[Handwritten signature]

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Estómago y duodeno operados. Estudio
radiológico.

Padrino de Tesis: Profesor Dr. Julio M. Moreda.

Tesis de Doctorado
de
Mario Orfeo Martella
- Año 1949 -

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL
DE LA PLATA

RECTOR:

Dr. Julio M. Laffitte

VICERRECTOR:

Ing. Héctor Ceppi

SECRETARIO GENERAL:

Dr. José Armando Seco Villalba

PRO-SECRETARIO GENERAL:

Sr. Victoriano F. Luaces

CONSEJO UNIVERSITARIO

Dr. Julio M. Laffitte

" Alfredo Sachaffroth

Dr. Roberto Crespi Gherzi

Ing. Martín Solari

Dr. Julio H. Lyonnet

" Hernán D. González

Ing. César Ferri

" José M. Castiglione

Dr. Guido Pacella

" Osvaldo A. Eckell

Ing. Héctor Ceppi

" Arturo M. Guzmán

Dr. Roberto H. Marfany

Prof. Arturo Cábours Ocampo

" Emiliano J. Mac Donagh

Cap. de Fragata (r) Guillermo O. Wallbrecher

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DECANO;

Prof. Dr. Julio H. Lyonnet

VICE-DECANO:

Prof. Dr. Hernán D. González

SECRETARIO:

Dr. Héctor J. Basso

PROSECRETARIO:

Sr. Rafael G. Rosa

CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS MEDICAS

CONSEJEROS TITULARES

Prof. Titular Dr. Diego M. Argüello
" " " Inocencio F. Canestri
" " " Roberto Gandolfo Herrera
" " " Hernán D. González
" " " Luis Irigoyen
" " " Rómulo R. Lambre
" Adjunto " Víctor A. E. Bach
" " " José F. Morano Brandi
" " " Enrique A. Votta
" " " Herminio L. Zatti

CONSEJEROS SUSTITUTOS

Prof. Titular Dr. Carlos V. Carreño
" " " Pascual R. Cervini
" " " Alberto Gascón
" " " Julio R. Obiglio
" " " Rodolfo Rossi
" Adjunto " Victorio Nacif
" " " Ramón Tau
" " " Emilio E. Tolosa
" " " Manuel M. Torres

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PROFESORES HONORARIOS

- Dr. Ameghino Arturo
" Rophile Francisco
" Greco Nicolás V.
" Soto Mario L.

PROFESORES TITULARES

- Dr. Argüello Diego M. - Cl.Oftalmológica
" Baldassarre Enrique - F.F. y T.Terapéutica
" Bianchi Andrés E. -Anatomía y F.Patológicas
" Caeiro José A. -Patología Quirúrgica
" Canestri Inocencio F. -Medicina Operatoria
" Carratalá Rogelio F. -Toxicología
" Carreño Carlos V. - Higiene y M.Social
" Cervini Pascual R. - Cl.Pediatría y Pueric.
" Corazzi Eduardo S. - Patología Médica I
" Christmann Federico E. -Cl.Quirúrgica IIa.
" D'Ovidio Francisco R. -P.y Cl.de la Tuberculosis
" Errecart Pedro L. - Cl. Otorrinolaringológica
" Floriani Carlos - Parasitología
" Gandolfo Herrera R. - Cl.Ginecológica
" Gascón Alberto - Fisiología
" Girardi Valentín C. -Ortopedia y Traumatología
" González Hernán D. -Cl.de E.Infecciosas y P.T.

PROFESORES TITULARES

- Dr. Irigoyen Luis - Embriología e H. Normal
- " Lambre Rómulo R. - Anatomía Descriptiva
- " Loudet Osvaldo - Cl. Psiquiátrica
- " Lyonnet Julio H. - Anatomía Topográfica
- " Maciel Crespo Fidel A. - Semiología y Cl. Proped.
- " Manso Soto Alberto E. - Microbiología
- " Martínez Diego J.J. - Patología Médica II.
- " Mazzei Egidio S. - Clínica Médica IIa.
- " Montenegro Antonio - Cl. Génitourrológica
- " Monteverde Victorio - Cl. Obstétrica
- " Obiglio Julio R.A. - Medicina Legal
- " Othaz Ernesto L. - Cl. Dermatosifilográfica
- " Rivas Carlos I. - Cl. Quirúrgica Cat. Ia.
- " Rossi Rodolfo - Cl. Médica Ia. -
- " Stoppani Andrés O.M. - Química Biológica
- " Sepich Marcelino J. - Cl. Neurológica
- " Uslenghi José P. - Radiología y Fisioterapia
-
- Dr. Bach Victor Eduardo A. Prof. adjunto a cargo del
Curso de la Cat. de Cl. Quirúrgica I)
- " Echave Dionisio - Prof. adjunto asistente a cargo del Curso de la Cat. de Física Biológica.
- " Garibotto Román C. - Prof. adjunto asistente a cargo del Curso de la Cat. de Patología Médica.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PROFESORES ADJUNTOS

Dr. Aguilar Giraldes D. J. - Cl. Pediatría y Puericul.

" Acevedo Benigno S. - Química Biológica

" Andrieu Luciano M. - Clínica Médica

" Baglietto Luis A. - Medicina Operatoria

" Baila Mario Raúl - Clínica Médica

" Bellingi José - Patología y Cl. de la Tuberculosis

" Bigatti Alberto - Cl. Dermatosifilográfica

" Briasco Flavio J. - Cl. Pediatría y Pueric.

" Calzetta Raúl V. - Semiología y Cl. Propedéutica

" Carri Enrique L. - Parasitología

" Cartelli Natalio - Cl. Genitourrológica

" Castedo César - Cl. Neurológica

" Castillo Odena Isidro - Ortopedia y traumatología

" Clafardo Roberto - Cl. Psiquiátrica

" Conti Alcides L. - Cl. Dermatosifilográfica

" Correa Bustos Horacio - Cl. Oftalmológica

" Curcio Francisco I. - Cl. Neurológica

" Chescotta Nestor A. - Anatomía Descriptiva

" Dal Lago Héctor - Ortopedia y Traumatología

" De Lena Rogelio E.A. - Higiene y M. Social

" Dragonetti Arturo R. - Higiene y M. Social

" Dussaut Alejandro - Medicina Operatoria

" Fernandez Audicio Julio César - Cl. Ginecológica

" Fuertes Federico - Cl. E. Infecciosas y P.T.

PROFESORES ADJUNTOS

- Dr. García Olivera Miguel Angel - Medicina Legal
- " Giglio Irma C. de - Cl. Oftalmológica
- " Giroto Rodolfo - Cl. Genitourológica
- " Gotusso Guillermo O. - Cl. Neurológica
- " Guixá Héctor Lucio - Cl. Ginecológica
- " Ingrata Ricardo N. - Cl. Obstétrica
- " Lascano Eduardo Florencio - Anat. y F. Patológicas
- " Logascio Juan - Patología Médica
- " Loza Julio César - Higiene y M. Social
- " Lozano Federico S. - Clínica Médica
- " Mainetti José María - Cl. Quirúrgica I.
- " Manguel Mauricio - Clínica Médica
- " Marini Luis C. - Microbiología
- " Martínez Joaquín D. A. - Semiología y Cl. Proped.
- " Matusevich José - Cl. Otorrinolaringológica
- " Meilij Elías - Patología y Cl. de la Tuberculosis
- " Michelini Raúl T. - Cl. Quirúrgica Cat. IIa.
- " Morano Brandi José F. - Cl. Pediatría y Pueric.
- " Moreda Julio M. - Radiología y Fisioterapia
- " Nacif Victorio - Radiología y Fisioterapia
- " Naveiro Rodolfo - Patología Quirúrgica
- " Negrete Daniel Hugo - P. y Cl. de la Tuberculosis
- " Pereira Roberto F. - Cl. Oftalmológica
- " Prieto Elías Herberto - Embriología e H. Normal
- " Prini Abel - Cl. Otorrinolaringológica
- " Penín Raúl P. - Cl. Quirúrgica
- " Polizza Amleto - Medicina Operatoria

PROFESORES ADJUNTOS

- Dr. Ruera Juan - Patología Médica
- " Sánchez Héctor J. - Patología Quirúrgica
 - " Taylor Gorostiaga Diego J.J. -Cl.Obstétrica
 - " Torres Manuel María del C. -Cl.Obstétrica
 - " Trinca Raúl E. - Cl. Quirúrgica Cat. IIa.
 - " Tropeano Antonio - Microbiología
 - " Tolosa Emilio - Cl. Otorrinolaringológica
 - " Vanni Edmundo O. U.F. -Semiología y Cl.Prop.
 - " Vazquez Pedro C. - Patología Médica
 - " Votta Enrique A. Patología Quirúrgica
 - " Tau Ramón - Semiología y Cl. Proped.
 - " Zabudovich Salomón - Clínica Médica
 - " Zatti Herminio L.M. -Cl.E. Infecciosas y P T.

- - - - -

Cumplo con el gratísimo deber
de expresar mi agradecimiento
al profesor doctor Manuel Ma-
lenchini por haberme facilita
do el material radiográfico
que ilustra este trabajo.

INDICE

	Pag.
Consideraciones previas.....	13
Gastroenteroanastomosis.....	14
Resección gástrica parcial con anastomosis gas troduodenal.....	23
Resección gástrica parcial con anastomosis gas troyeyunal.....	27
Resección gástrica total.....	30
Otras operaciones raramente practicadas.....	32
Conclusión.....	34

ESTOMAGO Y DUODENO OPERADOS. ESTUDIO RADIOLOGICO

El examen radiológico del estómago y duodeno los cuales han sido el asiento de una intervención quirúrgica frecuentemente presentan un problema de gran dificultad.

En el caso del estómago intacto, el examen puede ser hecho fácilmente dada la posibilidad de relleno y ver así todo su contorno normal. Pero con un estómago operado, esto no es posible ya que ellos pueden presentar una gran variedad de imágenes aún en ausencia de toda condición patológica.

El papel que le incumbe al radiólogo en el estudio del mismo consiste en establecer una serie de factores que se consignan a continuación:

- a) Si la técnica quirúrgica ha obtenido los propósitos anatómicos y mecánicos de la operación.
- b) Si la curación de la lesión primitiva ha sido lograda.
- c) Si han surgido complicaciones posoperatorias.

Antes de abocarnos a la interpretación de tales factores se mencionan en el párrafo siguiente los tipos de las intervenciones gastroduodenales cuyo estudio se hará de acuerdo al siguiente orden:

- 1º Gastroenteroanastomosis.
- 2º Resección gástrica parcial con anastomosis gastroduodenal.
- 3º Resección gástrica parcial con anastomosis gastroyunal.
- 4º Resección gástrica total.

5° Excisión simple de una úlcera, gastrogastrostomía piloroplastia y otras operaciones poco usadas.

1° GASTROENTEROANASTOMOSIS

El objeto de ésta operación es la de proporcionar libre drenaje del estómago, permitir la regurgitación alcalina del yeyuno, y prevenir el pasaje del contenido ácido gástrico sobre la úlcera pilórica o duodenal. Se la ha empleado en el tratamiento de las úlceras gastroduodenales y en los tumores inextirpables que dificultan la evacuación.

En la posición de pié el hecho más sobresaliente es el pasaje inmediato de la sustancia opaca en el yeyuno, la cual dibuja la neo-boca situada en el punto más bajo de la curvadura mayor. Esto ocurre tan pronto como el enfermo ingiere los primeros tragos. Nada más importante podría darnos en el primer momento, como no sea el estudio inicial del relieve de la mucosa del estómago, la neo-boca y el yeyuno. Si entonces el paciente toma el resto de la sustancia opaca puede tener lugar un relleno completo fugaz del estómago, pero lo más común es que se logre sólamente un relleno parcial irregular, el bario se vierte en el asa eferente del yeyuno en una corriente continua. Si se desea conseguir el relleno completo, duradero, del estómago se logra haciendo una compresión sobre la anastomosis y se obtiene así la imagen de él como si fuera normal.

En la vista frontal -dada su situación general-

mente posterior- la neo-boca se oculta, siendo rara mente visible, por ello es que debe ser examinada en el perfil u oblicua, apareciendo entonces en esta po sición como un canal de bordes lisos y convexos ha- cia adentro (Fig.1).

Si el píloro es permeable se observa el trayec- to duodenal, permaneciendo invisible en caso contra- rio.

El asa aferente cuando no se llena permanece ig- norada para el examinador. Algunas veces se hace po- sible visualizarla cuando se llena ya sea por via de la neo-boca o cuando como se dijo anteriormente el píloro es permeable.

La manera de evacuarse el estómago en éste tipo de operación es en forma continua sin ningún control por parte de la neo-boca, por tal motivo es mucho más rápida que en el no operado. Existen grandes va- riaciones que hay que conocer antes de considerar como anormal un retardo en la evacuación. Varias au- toridades han dado el tiempo para el vaciamiento com- pleto como de una a dos horas, y aún más. Estas ci- fras pueden ser verdaderas si por "vaciado" se entien- de la completa evacuación de todo trazo de bario desde el estómago, pero no si es referida a la masa principal de substancia opaca; la mayor parte de la misma puede haber pasado al yeyuno en 10 o 15 minu- tos y permanecer todavía trazos de bario retenidos en los pliegues de la mucosa por un espacio variable. En todos los casos examinados a la hora de la inges- tión no había restos gástricos.

Veamos a continuación lo que el radiólogo puede establecer como desviado con respecto al tipo normal:

- a) Si la técnica quirúrgica ha obtenido los propósitos anatómicos y mecánicos de la operación.
- b) Si la curación de la lesión primitiva ha sido lograda.
- c) Si han surgido complicaciones posoperatorias.

a) Si la técnica quirúrgica ha obtenido los objetivos anatómicos y mecánicos de la operación planeada. Considerando la correcta ubicación de la neoboca se tendrá en cuenta que ella no debe estar colocada ni muy alta (fig.2), ni demasiada próxima al píloro. La parte más baja de la neo-boca deberá quedar cerca de la porción más declive de la gran curvatura, para prevenir éstasis en el estómago debajo del nivel de la anastomosis. Esto último, sin embargo, ocurre solamente si la boca se sitúa muy alto. En lo que se refiere a su tamaño diremos que ella no debe ser ni demasiado grande ni demasiado pequeña (fig.3); la boca cuando terminada deberá poseer de 6 a 8 centímetros de diámetro. Se elige esta gran abertura por que se tiene en cuenta la considerable retracción que se produce después de la operación. Si la neo-boca es muy amplia se produce el fenómeno del "dumping" yeyunal, que consiste en una evacuación masiva del contenido gástrico con distensión del yeyuno. El estómago puede vaciarse en 2 o 3 minutos. El paciente experimenta una

Fig. 2

sensación de plenitud y malestar inmediatamente después de las comidas y se ve como el yeyuno es distendido y sobrecargado temporariamente.

b) Si se ha obtenido la curación de la lesión primitiva. El problema no ofrece mayores dificultades cuando se trata de poner en evidencia la desaparición o no de un nicho ulceroso del estómago (fig. 4) después de éste tipo de intervención; pero se hace más difícil en la úlcera duodenal. En ella, si no hay pasaje a través del píloro no se obtiene ninguna evidencia. Pero si hay pasaje e imagen duodenal normal la desaparición de la úlcera es indudable. Por otra parte si se observa una deformación sin poder visualizarse el nicho hay que saber que dicha deformación puede ser expresión de la úlcera o solo una secuela de la misma.

c) Si han surgido complicaciones posoperatorias.

Se tendrán en cuenta las siguientes:

Gastritis: La presencia de gastritis es difícil de establecer radiológicamente si no está asociada con yeyunitis, salvo que sea muy intensa. Para sentar su existencia hay que proceder con cautela. Su estudio corresponde en realidad para su diagnóstico a la endoscopia.

Yeyunitis: La yeyunitis no es una secuela rara ~~xxxx~~ en la gastroyeyunoanastomosis. Ella puede aparecer aisladamente (fig.5) o como acompañante de las úlceras pépticas posoperatorias.

Fig.4

El aspecto radiográfico es típico y puede ser fácilmente descripto como demostración de un cambio patológico. Estando el yeyuno lleno de bario muestra su luz estrechada, y presenta en lugar de su dibujo normal característico (imagen en "hueso de arenque" o de "hojade helecho"), que confieren al cuadro radiológico yeyunal los pliegues de Kerkring, una serie de anchas y redondeadas dentelladuras debidas al engrosamiento de los pliegues (fig.5). La compresión suave del segmento inflamado del yeyuno durante la radioscopia permite ver dichas imágenes en la mayoría de los casos.

Úlceras: Habitualmente la úlcera posoperatoria se desarrolla sobre el yeyuno (úlcera yeyunopéptica fig.6) en la porción proximal del asa eferente a unos 3 centímetros de la neo-boca y especialmente en la pared opuesta; le siguen en orden de frecuencia las ubicadas en la misma neo-boca, sobre todo en sus bordes, en el propio sitio de la sutura (de ahí su denominación de úlceras "marginales", del "estoma" o gastroduodenales propiamente dichas); son poco comunes las del asa aferente. En último término se podrían citar -dada su rareza- las úlceras del asa eferente alejadas de la neo-boca.

El diagnóstico radiológico del proceso ulceroso se basa en la existencia del cráter y en la retracción que amenudo le acompaña.

El nicho y la deformación no se diferencian co-

Fig. 5

Fig. 6

mo imagen del mismo proceso desarrollado en el estómago o duodeno. El nicho es la imagen radiológica del cráter y la deformación y estenosis son expresión de la retracción, pero su determinación suele ser más difícil en el estómago operado. En la práctica existen síndromes de ulcus yeyunopéptico que el radiólogo no puede llegar a confirmar.

Una complicación frecuente -y la más temible- de la úlcera péptica es la perforación en los órganos vecinos. La comunicación puede ser directa a través de una perforación libre desde el lado gástrico de la anastomosis, desde el lado yeyunal, o desde ambos lados de la boca anastomótica al colon, es decir puede tratarse de una fístula gastrocólica, yeyunocólica o gastroyeyunocólica. Muy a menudo se interpone un trayecto fistuloso entre el estómago o el yeyuno y el colon, según la proximidad del colon a la úlcera en el momento de la perforación. En muchos casos la úlcera penetra inicialmente en el mesocolon para alcanzar por último el proceso erosivo inflamatorio del colon mediante un trayecto fistuloso.

El diagnóstico puede establecerse con facilidad si la fístula es grande, pues la enema de bario aparece rápidamente en el estómago o administrando el bario por la boca puede penetrar directamente en el colon en cantidad suficiente para ser demostrado por la placa radiográfica.

Estrecheces y obstrucciones: Adherencias, retracciones cicatrizales postulcerosas, hernias del yeyuno a través del mesocolon transverso, compresión del yeyuno a través del mismo ojal, invaginación retrógrada yeyuno-gástrica, vólvulo del asa eferente, etc, son causas de estrecheces u obstrucciones producidas después de una gastroenteroanastomosis. Casi todas estas complicaciones son poco frecuentes, salvo las que son secundarias a procesos ulcerosos.

El examinador pone en evidencia con relativa facilidad ad los signos de las obstrucciones o estenosis, pero le es a menudo imposible establecer su causa, excepto cuando se hace presente un nicho ulceroso (fig.7) que señala la etiología del proceso.

La invaginación retrógrada yeyuno-gástrica posee también su cuadro radiológico. Es una complicación rara de la gastroyeyunoanastomosis. La invaginación produce un defecto de relleno redondeado, móvil, y la imagen muestra a la altura del tumor estriaciones concéntricas debidas a los pliegues yeyunales.-

Como signo general de estenosis u obstrucción se comprueba, en todos los casos, la dilatación preestenótica del yeyuno y del estómago.-

2º RESECCION GASTRICA PARCIAL CON ANASTOMOSIS GASTRODUODENAL.-

Esta operación es en esencia una gastrectomía parcial, con anastomosis término-terminal del duodeno con la porción más baja del muñón gástrico. Exis-

• 7

Fig. 8

ten diversas modalidades en esta intervención, a la cual se le da el nombre genérico de Billroth I (fig.8)

Radiográficamente el estómago se ve truncado, y el contenido gástrico pasa desde su parte más inferior al duodeno. El examen muestra la luz del muñón y el calibre de la neo-boca, la cual casi siempre es continente y de apertura rítmica. El grado de control del pasaje depende de la intensidad de la retracción a nivel de la anastomosis (fig.9). Si ésta se mantiene ancha, encontramos una abundante evacuación en el duodeno que puede experimentar una dilatación bastante acentuada. Otras veces éste adopta una apariencia muy semejante a la normal, pues a menudo se forma un pseudo bulbo (fig.8).-

La evacuación es rápida pero más lenta que en el tipo de operación estudiada anteriormente.-

Como la porción superior del muñón es obliterada por suturas, deberá tenerse presente que en el borde interno del mismo hay irregularidades que pueden simular nichos ulcerosos.-

Teniendo en cuenta estas consideraciones previas, veamos a continuación lo que el radiólogo puede consignar como desviado respecto al tipo normal, y en tal sentido informar acerca de la magnitud del muñón residual y de los posibles obstáculos a la evacuación:

Gastritis. Ha sido comentado en el tópico anterior.-

Duodenitis. Cuando se trata de casos acentuados se observa un aspecto tubular del duodeno con reducción de la luz (fig.10).-

Fig. 10

Úlceras posoperatorias. Se ponen en evidencia bajo la forma de nichos a nivel de la neo-boca o del duodeno (fig.10).-

Estenosis. Pueden ser cicatrizales ulcerosas o por recidiva neoplásica. Se tratan de estenosis de la neo-boca o del duodeno dificultan el pasaje y dilatan el muñón.-

Recidivas neoplásicas. El diagnóstico de recidiva de una neoplasia se hace por los signos radiológicos habituales característicos de la infiltración, esto es, disminución del calibre de la luz o masas vegetantes (fig.11), según la variedad anatómica.- Sumamente difícil resulta determinar, en algunos casos, si la alteración de la luz gástrica o las irregularidades en el relleno son secuelas posoperatorias cicatrizales o corresponden a una masa tumoral que recidiva.- En estos casos se recurrirá a la endoscopia que ayudará a aclarar tal situación.-

Aunque es una contingencia rara, deberá tenerse en cuenta que el muñón de un gastrectomizado por úlcera puede ser asiento de un cancer. El diagnóstico en estos casos participa de las mismas dificultades que se presentan en el diagnóstico radiológico de las recidivas neoplásicas.-

3º RESECCION GASTRICA PARCIAL CON ANASTOMOSIS GASTROYEYUNAL.-

Consiste en una resección parcial del estómago, cierre de ambos muñones y gastroyeyunostomía poste-

11-8-11

11-8-11

rior. Este método se conoce generalmente como resección tipo Billroth II (fig.12).- También aquí resulta difícil para el radiólogo diferenciar las distintas modalidades de este grupo de operaciones.-

El aspecto radiológico normal es el siguiente:

El estómago se comporta similarmente a la gastroyeyunoanastomosis, salvo que falta el antro pilórico. Al principio el muñón gástrico es pequeño, pero posteriormente se agranda un poco.- Esta dilatación no es muy marcada a menos que se produzca una estenosis de la neo-boca. La extremidad ciega del estómago adopta un contorno suavemente redondeado y, según el tipo de operación, se reconocen en el borde interno del muñón gástrico las irregularidades correspondientes a la sutura (fig.12). Esto puede ser visto mejor si se evita la evacuación rápida en el yeyuno obstruyendo mecánicamente la neo-boca. Sólo así pueden ser bien estudiados sus contornos.-

La mezcla opaca penetra casi siempre sólo en el asa eferente. En algunos casos ella pasa también al asa aferente.-

La evacuación de la mezcla opaca es rápida. En los casos observados, a la hora de la ingestión no había restos de bario en el estómago. La comida habitual administrada con bario se evacúa en un término medio de dos horas.-

Conocido el cuadro no patológico, consideremos lo que el radiólogo puede consignar como anormal:

1° Resultado anatómico y mecánico de la intervención. El radiólogo muestra el tamaño del muñón residual y estudia el calibre y funcionamiento de la neo-boca, la cual debe permitir una evacuación continua pero no masiva ni demasiado escasa. Cuando la boca es demasiado ancha se origina el cuadro del "dumping" con sobrecarga y distensión del yeyuno ad yacente (fig.13).-

2° Diagnóstico de las complicaciones posoperatorias. Gastritis; Ha sido considerada anteriormente al tratar las intervenciones ya estudiadas.

Yeyunitis: idem (fig.14).-

Úlceras: idem.-

Estenosis: la estenosis de la neo-boca dilata el muñón (fig.15). La naturaleza de esta condición es claramente visible radioscópicamente. La estenosis del asa eferente dilata el muñón y provoca reflujo y dilatación del asa aferente.-

Recidiva tumoral: ha sido considerada precedentemente.-

4° RESECCION GASTRICA TOTAL.-

Se trata de una operación difícil técnicamente, indicada en algunos casos de carcinoma gástrico. Consiste en una resección total del estómago con anastomosis de la porción terminal del esófago con una asa alta del yeyuno.-

Radiológicamente se observa la anastomosis directa entre el esófago y el yeyuno, el cual aparece

Fig. 13

Fig. 14

más o menos dilatado (fig.16). El tránsito es tan rápido como en los casos de gastrectomía parcial.-

El diagnóstico de las complicaciones posoperatorias encierra las mismas dificultades consignadas anteriormente, siendo las más frecuentes las estenosis cicatrizales de la neo-boca y las recidivas tumorales.-

5° OTRAS OPERACIONES RARAMENTE PRACTICADAS

Escisión simple de una úlcera. Muy pocas veces hay ocasión de explorar el estado resultante de la práctica de esta operación, que no requiere descripción. Queda al examen una irregularidad en el sitio intervenido sin características especiales. Es imprescindible el conocimiento de la operación practicada.-

Gastrogastrostomía. Esta operación está hoy día completamente abandonada, de modo que muy raras veces hay que explorar esta clase de enfermos. Consiste en una anastomosis entre los dos sacos de un estómago en reloj de arena. Se puede llegar a observar el canal entre ambos sacos.-

Duodenoyeyunostomía. El duodeno es movilizado, llevado a través del mesocolon transversal, y anastomosado lateralmente al yeyuno. Se ha empleado en las dilataciones duodenales por obstáculo situado distalmente a la segunda porción. Desde el punto de vista radiológico se observa el pasaje directo de la sustancia opaca de la segunda porción del duode

Fig. 9.

Fig. 10.

no al yeyuno.-

Piloroplastia. Esta intervención consiste en una incisión longitudinal del canal pilórico, en casos de estenosis simple del píloro, la incisión debe ser su turada transversalmente. Si no se conoce los antecedentes operatorios no es posible reconocer la imagen radiológica como consecutiva a esta operación.-

Colecistogastrostomía. Esta operación tiene lugar en los casos de destrucción del colédoco, y consiste en una anastomosis del fondo de la vesícula con la parte anterior del antro pilórico. La imagen radiológica con sustancia opaca es bastante típica. La vesícula se llena con bario (fig.17) y con frecuencia se hacen visibles los conductos biliares.-

Colecistoduodenostomía. En esta intervención se observa una imagen similar, salvo que la anastomosis se hace entre el fondo de la vesícula biliar y la segunda porción del duodeno.-

CONCLUSION

A modo de conclusión sobre el valor del examen radiológico realizado en este estudio, diremos:

1º)- En cuanto a si la radiología está capacitada para juzgar si la técnica quirúrgica ha logrado los propósitos anatómicos y mecánicos de la operación, podemos decir que es útil sólo para registrar errores groseros, pues en cirugía gástrica se posee un gran margen de libertad en la técnica sin comprometer el resultado de aquélla.-

2°)-Que es eficaz para registrar si ha desaparecido o no la lesión por la cual se intervino.-

3°)-Que la mayor parte de las complicaciones posoperatorias de las intervenciones tienen imágenes típicas. Como norma general se aconseja que se limite a consignar en forma objetiva los datos radiológicos sin abrir juicio en cuanto a su valor patológico, pues, excepto en las úlceras y en las obstrucciones, es evidente que la correspondencia entre la clínica y los signos radiológicos dista mucho de ser constante.-

En los casos observados de operados gastroduodenales no había síntoma de enfermedad en numerosos portadores de adherencias no obstructivas, "dumping" de la neo-boca, cuadros radiológicos de yeyunitis, etc.-

JULIO MARÍA MONEDA

BIBLIOGRAFIA

- Aguirre Juan A. y Jorg Eduardo. Tratado de Radiología Clínica. T.II-1947.-
- Bockus H.L. Gastroenterología. Ed.1948.-
- British Authors. A Text-Book of X-Ray Diagnosis.1938.
- Gutmann R.A. Diagnostic radiologique des lésions des bouches de G.E. Bulletin.Soc. Rad. Med. de France. 1931.
- " " Complications de la G.E. Journal de Med. de Paris. 1931.
- Oviedo Bustos J. Visualización radiológica del asa aferente en los gastrectomizados.Su valor clínico.Rev.Med.de Rosario.Año XXVI Marzo 1936.Nº3.
- " " Ulcera gástrica y duodenal. El Ateneo 1938
- " " La Prensa Med.Arg.XXXIV (18 Abril) 1947
- Schinz. Röntgen-Diagnóstico. TomoII. Ed.1948.
- Templeton F.E. X-Ray Examination of the Stomach .1944
- Uslenghi José P. y Arrigo Foa.Estudio radiológico del estómago operado. En Anales del Inst. Modelo de Cl.Med. T.21-Año 1940.
- Vidal Colomer E.-Romero Calatayud A.El estómago operado. Salvat S.A. Barcelona 1946.
- Zerboni E.R. Estudio radiológico de los estómagos operados. Anales de la Facultad de Med. de Montevideo. Vol.34-1949.

Maria G. Bartella

Lon (37) 907 as =

ci accf

[Signature]
RAFAEL G. ROSA
PROSECRETARIO

[Signature]
16-x-44