

La radiología digestiva hoy. ¿Crónica de una muerte anunciada?

Ricardo Luis Videla

En el libro *Crónica de una muerte anunciada*, García Márquez comienza el relato matando directamente a Santiago Nasar en el primer párrafo. Así, sin vueltas.

La Revista Radiología de la Sociedad Española trata en una carta al director el tema con el título: "El futuro de la radiología digestiva" ⁽¹⁾. La revista Radiology pregunta cuál es el rol de los estudios con bario en la radiología moderna ⁽²⁾. New England Journal of Medicine publica en el año 2000 un artículo editorial con el título: "El fin del enema de bario" ⁽³⁾. El jefe de editores de AJR en la editorial de 1999: "Bye-Bye barium" ⁽⁴⁾, afirma que sería bueno reemplazar al bario con la TC y que ésta es una muy buena oportunidad para quitarnos de una vez por todas el bario de los zapatos. En el año 2003, en nuestro Congreso Argentino de Radiología, un cirujano invitado a dar una conferencia aseveró que al colon por enema no había que hacerlo más, que la colonoscopia virtual y real lo habían reemplazado.

He trabajado durante 20 años al lado de los gastroenterólogos, he estado en Japón entrenándome en Radiología Digestiva, hemos organizado durante tres congresos en Córdoba talleres donde César Gotta, Guillermo Palau y Claudio Cortés, de Chile, han realizado estudios para que los residentes vieran y aprendieran cómo se manejan con el bario los grandes maestros del Cono Sur. Por todo lo citado, quisiera hacer un repaso de dónde está o dónde tendría que estar ubicada la radiología digestiva hoy.

Para estudiar los trastornos de la deglución y la región faringo-esofágica, la radioscopia con filmación de los tragos de bario es fundamental e irremplazable.

Los pacientes que padecen trastornos motores del esófago deben ser valorados con bario. Hay parámetros definidos que permiten diferenciar acalasia primaria de pseudoacalasia maligna. El endoscopista no puede franquear la estrechez y, por lo tanto, no puede valorar la causa en forma fehaciente. Todos los pacientes con cáncer de esófago son estudiados con bario antes de ser sometidos a cirugía, por lo menos es así en los lugares donde trabajo. Las lesiones submucosas pueden pasar desapercibidas, como ocurrió recientemente con un colega que resultó tener un leiomioma de 30 mm y una endoscopia informada como normal. La insuflación que provocan para avanzar y las compresiones normales pueden jugarle una mala pasada a

la endoscopia. A pesar de que es un método poco sensible para detectar el reflujo gastroesofágico, el bario nos permite valorar muy bien las hernias hiatales y las complicaciones del reflujo, como esofagitis, Barrett y adenocarcinoma. En caso de perforación esofágica, el estudio con iodo y con bario es imprescindible para confirmarlo y marcarle al cirujano la zona de ruptura.

La incidencia de úlceras gástricas, gracias a los nuevos tratamientos, ha disminuido. Sin embargo, la diferenciación entre úlcera benigna y maligna sigue siendo vital y hay varios signos radiológicos clásicos que permiten establecerla. Las gastritis erosivas producidas por AINES pueden ser diagnosticadas con seguridad con un buen doble contraste gástrico. Está demostrada también la superioridad del bario para diagnosticar los cánceres gástricos tipo linitis plástica ⁽⁵⁾. En el síndrome pilórico, muchas veces es el bario el que permite diferenciar una causa funcional, como la gastroparesia, de una causa orgánica, como la úlcera bulbar cicatrizada, un cáncer gástrico antral o un síndrome de Bouveret.

Las úlceras del bulbo duodenal son muy raras actualmente. En general, el endoscopista avanza hasta la papila duodenal y se retira. Con el bario podemos explorar en forma detallada todo el marco duodenal, diagnosticar con confianza los divertículos que a veces se confunden en TC con lesiones en el páncreas. También podemos ver las duodenitis erosivas, el estado de la papila, las malrotaciones y las infiltraciones de procesos pancreáticos o de la vesícula biliar.

El tránsito simple de intestino delgado cuando está bien indicado y si se han tomado algunos recaudos, como ser: preparar al paciente como para un colon doble contraste, palpación y atento seguimiento de la columna baritada, puede brindar mucha información. Hemos diagnosticado sin mayores problemas Crohn, hemorragias, adenocarcinoma, Meckel, enfermedad celíaca, pólipos, diverticulosis, Whipple, linfoma, metástasis, cuando la clínica era sospechosa de alguno de estos trastornos. Recordemos el clásico trabajo de 1981 ⁽⁶⁾, que también cita Margulies en su libro: si hay sospecha fundada de patología en intestino delgado, encontramos lesiones sólo en el 15% de los casos. No creo que esta cifra difiera mucho si usamos TC o RM. La enteroclisia se mantiene aún como criterio de elección para los pacientes subocluidos ⁽²⁾.

El colon por doble contraste, en un paciente bien preparado y donde se haga una prolija lectura de las imágenes, es un estudio de alto valor diagnóstico para los cánceres, los pólipos mayores de un cm, la enfermedad diverticular, incluyendo la diverticulitis crónica ⁽²⁾, y la enfermedad inflamatoria intestinal. Permite estudiar los cánceres sincrónicos. Permite diferenciar las estenosis benignas de las malignas con un alto nivel de confianza. En los casos de oclusión colónica, seguimos usando el colon por enema simple, pese a que algunos artículos actuales describen la eficacia de la TC para el diagnóstico. El cáncer anular constrictivo que ocluye está en general en sigmoides; lo podemos ver y decirle al cirujano la extensión de la estenosis. Con la directa de abdomen hacemos el diagnóstico de vólvulo, con el colon simple lo confirmamos y a veces hasta lo devolvulamos. El cáncer de colon derecho se ha incrementado; en general es vegetante y lo podemos diagnosticar fácilmente en colon simple con compresión o con doble contraste. En una revisión de tres meses de las colonoscopias hechas en el Centro de Endoscopia y Gastroenterología del Hospital San Roque de Córdoba en el año 2003 (300 pacientes consecutivos), el promedio de las colonoscopias totales fue de sólo el 50%, es decir, en el 50% de los casos no se estudia el colon derecho. Creo que estas cifras no han cambiado.

Considero que, pese a la menor cantidad de estudios que estamos realizando con bario, éstos van a seguir teniendo vigencia por un tiempo más, sobre todo conociendo la situación sociopolítica de nuestro país, con un 25% de los habitantes sumidos en la pobreza y con un importante número de pacientes que deben concurrir al hospital público para su aten-

ción, donde la tecnología llega pero a paso de tortuga.

Debemos, por lo tanto, estimular a nuestros residentes a realizar este método artesanal, a palpar, a comprimir, a aprender el arte de la radioscopía y a estudiar las imágenes. Si el paciente está bien preparado y colabora, si el bario es el adecuado, y si la dedicación puesta es suficiente, al contemplar las imágenes tan diagnósticas y tan bonitas, podemos llegar a pensar, como decía Laufer en su clásico libro, que estamos contemplando una pequeña obra de arte.

La muerte anunciada de Santiago Nasar aún no está escrita, por lo menos para nosotros los radiólogos que hemos dedicado buena parte de nuestro tiempo a este apasionante capítulo del Diagnóstico por Imágenes.

Podríamos entonces concluir citando a Mark Twain: "Los informes sobre mi muerte son profundamente exagerados".

Bibliografía

1. Lamas LM, Suárez de Parga JM, Matas Juberías A. El futuro de la radiología digestiva. Cartas al director. Radiología 2008;50:531-533.
2. Levine M, Rubesin S, Laufer I. Barium studies in modern radiology: Do they have a role? Radiology 2008;250:18-22.
3. The end of barium enema? Editorial. New England Journal of Medicine 2000;342:1823-1824.
4. Roger LE. Bye-Bye Barium. From de editors Notebook. AJR Am J Roentgenol 1999;172:1179.
5. Park M, Kwon H, Sechol B. Scirrhous gastric carcinoma: Endoscopy versus upper gastrointestinal radiography. Radiology 2004;231:421-426.
6. Rabe FE, Becker GJ, Besozzi MJ, Miller RE. Efficacy study of the small-bowel examination. Radiology 1981;140:47-50.