuro el pronóstico tan malo de esta afección (9, 182).

Debemos tener en cuenta también el aporte de la Tomografía Computada en la evaluación preoperatoria de la extensión extraluminal de los tumores gástricos, así como en la detección de metástasis. Fig. 7.

### Conclusiones

El estudio radiológico del muñón gástrico comparado con la eficacia de la endoscopia presenta notorias deficiencias. Conserva su valor en cuanto aporta un documento panorámico y objetivo del estado del remanente gástrico y las asas anastomóticas. Es además un medio sencillo de poner en evidencia el reflujo gastroesofágico.