

El esófago, el estómago, el duodeno y sus lesiones

POR EL PROFESOR
DR. ESTEBAN CAMPODONICO

(Concurso de Radiología—1923)

Sesión del 1.º de diciembre de 1923.

El señor DECANO.—Continúa la sesión de concurso. El doctor CAMPODÓNICO puede hacer uso de la palabra.

El doctor CAMPODÓNICO:

Señor Decano;

Señores Catedráticos;

Señores:

La primera de las tres proposiciones sobre las cuales ha recaído la suerte y que yo he escogido para desarrollar en presencia vuestra, es la siguiente: "EL ESÓFAGO, EL ESTÓMAGO, EL DUODENO Y SUS LESIONES". Nos vamos, pues, a ocupar radiológicamente del esófago—acceso obligado a las vías digestivas—, del estómago—cavidad en la cual se verifica una etapa importante de la digestión—, y del duodeno—pasaje obligado del estómago al yeyuno o íleon. Como la proposición es larga, voy a ocuparme someramente de los puntos más salientes y de algunos de los puntos más interesantes. Comenzaré, pues, por el esófago.

El esófago, radiológicamente considerado, es el canal que va de la juntura faríngea esofágica al cardias. El esófago no sigue una línea perfectamente recta al dirigirse de la juntura faríngea esofágica al cardias, sino que expe-

rimenta algunas desviaciones ligeras y en primer lugar en su origen, a nivel del cartílago cricoides; se dirige después un poco hacia la izquierda para alcanzar de nuevo la línea media, para desviarse en seguida de la línea media a nivel del cayado aórtico. Después atravieza el bronquio izquierdo y sigue con la aorta descendente hasta el diafragma; atravieza el hiatus diafragmático para concluir después en el cardias. Estas desviaciones, que aparentemente no significan gran cosa, sin embargo para el radiólogo tienen mucha importancia, porque los puntos en que se verifican esas desviaciones son precisamente los puntos un poco más estrechos y que necesitan llamar preferentemente la atención del radiólogo por los cuerpos más extraños que en ellos se quedan alojados y también bajo el punto de vista nosológico, como veremos más tarde.

Al examinar el esófago, observamos que el primer punto algo estrecho es la juntura faringe esofágica. Para examinar radiológicamente el esófago, es menester hacer pasar por su canal una substancia que sea relativamente opaca a los rayos X y que permita ver el canal esofágico de una manera indirecta, porque de suyo no es perceptible por los rayos X, toda vez que está rodeado de tejidos que tienen la misma densidad que él. Por consiguiente, de una manera directa el esófago no puede ser percibido por los rayos X; es preciso para ello introducir una substancia que sea algo opaca a los rayos X y la substancia generalmente preferida para el caso es el bismuto o el bario; el sulfato de bario o el carbonato de bismuto. Al hacer ingerir al examinando una emulsión espesa de bario y cássica, es decir de goma, entonces se nota que la solución de emulsión opacante se detiene ligeramente en esos puntos que he indicado: se detiene algo en la juntura faringe esofágica; se detiene un poco a nivel del cayado de la aorta y se detiene también algo a nivel del hiatus diafragmático.

Las alteraciones que el radiólogo puede observar durante su examen se refieren especialmente a las desviaciones, a la obstrucción y a las alteraciones de forma.

El esófago, por procesos nosológicos, especialmente por neoformaciones malignas, puede estar desviado. Como se puede ver aquí, el esófago está desviado a tal punto que se ha fragmentado en diversos canales por efecto de un neoplasma maligno que se desarrolló en el mediastino y

que invadió el esófago de manera tal que el canal está completamente fragmentado. Esta es una radiografía tomada a un señor de 65 años y que cuatro o cinco meses después, estando el proceso tan avanzado, sucumbió a su estado. El radiólogo, pues, debe fijarse en estas desviaciones, porque ellas dan a conocer inmediatamente el proceso tumoral que existe y dan facultad para deducir la naturaleza del proceso; porque correlacionando el radiólogo los datos radiológicos que puede obtener con los datos clínicos y los otros datos que puede recoger, entonces puede hacer un diagnóstico a ciencia cierta.

Otra de las alteraciones que puede presentar el canal esofágico es la alteración del contorno y del lumen. He aquí otra radiografía de otro proceso canceroso del esófago; antes de hacer la radiografía en este individuo, se le hizo ingerir una emulsión de bario. Se nota también un cambio de contorno, como un defecto de llenura; el lumen está reducido a un trayecto casi piriforme. El proceso neoplásico se encuentra a nivel del defecto de contorno. Este señor ha sucumbido un año después de tomada esta radiografía; tenía una disfagia enorme y se comprende por qué el lumen del canal estaba reducido casi a su mínima expresión; algún tiempo después de esta radiografía ya no podía pasar nada absolutamente y terminó fatalmente víctima de su caquexia neoplásica.

Estos defectos de contorno son muy importantes y según la naturaleza de ellos, según su morfología, se puede deducir la naturaleza del proceso. Estos defectos se distinguen fácilmente de una contracción espasmódica del esófago, porque cuando existe esta última entonces no existen defectos de contorno, defectos de plenitud formados como con sacabocados, sino que existe una dilatación fusiforme, regular y sin escabrosidades, como se puede observar aquí y que son el índice de la malignidad del proceso que la ha ocasionado.

Otra de las lesiones que puede ser apreciada por el radiólogo es la obstrucción. Aquí, como ustedes ven, virtualmente hay una obstrucción y hay una obstrucción porque el canal que queda todavía permeable, la parte del tumor del canal aún permeable está reducida a su simple expresión y se redujo tanto que he sabido que este pacien-

te antes de morir no podía pasar ni siquiera los líquidos y murió en inanición y caquexia.

Así es que estos tres caracteres: los cambios de contorno, la desviación y la obstrucción son perfectamente diagnosticables y perfectamente visibles por los medios indirectos, que consisten en hacer ingerir al examinando una emulsión de bario—cásica o bismuto—cásica, con el objeto de hacer poco permeable a los rayos X el lúmen del canal y establecer de esa manera un contraste entre el esófago y los tejidos ambientes, porque en este principio está fundada la radiología. La radiología no está fundada sino en el hecho de poder apreciar tejidos que tengan una densidad frente de los otros tejidos circundantes. Sólo merced a esa diferencia de densidad, es que es posible hacer la inspección radiológica; si todos los tejidos tienen igual densidad no es posible distinción radiológicamente. El pulmón se distingue fácilmente del corazón porque tiene una densidad menor; el corazón se distingue a su vez de la columna vertebral, porque la columna vertebral da una sombra más densa que el tejido cardíaco y que el contenido del tejido cardíaco. Así es que diferencia de densidad produce visibilidad de los órganos que radiológicamente se estudian.

Las lesiones principales del esófago son los divertículos y las lesiones malignas o neoplasias malignas. Los divertículos se desarrollan en la pared del lúmen y son una especie de desviación de "bourgeonnement" del lúmen, y pueden tener la particularidad de desviar el mismo lúmen principal del esófago. Naturalmente, un divertículo algo ensanchado colocado al lado del esófago, cuando este divertículo está repleto de sustancia opacante o de sustancia alimenticia, puede rechazar el lúmen principal del esófago. Así es, que los divertículos y los tumores malignos, tanto el que hemos visto antes como el que tenemos a la vista, estos tumores malignos producen, como hemos dicho antes, disminución en el calibre, alteración en el contorno y obstrucción a la larga.

El esófago puede albergar cuerpos extraños. Es frecuente observar en el esófago maderas, botones, fragmentos de otras sustancias, alfileres y también a veces piezas dentarias que han sido deglutidas accidentalmente. Pero todas estas sustancias extrañas pueden observarse tanto

en los niños, y especialmente en éstos, como en los adultos; en los niños es más frecuente observar piezas de monedas; tienen una predilección especial para deglutir piezas monetarias y en estos casos generalmente se alojan las monedas en la primera estrechez. Hemos observado varios casos, creo que con el Dr. CARVALLO, en esa condición y precisamente se trataba de un niño que había deglutido una moneda que permaneció por muchos días en ese sitio sin que fuera posible extraerla y después poco a poco fué avanzando en el canal esofágico y pasó al estómago y posteriormente fué encontrada en las deyecciones.

Después del esófago, tenemos que ocuparnos del estómago. El estómago, radiológicamente considerado, debe ser estudiado con ciertas precauciones, porque el estómago lo mismo que el esófago no es visible directamente a la inspección roentgenológica. Nadie puede explorar el estómago directamente, porque el estómago, como he dicho antes al hablar del esófago, está rodeado de órganos que tienen una densidad parecida a las paredes de este órgano y entonces, como no hay diferencia de densidad entre un órgano y otros, no es posible la visualización de este órgano. Pero si no es posible una visualización de este órgano de manera directa, si lo es de manera indirecta haciendo ingerir al examinando sustancias que sean moderadamente opacas a los rayos X. ¿Cuáles son las sustancias que más se prestan para el caso? El radiólogo para esto tiene que buscar algunas sustancias que al mismo tiempo que tengan una moderada opacidad a los rayos X, sean también de adquisición fácil para el paciente; me refiero a la fácil adquisición financieramente, porque como es un examen rutinario que tiene que emplearse tanto en las clases menesterosas como en la acomodada, es necesario buscarla al alcance tanto de los pudientes como de los menos pudientes.

El bario y el bismuto reúnen estas condiciones; condiciones de moderada opacidad y de moderado precio. El bario, sobre todo, es una sustancia que está al alcance de todos y es una sustancia que se presta perfectamente para hacer las exploraciones gástricas.

Pero, ¿cómo debe administrarse el bario? HARVEY y REDDER son los que iniciaron el procedimiento para que se pudiera llevar a cabo fácilmente esta exploración del estó-

mago y han usado la substancia opacante bajo dos formas: bajo la forma de comida opaca, es decir, bajo la forma semi-sólida, y bajo la forma semifluida de bismuto opacante. El objeto al usar estas dos formas es el siguiente: el de la comida opaca tiene por objeto introducir o hacer ingerir al examinando una substancia que acompañando al bario sufra los procesos digestivos normales y que de esa manera se pueda apreciar la acción que los jugos digestivos tienen sobre esa substancia y se pueda apreciar, sobre todo, la motilidad del residuo que esa comida proporciona. Mientras que la emulsión opacante tiene por objeto visualizar, apreciar de una manera clara y concisa el estómago en el momento en que se hace el examen. Cuando se usa el fluido opacante no se tiene en mira el proceso digestivo; lo único que se tiene en cuenta es visualizar el lumen del estómago, apreciar el calibre, apreciar la posición del estómago, apreciar la peristalcia y apreciar la movilidad y la flexibilidad en las paredes estomacales. Así es que ambos procedimientos son importantes; el primero, sobre todo, para apreciar la motilidad gástrica; es decir, llamamos motilidad a la facultad que tiene el estómago y en general el canal digestivo de eliminar, después del proceso digestivo; el residuo, después de haber experimentado el bolo la acción del jugo gástrico y esa motilidad es apreciada, como decía poco ha, por medio de la comida semi-sólida, de la comida de HARVEY.

Ahora bien, una vez que el paciente ha ingerido una substancia opacante, es menester que el radiólogo observe el modo cómo esta substancia fluida pasa por el esófago, cómo penetra en el estómago, cómo franquea el cardias, cómo llena la cavidad gástrica y una vez que la cavidad gástrica está llena, el radiólogo tiene que observar primeramente el modo cómo se distribuye esta substancia fluida y opacante, cómo se distribuye en el polo pilórico y cardíaco del estómago. Para eso el radiólogo tiene que hacer maniobras pálpatopresorias sobre el vientre, hacer presiones sobre el vientre con el objeto de conseguir que la substancia semifluida ingerida pase a la porción pilórica y pase también a la porción cardíaca del estómago. Someramente el radiólogo examina el estómago y se fija en los detalles de importancia para después, en un examen

posterior, fijar aun más la atención sobre los puntos que merezcan ser especialmente considerados.

Ahora bien, ¿qué medios deben emplearse de preferencia para el estudio del estómago? ¿Es la radioscopia o es la radiografía el procedimiento al cual se debe dar preferencia? Los dos se complementan. Pero cuando se piense en uno de ellos solamente, entonces es preferible la radioscopia, y además la radioscopia da, tratándose del estómago y de las vísceras abdominales, datos importantes que no puede dar la radiografía. Por ejemplo, por la radioscopia se aprecia la movilidad del estómago, se aprecia fácilmente la flexibilidad de las paredes, se aprecia fácilmente la peristaltia, cosas todas que no se pueden apreciar por medio de la radiografía. La radiografía, sin embargo, ocupa su puesto de predilección cuando se trata de observar algunas particularidades finas, muy delicadas del estómago. Por ejemplo, en los casos de "nichos" en la curvatura menor es muy difícil verlas radioscópicamente y entonces interviene la radiografía para fijar y visualizar estos elementos tan importantes para el diagnóstico. Así es que tanto uno como otro de estos procedimientos es importante y se complementa uno al otro. Pero en la práctica rutinaria es hasta cierto punto preferible la radioscopia y reservar la radiografía para los casos en que hay dudas y para los casos en que es menester fijar de una manera completa, de una manera perfecta, algún detalle que pueda escaparse a la visualización.

Al examinarse el estómago, debe fijarse el radiólogo en algunos datos que podría llamar de anatomía radiológica. El estómago radiológicamente considerado presenta tres partes: una parte cardíaca, una parte pilórica y una parte media o mesogastrio. Estas tres partes son muy importantes bajo el punto de vista radiológico y un accesorio de la parte pilórica está constituido por el antro pilórico que ustedes ven aquí. Este pequeño ensanchamiento constituye el antro pilórico que es la terminación de la porción pilórica del estómago. En la anatomía radiológica del estómago hay que considerar igualmente un punto que es muy importante y que es la incisura angular, que se aprecia aquí, y que es punto de referencia muy importante, porque ese límite es precisamente el que da a co-

nocer la extensión hasta donde se puede presentar la posibilidad de los "nichos" en los casos de úlcera gástrica. Los "nichos" en los casos de úlcera gástrica se presentan de esta curvatura para arriba y casi nunca en dirección contraria; casi siempre están situados desde la incisura angular para arriba. Después debe tenerse en cuenta una incisura que casi siempre existe en el estómago y que muy bien puede dar lugar a equívocos cuando no se tiene en cuenta que esta incisura puede existir normalmente en el estómago; y es esta incisura, que a primera vista puede parecer patológica, pero que no lo es, la que se ve aquí; esta incisura, más o menos pronunciada, existe siempre y es debida a la presión que ejerce sobre el estómago, también, la contracción de las paredes abdominales. Así es que esa incisura, aparentemente anormal, es perfectamente normal y no debe confundirse con otras incisuras que indican un proceso patológico, como por ejemplo incisuras que pueden ser el exponente de una úlcera gástrica.

Después tenemos que considerar la forma del estómago; el radiólogo tiene que considerar la forma gástrica. No puede decirse de una manera absoluta cuál es la forma del estómago de modo normal, porque una forma del estómago es normal en un individuo y otra es normal en otro individuo. No hay una forma típica absoluta que pueda encontrarse en todos los individuos. Una forma que es normal en un individuo puede ser patológica en otro, y todo no depende sino del "hábitus" de la persona. Es menester, pues, que el radiólogo haga comprender bien esta influencia del "hábitus" sobre la morfología gástrica y para el caso se distinguen los diferentes individuos en individuos hipersténicos, esténicos y asténicos; mejor dicho y para ser más gráfico, en hipersténicos, hiposténicos y esténicos.

El individuo hipersténico presenta el cuerpo engrosado; la persona hipersténica presenta el tronco engrosado; es de tórax voluminoso y generalmente de complejión apopléctica; tiene fuerte musculatura, las costillas están generalmente poco inclinadas de arriba abajo y los órganos mediatinales presentan una particularidad importante: el corazón especialmente se encuentra algo recostado sobre el diafragma, como que se encuentra oblicuamente

colocado sobre el diafragma, acostado por decirlo así. Y aparte de éstos, el individuo hipersténico tiene los ápices pulmonares que sobresalen muy poco de las clavículas. Así es que el radiólogo al observar a un individuo y notar que sus ápices pulmonares sobresalen poco del nivel de las clavículas y al ver que el corazón no tiene una dirección vertical, sino que más o menos esta dirección es oblicua y tiene tendencia a echarse, diremos así, una tendencia recumbente sobre el diafragma, entonces se trata de un individuo hipersténico. Pues bien, a este individuo hipersténico la forma del estómago que le corresponde es la forma corniforme. Un individuo hipersténico en el cual se viera un estómago en esta forma, se diría que es perfectamente normal; no así en el caso contrario.

El individuo asténico está caracterizado por la delgadez de su cuerpo: el tórax es largo, el vientre corto. Cuando se examinan fueroscópicamente los ápices pulmonares, sobresalen mucho sobre las clavículas y al examinar el mediastino se nota que el corazón está dirigido verticalmente; además las costillas están dirigidas de arriba a abajo, muy oblicuadas, al contrario de un individuo hipersténico en que las costillas están casi paralelas, tienen un cierto paralelismo con la horizontal y se aproximan a esta dirección. Pues bien, a estos individuos la forma normal del estómago que les corresponde es la unciforme, es decir, la forma de anzuelo, la forma de una jota castellana, que se encuentra representada aquí. Si en ese individuo asténico se nota un estómago en forma de cuerno, es anormal e inmediatamente al radiólogo se le presenta en la mente la posibilidad de un carcinoma o de alguna otra lesión gástrica. Así, pues, que este conocimiento es muy importante: El radiólogo debe ver en el momento del examen qué "habitus" tiene el examinando porque de esta manera una vez en posesión del "habitus" sabe apriorísticamente qué forma de estómago debe tener para ver si se encuentra un estómago normal.

Entre estos dos extremos de individuos hipersténicos y asténicos hay un término medio: la forma esténica; y en esos individuos el estómago tiene generalmente una tendencia más bien a la jota que a la forma de cuerno. Es por este motivo, pues, que la forma en anzuelo es tan frecuen-

te, porque los individuos asténicos son relativamente los más frecuentes, y es por este motivo que el radiólogo casi siempre tiene que hacer con la morfología unciforme o en anzuelo.

El radiólogo tiene que tener en cuenta también el tonismo del estómago. Una vez que se ha percatado de la morfología que corresponde a los individuos que examina, tiene que tener en cuenta el tonismo del estómago. El tonismo desde luego es el vigor más o menos grande con que se contraen las paredes gástricas; esta contracción es más o menos vigorosa, según el tonismo que posee el estómago.

Bajo el punto de vista del tonismo, SCHLESINGER divide los estómagos en hipertónicos, ortotónicos y atónicos. Esta división es un poco artificial, pero para los efectos de la práctica es cómoda.

Llama SCHLESINGER estómago ortotónico al estómago en esta forma: Las paredes del estómago se contraen moderadamente, se amoldan moderadamente a los ingestos y los diámetros del estómago son más o menos iguales en todas sus longitudes.

La forma hipertónica es aquella en que el vigor con que las paredes gástricas se contraen es mucho mayor, y entonces el estómago cambia; deja esta forma y se presenta la forma en cuerno, es decir, la morfología de una cavidad ensanchada hacia el polo cardíaco y estrechada hacia el polo pilórico. En esa forma las paredes del estómago no son paralelas, es decir, la curvatura mayor no es paralela a la menor y los diámetros son muy diferentes. El diámetro de la porción cardíaca es mucho mayor que los de la porción pilórica, y las paredes del estómago van reuniéndose poco a poco y van acercándose a medida que se llega a la porción pilórica. No sucede esto en el caso presente, en que las paredes conservan una especie de paralelismo.

En el estómago atónico, que es el estómago opuesto, la morfología es muy diferente. El estómago atónico presenta un abolsonamiento grande hacia abajo; las paredes laterales tienden a acercarse, casi a juntarse, y se juntan a veces de tal modo que detienen la emulsión opacante en el lóculo superior y no permiten que pase al lóculo infe-

rior, y, sobre todo, se manifiesta por la forma amplia de la cámara de aire. La cámara de aire que se ve aquí y que tiene la forma de semiesfera, en el estómago atónico adquiere la forma de un globo aerostático; una bolsa hacia arriba y un adelgazamiento hacia abajo.

Entre esos extremos de estómagos hipertónico y atónico están el ortotónico que ya hemos descrito y el hipotónico. En este último hay una tendencia al abolsonamiento en la parte inferior, pero es menos pronunciado y, sobre todo, las paredes laterales, si bien se acercan un poco, no llegan nunca a juntarse. Patológicamente hay tendencia al hipnotismo y a la forma ortotónica, cuando hay una úlcera gástrica. La úlcera del estómago casi nunca se presenta en un estómago hipertónico; cuando el radiólogo observa un estómago hipertónico, casi casi puede excluir simplemente por la morfología, la existencia de la úlcera gástrica, que casi siempre se manifiesta en los estómagos hipotónicos, ortotónicos o atónicos; muy rara vez, porque esto no es absoluto, se presenta en un estómago hipertónico.

Después el radiólogo tiene que ocuparse del contorno del estómago. En el contorno del estómago tiene que observar el radiólogo, como hemos dicho ya antes, esta angulación y la posibilidad de esta incisura en el contorno normal. Pero cuando se trata de contornos anormales, entonces se presentan una serie de consideraciones que el radiólogo debe tener presente y estas consideraciones son las que se refieren a la posibilidad de aumento en la cavidad gástrica; aumento en los casos de úlcera y disminución en los casos de neoplasma.

El lumen gástrico sufre una especie de aumento cuando asienta en el punto donde la úlcera gástrica perfora la cavidad y entonces se presenta una especie de brote, de "bougeonement". Aquí se ve un aumento de la cavidad gástrica por "nicho". Se trata de un enfermo operado por nuestro querido Decano, doctor GASTAÑETA, satisfactoriamente, de úlcera gástrica a pesar de los enormes trastornos que presentaba y del estado deplorable en que se encontraba antes de la operación. Ustedes ven aquí una especie de "bougeonement", una especie de "nicho", que corresponde a una úlcera gástrica; ustedes ven aquí que esta úlcera gás-

trica no está acompañada de incisuras; generalmente lo está. Si se examina el estómago de adentro para afuera se verá que la úlcera ha formado una especie de grietas en la pared gástrica que ha avanzado en esta pared y que hasta tiene tendencia a perforarla.

Otros cambios de contorno pueden presentarse y se presentan cuando hay una bolsa accesoria. Se puede ver aquí (en esta otra radiografía) la formación de una bolsa accesoria, que no tiene ya la forma regular de un "nicho" o brote, sino que tiene una fuerza perfectamente irregular, casi nebulosa; y esto indica que la úlcera se ha perforado en la pared del estómago, ha sido completamente perforada y que la úlcera se halla en comunicación con los órganos vecinos; que se ha fraguado una comunicación entre el estómago y estos órganos. En este caso se trata, pues, de una bolsa accesoria.

Al contrario de los defectos por aumento, se presentan defectos por disminución del lumen gástrico en casos de carsinomas. Este es un paciente de la clínica de los doctores VILLARÁN y ASPIAZÚ y se nota en esta radiografía serial, —es decir, que se ha tomado varias radiografías en una misma sesión y en corto tiempo—, se nota—decía—un defecto de llenura, como si el estómago estuviera carcomido. Es un defecto de llenura característico y patognomónico de las neoplasias gástricas; patognomónico no sólo por la morfología que presenta el defecto de llenura, sino también por la localización. El 70 por ciento de los neoplasmas gástricos se encuentran en esta porción, es decir, cerca del píloro; raras veces se encuentran en otras porciones del estómago. Por supuesto hay neoplasmas de la región del cardias, neoplasmas que invaden la curvatura mayor y la porción media; pero en la mayoría de las neoplasias presentan esa localización.

El señor DECANO.—Está muy bien, doctor CAMPODÓNICO.

Eran las 8 y 10 p.m.