

Sessió del dia 28 de maig de 1934

PRESIDENCIA DEL DR. PI SUÑER

## Estudio radiológico del bulbo duodenal ulceroso.

por el Dr. JACINTO VILARDELL

La radiología del bulbo duodenal, desconocida casi por completo hasta hace unos años, ha hecho recientemente un progreso enorme debido a las descripciones clásicas de Akerlund, las cuales, por otra parte, han sido posibles gracias a los avances realizados en la técnica exploratoria.

El bulbo duodenal ulceroso se nos presenta bajo una serie de aspectos sumamente difíciles de interpretar, si no se tienen conocimientos precisos de anatomía patológica de la úlcera y de la forma en que ésta evoluciona en el curso de la llamada enfermedad ulcerosa. A base de estos conocimientos, podemos interpretar la variedad enorme de deformaciones que se observan en el bulbo y que abarcan desde la pequeña incisura espasmódica, a menudo vencible por contracciones enérgicas, a las grandes deformaciones cicatriciales, esclerosas, que apenas si dejan huella de lo que había sido aquel duodeno en estado normal, pasando, naturalmente, por toda suerte de imágenes más o menos deformadas y que corresponden al período de evolución del ulcus y a su localización en el bulbo. En nuestro estudio nos atenderemos a la clasificación dada por Martinotti, aceptando también los períodos en que esquemáticamente divide la evolución del ulcus duodenal.

Antes de entrar en la descripción de los síntomas radiológicos, daremos algún detalle de la técnica exploratoria y un pequeño resumen del bulbo duodenal normal y de la nomenclatura radiológica de sus diferentes partes.

**TECNICA DE EXPLORACION.** — La técnica tiene siempre en todas las exploraciones una importancia capital; pero en la del duodeno es ésta tan extraordinaria, que es completamente imposible hacer un diagnóstico de seguridad si aquélla no es perfecta.

Una buena técnica de exploración debe comportar una *radioscopia perfecta* y unas *impecables radiografías*. No entraremos aquí en la discusión entablada tiempo atrás entre los clínicos radiólogos sobre las ventajas de uno y otro proceder. Creemos, con Guttmann, que ambas son imprescindibles, siendo, por lo tanto, de absoluta necesidad el practicar, previa radioscopia, una serie de radiografías, o mejor radiografías seriadas, si no queremos exponernos a errores diagnósticos graves, por habernos dejado escapar la imagen de un nicho, como ocurre también frecuentemente en las úlceras de la pequeña curvadura del estómago. Conocemos las objeciones de Ratkoczi, jefe del servicio de radiología del Prof. Koranyi, de Budapest, quién pretende, con su método personal de radioscopia del duodeno, llegar a hacer el diagnóstico radiológico en todos los casos de úlcera duodenal sin necesidad de recurrir a la radiografía. A pesar de ello y de considerar excelente la técnica por él recomendada, nuestra experiencia personal nos demuestra la necesidad de la radiografía, la cual, al mismo tiempo que nos permite precisar más en el estudio de la lesión, en todo momento nos sirve de control para investigaciones posteriores.

Nosotros empleamos la técnica de Akerlund, H. Berg i Albrecht, estudiando el duodeno con compresión y capa fina siguiendo los consejos de Akerlund y Attinger, completando la exploración con la radiografía a tiempo y con la compresión dosificada «Dossier-te kompression». Queremos insistir solamente en la necesidad de practicar el examen en diferentes posiciones, y en particular las oblicuas (oblicua derecha anterior y oblicua izquierda anterior), para no dejar pasar desapercibidos los llamados nichos de perfil, de cuya frecuencia hablaremos más adelante.

**EL DUODENO NORMAL.** — Antes de entrar de lleno en la descripción de los síntomas radiológicos del bulbo duodenal ulceroso, nos permitiremos recordar, aunque rápidamente, la anatomía radiológica del duodeno a los rayos X. Distinguimos en el *duodeno tres porciones*: una primera porción constituida por el llamado *bulbo duodenal*, por Holzknrecht, «cap of the stomach», por Cole, y *ampolla* por otros autores.

La segunda porción constituye la *parte descendente* y la tercera la *ascendente*, hasta el ligamento de Treitz, es decir, en su unión con el veyuno. Por la palpación, *todas las partes del duodeno son movibles*, a excepción de la *flexura duodeno veyunal*, que se presenta fija. Como que las lesiones ulcerosas tienen su asiento principal en el bulbo, nos ocuparemos en nuestro estudio de las variaciones de forma que presenta exclusivamente esta porción del duodeno.

El *bulbo* duodenal normal presenta el *aspecto de un cono* o de una *llama*, y sus *contornos* son perfectamente *regulares* cuando se encuentra completamente inyectado por la substancia opaca. Solamente cuando es escasa la cantidad de papilla que queda en su interior o bien cuando se producen los movimientos peristálticos pueden observarse variaciones de sus contornos.

Aunque conserve siempre la misma forma, no siempre guarda la misma relación con la dirección del eje del cuerpo del estómago. Las variacio-

nes que se observan dependen esencialmente de la constitución del sujeto ; así vemos, por ejemplo, un bulbo horizontal que corresponde a los tipos pícnicos, alargado en forma de verdadera llana en los asténicos y más o menos globuloso en los hipertónicos. Asimismo se observa una posición anteroposterior que dificulta su exploración en los mismos individuos del primer grupo (fig. 2).

También sus relaciones con la columna vertebral pueden variar según la constitución del individuo.

Para el estudio radiológico del bulbo normal distinguimos varias regiones cuya nomenclatura dada por Chaoul y aceptada por la mayoría de autores, es la siguiente (fig. 3) :

*Base del bulbo.* — Corresponde al píloro con su seno basal o recessus superior e inferior, cuerpo bulbar y porción apical ; en el cuerpo del bulbo se distinguen además la curvatura menor y la curvatura mayor por analogía con las del estómago. En posición oblicua pueden distinguirse las caras anterior y posterior que constituyen los lugares de predilección de las lesiones ulcerosas.

En cuanto a la motilidad, relleno y vaciado del bulbo, intervienen una serie de factores : motilidad gástrica, juego pilórico, tonicidad del bulbo en sí mismo, etc. No hay, pues, una regla constante. En la insuficiencia pilórica puede observarse un relleno completo y duradero. En cambio, en la úlcera duodenal se aprecia frecuentemente un vaciado rápido que dificulta a menudo una detenida exploración.

*El bulbo duodenal ulceroso.* — Los progresos realizados recientemente en el dominio del radiodiagnóstico, gracias a las modernas técnicas, han hecho rectificar la célebre frase de Moynihan, cuando decía que «en el ulcus duodenal la anamnesis lo es todo y la exploración física casi nada». Es evidente que la historia clínica del enfermo continúa siendo el punto de apoyo más importante para llegar a un diagnóstico, puesto que además de orientarnos respecto a la naturaleza de la enfermedad, nos sirve para conducir la exploración física, pero no hay duda alguna que, por importante que sea la anamnesis, la observación directa de la lesión, tal como puede lograrse hoy día, es la única garantía de la certeza del diagnóstico. Con una buena técnica y con una gran práctica puede llegarse al diagnóstico del ulcus en un 95 por ciento de los casos. Este alto porcentaje, señalado por Berg por primera vez, ha sido después confirmado por múltiples autores, Knothe, Albrecht, Pansdorf, y, entre nosotros, por Felipe Morán.

*Localizaciones de la úlcera en el bulbo.* — Sabido es que el ulcus duodenal tiene su preferencia por el bulbo. En esto, tanto los anatómo-patológicos como los cirujanos están de perfecto acuerdo, pero no en cuanto a su localización en el mismo bulbo. En general, los primeros afirman que es mucho más frecuente en la pared anterior que en la posterior, y, en cambio, los cirujanos creen que es la pared posterior la más a menudo afectada. Esta divergencia estriba, según Chaoul, en la dificultad de apreciar un ulcus en el momento de la intervención quirúrgica, puesto que muchas veces, y debido a la ausencia de reacción por parte de la serosa, puede pasar desapercibida la existencia de una ulceración. Estas

diferencias de apreciación existen también entre radiólogos tan competentes como Chaoul y Martinotti, el primero sosteniendo la opinión de los anatómo-patólogos, y el segundo la de los cirujanos.

Para Martinotti, de las diferentes partes del bulbo, la cara posterior y la base son las principalmente afectas, siguiendo después en frecuencia la cara anterior, la pequeña curvatura, y en último grado la gran curvatura.

La sintomatología radiológica del *ulcus* depende del período en que se encuentra de su evolución, y al mismo tiempo de su localización en las diferentes partes del bulbo duodenal. Para comprender mejor las alteraciones estructurales que éste presenta, Martinotti propone el siguiente esquema de las localizaciones de la úlcera. (fig. 5).

Según este esquema, el *ulcus* duodenal puede clasificarse de la siguiente manera :

Úlcera	Distal	Yuxta-pilórica	(1)
		Para-pilórica	(2)
	Basal	Media central	(3)
		Lateral	(4)
		Distal	(5)

Con esta clasificación será fácil comprender después los diversos tipos de deformaciones que se observan en las diferentes fases de la evolución de un *ulcus*. En la descripción de los síntomas nos atenderemos a las localizaciones propuestas por Martinotti. (figs. 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12).

¿El conocimiento de estas localizaciones, tiene alguna utilidad práctica? Quizás Martinotti, en la clasificación que propone de la úlcera duodenal, exagere un poco al considerar tantas variedades, la mayoría de ellas muy similares y difíciles de precisar, pero es indudable que el conocimiento de la localización en sus cuatro puntos más importantes: base, punta, cara anterior y posterior, es de una importancia extraordinaria, sobre todo cuando hay que pensar en una intervención quirúrgica con resección.

No todas las úlceras son tributarias de ella, y el que lo sean o no, depende en gran parte del lugar del bulbo en donde está implantada la úlcera, además de otros factores que no es el momento de mencionar. Por otra parte, es conocida la tendencia de la úlcera de pared anterior a perforarse en peritoneo libre, el ser la posterior más hemorrágica y, como consecuencia de su topografía, dispuesta a penetrar en el páncreas, conocimientos todos de un gran valor para sentar el diagnóstico y la indicación terapéutica.

**SIGNOS RADIOLOGICOS DE LA ÚLCERA DUODENAL.** — Son casi idénticos a los de la úlcera gástrica. Podríamos decir, con Beclère, que se trata de un estómago en pequeño: con las mismas imágenes diverticulares, reacciones espasmódicas parecidas, con su carácter esencial que es la «constancia».

Algunos autores creen, a este propósito, que si en una serie de radiografías anormales aparece una normal, hay que decidirse por esta última. Radiólogos de la competencia de Akerlund, Beclère y otros no lo creen así. R. Guttmann, en publicaciones recientes, ha insistido sobre el bulbo ulceroso, aparentemente normal en una exploración a los rayos X, llegando a las mismas conclusiones de los autores citados.

Como es sabido, los signos radiológicos del ulcus se dividen en signos directos e indirectos. Como decíamos en un principio, los signos indirectos puede decirse que van pasando al olvido, no sólo por la frecuencia y constancia con que se observan los signos directos, sino también porque se presentan una serie de lesiones otras que el ulcus, y a menudo en afecciones lejanas de este segmento del intestino delgado.

**SIGNOS INDIRECTOS.** — Dependen casi todos ellos de trastornos de la motilidad, quedando reducidos a los siguientes:

- 1.º Hiperperistaltismo gástrico.
- 2.º Insuficiencia pilórica.
- 3.º Espasmo pilórico.
- 4.º Vaciamiento rápido del bulbo. Espasmo pilórico tardío.
- 5.º Vaciamiento lento. «Dauerndebulbus».

Además, entra también dentro de los signos indirectos el dolor a la presión en el bulbo duodenal. Ninguno de ellos tiene una significación específica, a no ser que vayan acompañados de los signos directos, y de un modo especial del nicho, que es la imagen característica de la ulceración. En una palabra, hoy día no puede ni debe hacerse el diagnóstico de ulcus duodenal por la sola presencia de signos indirectos, y, por lo tanto, no insistiremos más acerca de su valor diagnóstico.

**SIGNOS DIRECTOS.** — Las deformaciones que se observan en el bulbo duodenal, producidas por la existencia de un ulcus, dependen del período en que se encuentra de su evolución, del tipo anatómico de la lesión (úlceras *simple*, *callosa*, *penetrante*, *perforante*) y de su localización. Para comprender mejor el origen de aquellas deformaciones, podemos dividir la evolución de un ulcus en tres períodos:

*En el primero* existe una ulceración simple. La pérdida de sustancia se limita exclusivamente a la mucosa, pudiendo llegar, en ciertos casos, a la muscular. Puede acompañarse de reacciones inflamatorias diversas (edema, infiltraciones).

*En el segundo* período aparecen fenómenos de cicatrización y esclerosis, persistiendo todavía el cráter de la ulceración, y en el tercero aparecen deformaciones extraordinarias, que modifican completamente la forma del bulbo normal, habiendo desaparecido inclusive toda señal de ulceración. Según esto, toda úlcera del bulbo tiene, pues, su expresión radiológica. Cuando ésta no aparece, nos atreveríamos a afirmar que en 95 por 100 de los casos es porque el radiólogo *no lo sabe buscar* o no dispone de medios para buscarlo. Asimismo, cuando, hecho el diagnóstico

clínico y radiológico del *ulcus*, el cirujano no lo encuentra, no significa que no exista, ya que puede tratarse de un *ulcus* superficial en el primer período de evolución, cuando no hay todavía reacción por parte de la serosa ni endurecimiento de la pared, pudiendo así pasar desapercibido. Podemos recordar, a este propósito, la discusión entablada cuando Reichmann describió su síndrome; Soupault y Hartmann afirmaban que cuando el cirujano no encontraba el *ulcus* en un enfermo que presentaba dicho síndrome, era, también, porque el *operador no había podido o sabido hallarlo*. Con esto querían significar la existencia de estas ulceraciones superficiales que no pueden demostrarse por el aspecto exterior del duodeno o del estómago en el acto operatorio.

Los signos directos pueden dividirse en dos grandes grupos, que dejamos anotados en el siguiente cuadro.

- |   |  |
|---|--|
| 1.º <i>Presencia del nicho</i>  | Nicho de perfil, «Profilnische».   |
|   | Nicho de cara, «En face niche».  |
|   | Rectitud y rigidez de la curvatura donde asienta el <i>ulcus</i> .   |
|   | Signo de Cole, «Encoche» de la pared opuesta al <i>ulcus</i> .   |
|   | Signo Akerlund, «Asimetría pilórica».  |
|   | Signo de Chaoul, «Conicidad del piloro».   |
| 2.º: <i>Deformaciones bulbares producidas por procesos inflamatorios o cicatriciales.</i> | Signo de Barclay, «Mancha suspendida precisamente en el recessus retróluceroso, y no en el fondo del mismo nicho.                              |
|   | Formaciones diverticulares o <i>doisas</i> en los recessus.  |
|   | Grandes deformaciones bulbares, por lesiones intrínsecas y extrínsecas.  |
|   | Acortamiento de la distancia piloro-ampolla Vater que puede hacer desaparecer la «pars horizontalis», por retracción cicatricial longitudinal. |

**PRIMER GRUPO. EL NICHOS.**—Distinguiremos el nicho de perfil de cara anterior y posterior (Profilnische) y el nicho de frente o de cara (En face niche). La frecuencia con que se observa el nicho depende de la técnica empleada para buscarlo: Hudeck decía que lo encontraba raramente. Kaumel afirmaba que este síntoma es tan raro, que no tiene una gran significación para el diagnóstico. Carmann, en 1914, lo encuentra dos veces sobre 198 casos. La explicación de esta rareza la daba Goldammer considerando que el *ulcus* penetrante es poco frecuente en el duodeno, de tal manera, que la importancia que tiene el síntoma nicho en el estómago no aparece como significación de valor en el duodeno.

Vemos, pues, que con los antiguos métodos el hallazgo del nicho es relativamente raro. Carmann y Sutherland, más tarde, lo encuentran ya

en un 13 por 100 de los casos. Kirklín, en la clínica de Mayo, en un 15,24 por 100, en un total de 1.971 casos durante el año 1930. Empleando la compresión de Berg, Akerlund y Albrecht lo encuentran en proporciones mucho mayores; Akerlund en un 60 por 100 de casos, sobre 109 enfermos; Berg en un 50 por 100, y Clark y Geyman en un 54 por 100; recientemente Albrecht en un 90 por 100 de casos. En cuanto a la frecuencia de úlceras entre la pared anterior y posterior, podemos citar la estadística de Albrecht, que da una proporción de 1,4 a 1. Asimismo, la multiplicidad del *ulcus duodenal*, la «Kissing ulcers», de Moynihan, pueden establecerse, según el mismo autor, en un 40 por 100 de los casos.

Todas estas estadísticas nos demuestran la importancia de la técnica en la exploración duodenal colocando al enfermo en distintas posiciones, oblicua anterior, derecha e izquierda, y empleando la compresión si es necesario.

El *nicho de perfil* aparece como un cono saliente en forma de clavo, o más ancho (fig. 13), situado en la cara anterior o posterior y más o menos salientes, según la profundidad de la ulceración. A veces se acompaña de un pequeño espacio claro, producido por una pequeña cámara de aire; se parece al llamado cono de atracción de la úlcera de pequeña curvatura del estómago. Presenta, además, alrededor del cono saliente, una concavidad de gran significación diagnóstica, hasta tal punto, que para Albrecht, si aquella falta, hay que dudar de que se trata de un verdadero nicho. Esta concavidad se debe, o bien a fenómenos inflamatorios periulcerosos, o es el resultado de procesos cicatriciales que empiezan a iniciarse en la úlcera. Akerlund concede también un gran valor a este síntoma, al que describió con el título de «retracción de la convexidad del *ulcus*». (Fig. 14.)

La interpretación anatómica del nicho ha sido muy discutida; para Beclère es la expresión radiológica de la úlcera parietal no perforada, y su formación se debería a la debilidad de la pared en un punto ulcerado, favorecida por la presión intraduodenal, o bien a la atracción por adherencias peri-duodenales, a semejanza de lo que ocurre con el cono de atracción del estómago. Lo que sí es un hecho evidente es que el nicho es tanto más visible cuanto más considerable es la infiltración inflamatoria o edematosa de los bordes de la ulceración, dando a menudo la imagen de una úlcera casi gigante, y en cambio en la intervención quirúrgica se aprecia solamente una ulceración superficial o poco profunda.

El tamaño no tiene, pues, ninguna importancia, si bien Bergmann escribe que «cuanto más pequeño es el nicho, tanto mayor es su significado». El nicho así considerado pertenecería a la primera fase de la evolución del *ulcus*, no representando, pues, siempre, como cree Akerlund, una úlcera callosa.

*Nicho de frente o de cara, «en face niche»*.—Es más difícil de ver todavía que el nicho de perfil. Probablemente las estadísticas bajas de la visibilidad del nicho en el *ulcus duodenal*, se deben en gran parte a las dificultades debidas hasta ahora para hacer visible el «*ulcus en face*». Aquí es donde la técnica tiene mayor importancia y donde la compresión (compresión dosificada), junto con la exploración con capa fina, han dado los mejores resultados.

El nicho se presenta en el bulbo como una mancha oval o redondeada generalmente central (figs. 15 y 16); esta mancha corresponde al carácter de la ulceración y puede observarse cuando es bastante profunda, aun sin compresión. En este caso la mancha puede persistir, después de vaciado el bulbo duodenal, incluso transcurridas unas horas después de la exploración. No se puede confundir esta sombra con la que se observa a menudo en la base del bulbo, producida por la retención del bario en uno de sus senos. Si el ulcus es superficial, hay que recurrir a la compresión dosificada para poder observar la imagen característica. Berg lo designa con el nombre de «Reliefsniche», o sea, nicho del relieve de la mucosa. Esta mancha oval está rodeada de una zona clara más o menos extensa, «Ringwall», de los autores alemanes, y que corresponde anatómicamente a los bordes infiltrados y edematosos de la ulceración, representa la misma imagen que hemos descrito anteriormente en los nichos de perfil. Cuando, desaparecidos los fenómenos inflamatorios del ulcus, empieza a iniciarse su cicatrización, aparecen entonces los pliegues radiados de la mucosa, que se concentran en el punto en donde asienta la úlcera. En este caso puede persistir todavía la mancha característica del nicho, o bien puede quedar reducida a una pequeña sombra, debida a la confluencia de los pliegues mucosos.

El diagnóstico del ulcus «en face» es, en ocasiones, sumamente delicado. Además de la precisión en la técnica, influye también sobremanera en que sea más o menos visible el nicho, el que se encuentre en una fase de actividad o de reposo.

Guttman ha insistido mucho sobre ello, confirmando lo anteriormente señalado por la escuela alemana. Es lo mismo que ocurre en una fase aguda del ulcus de pequeña curvatura del estómago, en que la zona de edema y de infiltración peri-ulcerosa hace aumentar considerablemente la imagen del nicho. Por eso vemos desaparecer como por encanto enormes imágenes cavitarias, que a primera vista parecían completamente incurables. En la fase de reposo puede desaparecer, pues, la imagen, casi en su totalidad, o quedar reducida a una pequeña mancha, que fácilmente puede pasar desapercibida, si no se explora detenidamente y no se posee una gran práctica.

SEGUNDO GRUPO.—Está constituido por los demás signos directos del ulcus, los cuales podemos dividir en transitorios y permanentes. Entre los primeros podemos colocar la rectitud y rigidez de la curvatura donde asienta el ulcus y el llamado signo de Cole, o sea, la escotadura opuesta a la pared ulcerada, que puede ser espasmódica, pero también cicatricial.

Estos signos se deben también al proceso inflamatorio de la lesión ulcerosa y, por lo tanto, pueden desaparecer por el regreso de su fase activa.

Los otros signos pueden considerarse como permanentes. La mayor o menor deformación del bulbo dependerá de la intensidad del proceso cicatricial o escleroso que se haya formado. Corresponden a este grupo la disposición excéntrica del bulbo, la formación de bolsas, la asimetría pilórica, el acortamiento de la distancia piloro-ampolla de Vater, etc. En-



tran, pues, en el grupo de las grandes deformaciones bulbares, que en ocasiones no permiten ni tan sólo reconocer la imagen del bulbo duodenal.

Por las imágenes que acabamos de describir, expresadas en nuestras radiografías, vemos cómo puede seguirse radiológicamente, aunque no sin ciertas dificultades, la evolución del *ulcus duodenal* en sus tres períodos más importantes, descritos anteriormente.

Relacionando, pues, los síntomas radiológicos según el estadio de evolución del *ulcus*, podríamos resumir este estudio de la manera siguiente :

*Resumen de los síntomas radiológicos según el estadio de evolución.*

<p>Primer estadio.—<i>Ulcus</i> inicial, con o sin hechos iniciales de esclerosis de la pared bulbar.</p>	<p>Nicho en forma de cabeza de clavo (nicho de perfil, mancha oval o redonda rodeada de una zona clara en forma de anillo, «Ringwall».</p>
<p>Segundo estadio.—<i>Ulceras</i> con fenómenos de esclerosis.</p>	<p>En fase de cicatrización, imagen estrellada. Además de la imagen propia del nicho, se observa la rigidez propia de la pared, la excentricidad del bulbo respecto al píloro, incisuras y formación de cámaras.</p>
<p>Tercer estadio.—Consecuencias de la esclerosis.</p>	<p>Bulbo en forma de canal rígido o de un cono, con o sin divertículos (Martinotti).</p>

**SIGNOS RADIOLOGICOS DEL ULCUS DUODENAL, CICATRIZADO.**—Es éste un problema que se nos presenta todos los días en clínica, que nos es exigido constantemente por los enfermos, y sumamente difícil de resolver. ¿Podemos, por medio de la exploración radiológica, asegurar cuándo un *ulcus* está completamente cicatrizado? Hemos visto en el transcurso de esta disertación cuáles eran los síntomas radiológicos de la úlcera duodenal que tenían un valor definitivo, habiendo llegado a la conclusión de que, entre todos ellos, sólo la existencia del nicho podía servirnos para sentar el diagnóstico del *ulcus duodenal* activo; las demás deformaciones del bulbo son acompañantes de aquél (espasmo, rigidez, etc.), o bien son su consecuencia (retracciones, esclerosis, divertículos, etc.). Asimismo, pues, para poder hablar de cicatrización o curación de un *ulcus*, no tenemos otra guía que la de ver desaparecer la lesión patognomónica, es decir, el nicho.

Radiológicamente, la cicatrización de un *ulcus* de los llamados «en face» se manifiesta por una suerte de pliegues radiados, concéntricamente dirigidos hacia el punto en donde tenía asiento el nicho; en su lugar se observa una pequeña mancha, punto de reunión de los pliegues que se distinguen perfectamente de la imagen observada anteriormente (fig. 26, tomada de Albrecht).

En las úlceras de perfil se observa una regularidad absoluta del con-

torno duodenal, o sea la desaparición del cono que acusaba el nicho, exactamente igual que en las úlceras de pequeña curvatura del estómago.

Cuando examinamos un enfermo avanzado, es decir, cuando su ulcus ha llegado ya al tercer período, entonces las deformaciones del bulbo son ya definitivas, y será siempre sumamente difícil asegurar si existen o no todavía vestigios de la ulceración.

Otro punto de importancia capital es el siguiente: ¿La desaparición del nicho significa la curación de un ulcus? Nos encontramos aquí en el mismo caso que en el ulcus de pequeña curvatura del estómago, pudiéndonos hacer, por lo tanto, las mismas consideraciones. Todos tenemos observaciones de enfermos en los que ha desaparecido toda sintomatología clínica y radiológica y que al cabo de un tiempo han vuelto a sufrir, apareciendo nuevamente la imagen radiológica característica anterior. Guttman ha insistido mucho sobre ello, diciendo que se trata de úlceras que evolucionan netamente por períodos y que solamente se hacen visibles en una de sus fases agudas, desapareciendo después otra vez, con o sin tratamiento. Otros autores como Clarck y Geyman, en un reciente trabajo dedicado a este interesante estudio, llegan a las siguientes conclusiones:

1.º En más de la mitad de los casos de ulcus duodenal, los rayos X proporcionan un valor definitivo, determinando la respuesta de la lesión al tratamiento.

2.º La desaparición radiológica del nicho significa una respuesta inicial favorable al tratamiento, pero no significa que la úlcera esté completamente curada.

3.º Existe un tiempo variable para la desaparición del nicho en cada caso. Como regla general, puede decirse que la úlcera duodenal cura más lentamente que la úlcera gástrica.

4.º Las deformaciones del bulbo observadas con los rayos X no son solamente dependientes de una lesión ulcerosa, y tienen escaso o ningún valor para el conocimiento de la respuesta de la lesión al tratamiento.

El Dr. Georges W. Grier opina igual que los autores mencionados, y dice, además, que la desaparición del nicho tampoco significa curación, puesto que puede tratarse de una epitelización incompleta del cráter, y a menudo, observando bien los enfermos en diferentes posiciones, puede observarse el nicho. Para B. R. Kirklin, la deformación constante del bulbo duodenal significa la existencia de ulcus, aun sin cráter.

En cambio, Buckstein señala que en tres casos por él observados, tuvo lugar la remisión de todos los síntomas clínicos, al mismo tiempo que desaparecía también el nicho. De ahí que crea que cuando ambos factores se unen, se puede llegar a la conclusión de que la úlcera ha curado completamente.

No obstante, Ackerlund dice que es frecuente observar la desaparición absoluta de toda clase de molestias y, en cambio, persistir la ulceración; es decir, el nicho, aunque en ocasiones haya disminuído el tamaño, lo cual significa que no existe relación entre el estado anatómico de la lesión y la sintomatología clínica.

¿Cómo se explica que una úlcera incompletamente curada no retenga la papilla? Experimentalmente, Mann y Williamson, y también en deter-

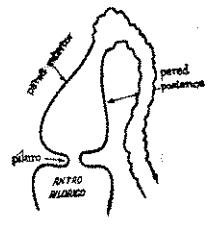
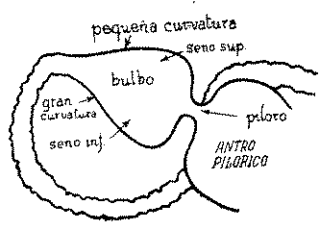
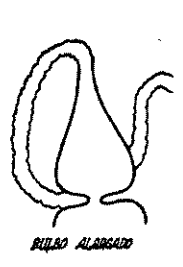
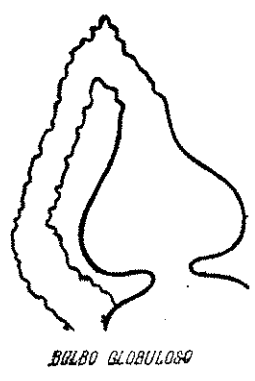
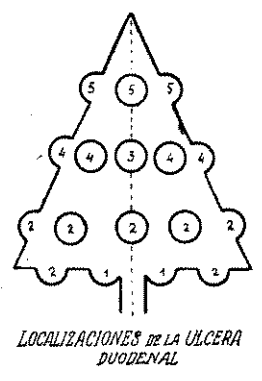
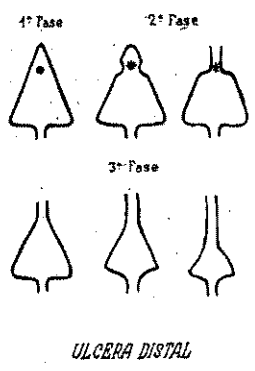
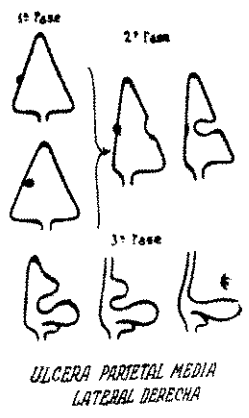
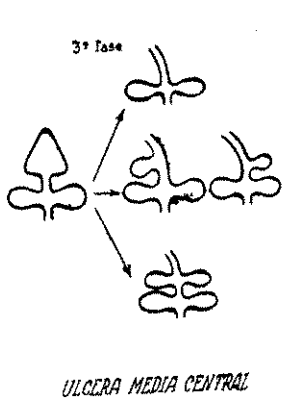
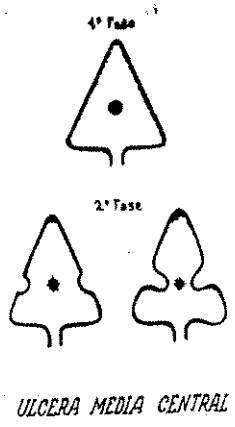
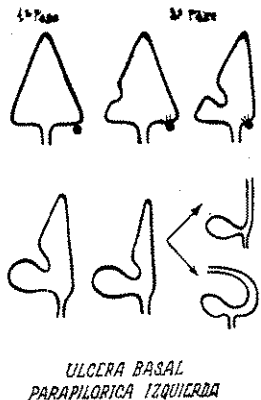
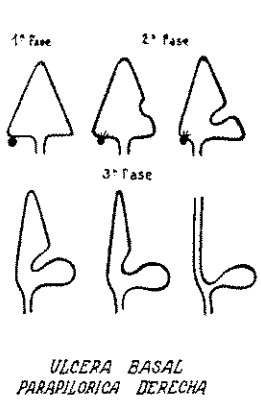
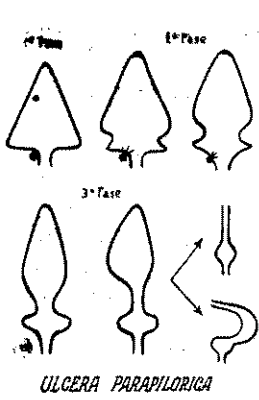
minados casos en el hombre (autopsias practicadas por causas diversas en los que se encuentra un ulcus duodenal incidentalmente, Bliss), Crohn y Weisskopf y Aschner, clínicamente han podido demostrar cómo macroscópicamente, el primer síntoma evidente de la curación de un ulcus es la formación de un tejido de granulación de la base de la úlcera con exudado y la de una capa llana fina superficial. La úlcera crece superficialmente, debido a que se llena la base de un nuevo tejido de granulación. La mucosa superficial y el tejido granuloso llenan pronto la base de la úlcera; gradualmente, entonces, los bordes de la mucosa crecen alrededor de la periferia, así como también en el centro el tejido de la granulación crece y se exterioriza. Al principio la mucosa es delgada y lisa; poco a poco se hace más gruesa y se invagina hacia el interior del ulcus «becomes into folds».

Cuando el edema periulceroso y la infiltración subsisten y el cráter de la úlcera se encuentra obturado por el tejido de granulación, el nicho no retiene el bario y, por lo tanto, se hace invisible a los rayos X, sin que ello signifique, por consiguiente que la ulceración se halla completamente curada. Es, no obstante, un indicio de la tendencia que observamos para la curación. En cuanto al tiempo que tarda en curar, Mann ha llegado experimentalmente a la conclusión que, a los cuatro días, la base de la úlcera presenta ya una capa protectora. A los 20 días, las tres cuartas partes o más de la úlcera se hallan cubiertas por la mucosa, y después de los 30 días se hace casi imposible encontrar el sitio donde existía la ulceración.

En el hombre, Bliss hace observar que en un individuo fallecido a los 65 días después de una operación por ulcus duodenal, perforado, la lesión se encontraba todavía en la primera fase de curación, y en otro fallecido 53 días después de una gastroenterostomía, el proceso curativo se hallaba más avanzado, pero persistía aún el cráter de la úlcera. Todo ello significa que es imposible, hoy por hoy, señalar el tiempo que se necesita para que una úlcera cicatrice.

La desaparición de un nicho, puede observarse lo mismo a los pocos días del primer examen que al cabo de unos meses. Lo único que puede asegurarse es que el ulcus gástrico cicatriza más precozmente que el duodenal.

En resumen, pues, la desaparición del nicho puede representar una cicatrización quizás momentánea, pero no definitiva. Sólo una observación periódica detenida, en la que se demuestre la ausencia de síntomas clínicos y radiológicos durante meses, y me atreveré a decir durante años, nos podrá permitir hablar de curaciones, ya que la desaparición de una imagen, aun acompañada de bienestar absoluto de una manera temporal, no tiene ningún valor. *Tanto es así, que no recordamos haber dado definitivamente de alta a ningún ulceroso, a pesar de la desaparición de toda clase de molestias y de síntomas radiológicos, aceptando de esta manera, y con sólo escasas reservas, la expresión americana «once an ulcer always an ulcer», expresión que, si bien de momento puede parecer exagerada, significa, por lo menos, que todo ulceroso, aunque aparentemente curado, tiene que acordarse siempre de que ha sido un ulceroso.*



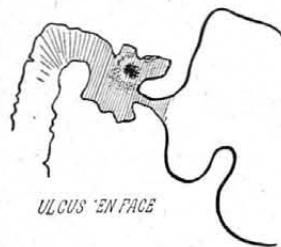
Nº 1



LULBO NORMAL -  
BOLVULOS - SEGUNDA  
PORCION DUODENAL



Nº 2



ULCUS EN FACE



Nº 3



ULCUS MEDIO CENTRAL



Nº 4



ULCERA MEDIA -  
CENTRAL  
2º ESTADIO



N° 5



ULCERA  
MEDIA  
CENTRAL



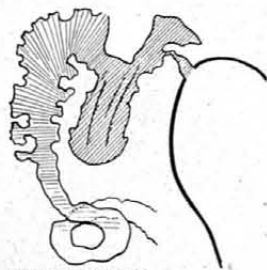
N° 6



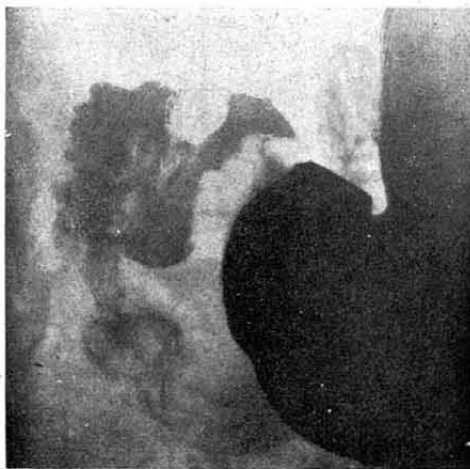
ULCERA MEDIA CENTRAL  
3° ESTADIO



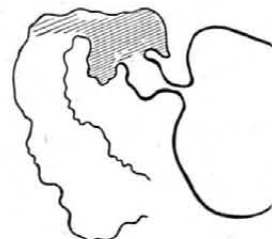
N° 7



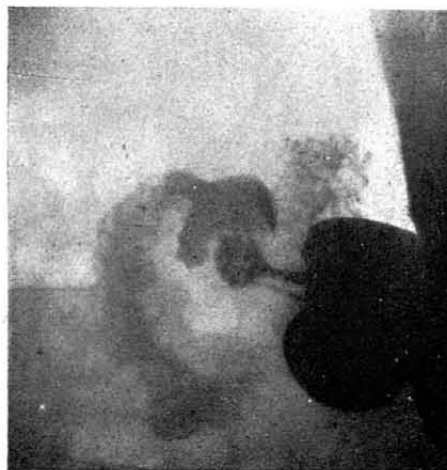
ULCERA MEDIA CENTRAL



N° 8



ULCERA MEDIA CENTRAL



N° 9



ULCERA MEDIA  
CENTRAL



N° 10



ULCERA MEDIA  
CENTRAL



N° 11



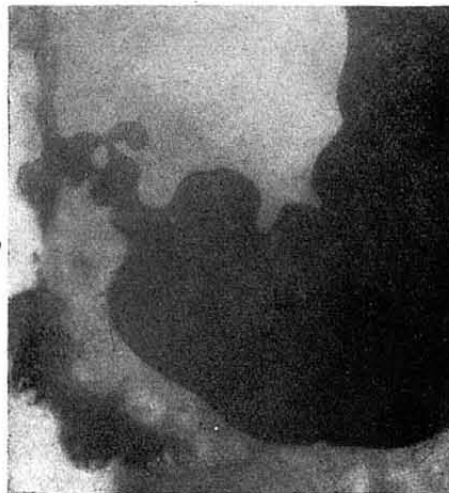
ULCERA MEDIA  
CENTRAL



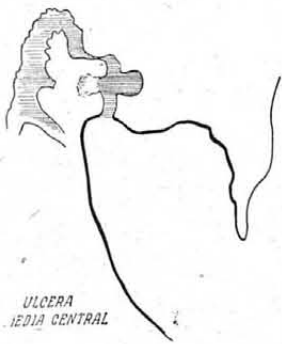
N° 12



ULCERA MEDIA CENTRAL



N: 13



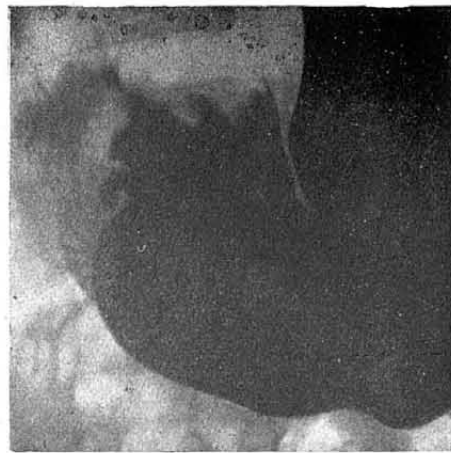
ULCERA MEDIA CENTRAL



N: 14



ULCERA MEDIA CENTRAL



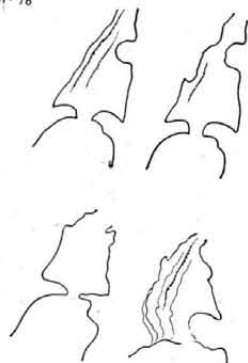
N: 15



ULCERA MEDIA CENTRAL ULTIMO ESTADIO



N: 16



U PARIETAL SUPERIOR DERECHA PRIMER ESTADIO

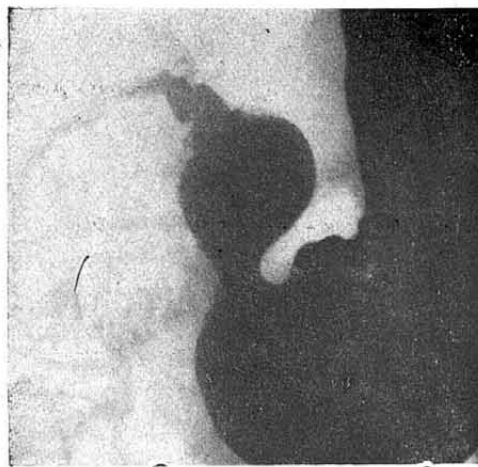




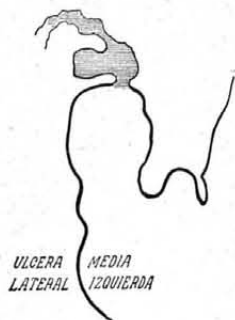
N° 17



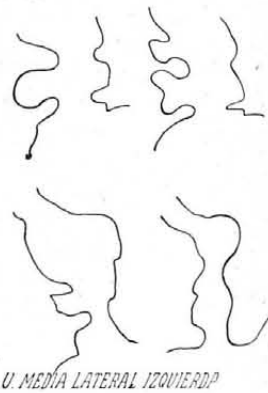
N° 18



N° 19



N° 20



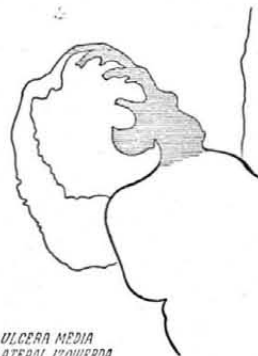
Nº 21



U. MEDIA LATERAL IZQUIERDA



Nº 22



ULCERA MEDIA  
LATERAL IZQUIERDA



Nº 23



ULCERA MEDIA LATERAL IZQUIERDA  
3º ESTADIO



Nº 24



ULCERA  
YUXTAPILORICA



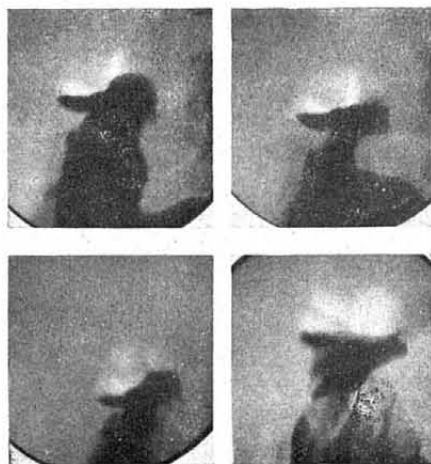
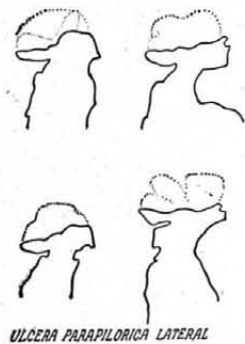
N: 25



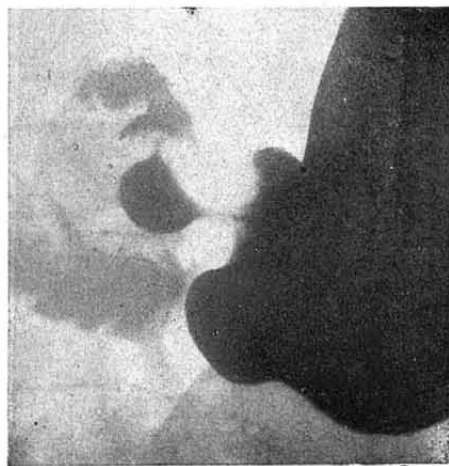
N: 26



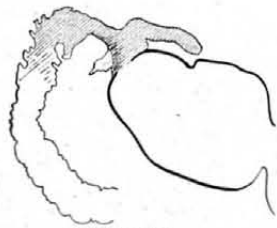
N: 27



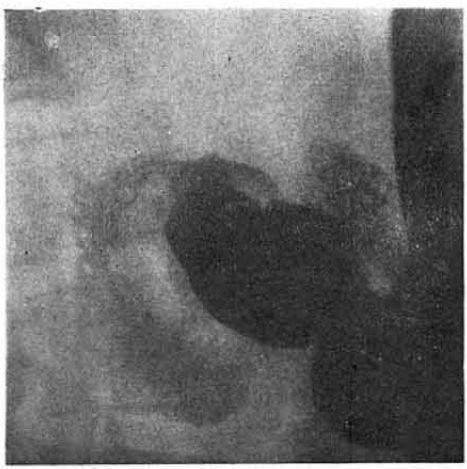
N: 28



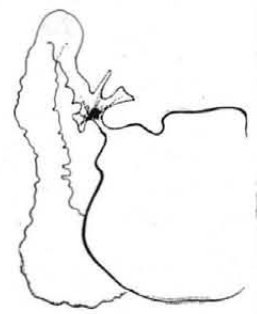
Nº 29



ULCERA BASAL  
PARAPYLORICA DEXTRA 2º ESTADO



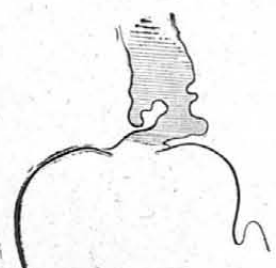
Nº 30



ULCERA BASAL PARAPYLORICA



Nº 31



U. PARAPYLORICA BASAL

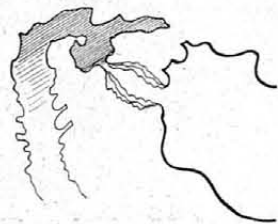


Nº 32



U. PARAPYLORICA  
(LATERA) DEXTERA

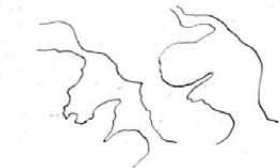
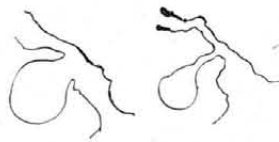




UL. PARAPILORICA IZQUIERDA



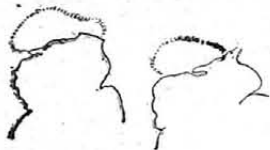
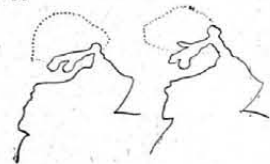
Nº 34



UL. PARAPILORICA BASAL IZQUIERDA



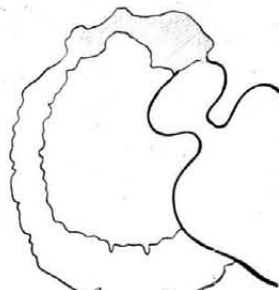
Nº 35-



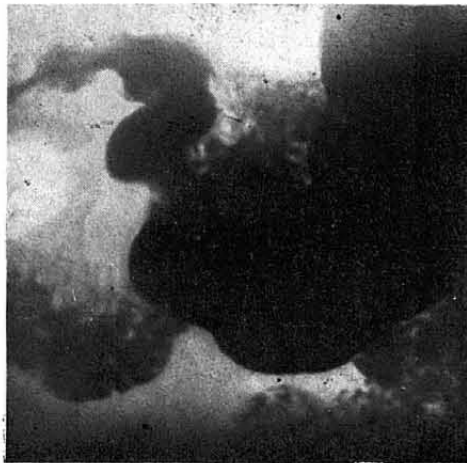
ULCERA BASAL PARAPILORICA  
- 3º ESTADIO



Nº 36



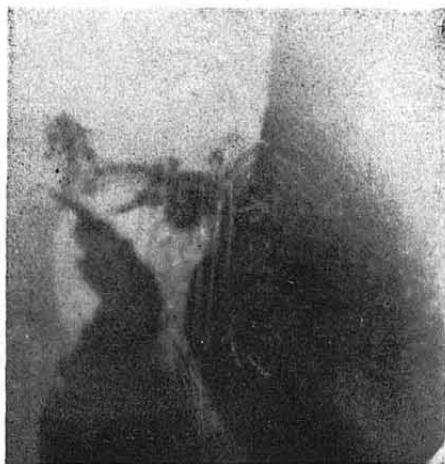
ULCERA DISTAL MEDIA



N° 36



GRAN DEFORMACION  
DUODENAL



N° 37



GRAN DEFORMACION DUODENAL  
ESTADIO FINAL



N° 38



GRAN DEFORMACION  
DUODENAL  
ULTIMO ESTADIO



N° 39



ESPASMO DE LA MITAD IZ  
DEL BUENO PUNDO  
COMPRENSIVO

