

### III. CONSIDERACIONES ACERCA DEL VALOR DE LA COLECISTOGRAFIA RECTAL

**Dr. Manuel Italo Sederino**, Profesor Titular Interino de la Cátedra de Radiología, Fisioterapia e Isótopos.

Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina.

#### RESUMEN

Se describe una forma de investigar la vesícula biliar, la colecistografía rectal, haciendo hincapié en el valor de la misma en algunos casos especiales y en donde la clásica colecistografía oral puede no ser factible o dar resultados falsos o incompletos. Se hace apreciar la simpleza de la preparación.

#### SUMMARY

A new way of gall bladder investigation is described, the rectal cholecystography, pointing out its value in some special cases, where the classic oral cholecystography can not be possible or give false or incomplete results. The simplicity of its preparation can be easily appreciated.

El estudio radiológico de la vesícula biliar reconoce en la colecistografía oral el medio más común de investigación diagnóstica.

Esta forma de examen, de amplia difusión, arroja en la gran mayoría de los casos elementos de valor indiscutible en cuanto al estado vesicular y, por ende, sobre la presencia de patología o no en la misma.

Es, por lo tanto, evidente el gran valor que la misma tiene y el gran aliado que es del médico, que aprecia en este examen su inmensa importancia diagnóstica.

La patología vesicular, tan frecuente en el adulto, nos sorprende a veces con su aparición en niños o en pacientes de edad muy avanzada, casos éstos en donde la preparación del enfermo acarrea a veces problemas difíciles de resolver, ya sea por la presencia de otra patología agregada que impide su preparación (síndrome pilórico, por ejemplo) o la aparición de intolerancia al medio de contraste por boca. Tampoco es infrecuente la incapacidad de algunos adultos y los niños de ingerir las cápsulas del medio de contraste.

Capítulo aparte es lo concerniente al prolongado número de horas que dura la preparación, en virtud de ingerir el medio de contraste en un lapso aproximado de 10 horas antes del examen, como mínimo, para contar con la seguridad de estar actuando en el período de máxima opacificación de la vesícula. De ahí que es necesario destacar que este tiempo en la práctica generalmente es mayor, siendo de 15 a 20 horas, más o menos.

Esta situación de preparación tan prolongada suele traer otros inconvenientes, como ser: la existencia, por parte del paciente, de una sensibilidad especial a algún elemento —medicamento, comida o factor emocional—, con repercusión sobre la vesícula, con la consiguiente evacuación de ésta y, por lo tanto, con resultados radiológicos no reales. De ahí la necesidad, para evitar esta situación, de indicar al paciente la no ingesta de medicamentos durante ese período, lo que acarrea, en muchas oportunidades, dificultades cuando se está frente a drogas cuya toma es im-

prescindible en una determinada hora. En algunos pacientes, en delicado estado, este ayuno también suele traer consecuencias desagradables.

Todas estas consideraciones nos llevan a pensar que el diagnóstico de colecistograma negativo puede ser motivado por una causa extrabiliar, a veces insignificante y sin un sustratum orgánico o funcional importante.

Hasta este momento hemos visto los inconvenientes propios que surgen de la preparación del paciente para este tipo de examen.

Es necesario, por lo tanto, detallar otros que aparecen en la misma realización del estudio radiográfico, como ser:

- a) Pacientes con alteración de la evacuación gástrica, especialmente por procesos a nivel piloro-bulbar y que retienen el medio de contraste. Esta situación puede pasar desapercibida en los medios hospitalarios, con gran volumen de trabajo, en donde las tomas radiográficas son hechas localizadas y por personal técnico, quedando el médico radiólogo limitado a efectuar el informe únicamente.
- b) Otras veces la utilización de determinadas marcas del medio de contraste nos sorprende con la visualización de abundante residuo del mismo en el intestino, que se superpone a la imagen vesicular, y que de no mediar la suerte de encontrar una incidencia que impida su desplazamiento, no permite un correcto estudio de la vesícula.

La colecistografía rectal, descripta por Bonancini en nuestro medio (Córdoba) y otros autores, adquiere importancia en muchos casos, entendiéndose que su uso no se ha generalizado o por lo menos no se ha popularizado lo suficiente, algunas veces por desconocimiento y otras por detalles mínimos de orden técnico generalmente muy fáciles de subsanar.

La colecistografía rectal consiste simplemente en realizar una microenema con el medio de contraste [sal sódica del ácido  $\beta$ -(3-dimetilami-

no-metilenamino-2-4-6 triyodofenilpropiónico] 500 mg (Biloptin-Schering), en una dosis de 12 cápsulas, en 20, 40, 50 ó más centímetros cúbicos de agua. Con una sonda de Nelaton y con la ayuda de una jeringa se introduce la sustancia en el recto (enema a retener), obteniéndose la opacificación rápida de la vesícula, la que adquiere su valor óptimo a las 4 horas.

Es necesario destacar la total inocuidad de este procedimiento, que bien realizado no reconoce ninguna complicación y que únicamente exige que el paciente retenga la microenema.

El *modus operandi* es el siguiente:

- 1º) Se procede a la limpieza intestinal del paciente con las formas clásicas de las enemas o laxantes.
- 2º) Se efectúa la microenema con el medio de contraste en la forma ya explicada. Únicamente debe aclararse que las cápsulas que lo contienen deben disolverse en agua caliente, operación ésta que requiere que las mismas sean presionadas con un objeto duro y agitadas durante un rato hasta obtener su total disolución. Luego debe dejarse enfriar.
- 3º) El paciente debe retener la microenema, por lo que es necesario aclararle que no debe evacuar su intestino.
- 4º) Se lo cita a las 4 horas de esta operación, momento que se considera de máxima repleción, con contraste de la vesícula, y se efectúan los clisés siguiendo las normas clásicas para este tipo de examen.

A continuación se detallan las ventajas de esta forma de colecistografía:

- a) Muy pocas horas de preparación y por lo tanto de ayuno.
- b) Posibilidad de realización en niños, en dosis de medio de contraste adecuadas a su edad.
- c) Factibilidad de realización en pacientes con dificultades orgánicas o no para tragar las cápsulas del medio de contraste.
- d) Posibilidades de efectuar este examen en pacientes con patología a nivel gástrico o píloro-bulbar, que retenga al medio de contraste evitando su normal pasaje a intestino delgado.
- e) Posibilidades de realización en pacientes con determinada patología intestinal (mala absorción, por ejemplo).

- f) Eliminación total de residuos de medio de contraste en intestino y que a veces dificultan la visualización vesicular.

Estos hechos llevan a la conclusión que la colecistografía rectal debe utilizarse más frecuentemente y en especial en aquellos casos en que la sintomatología del paciente adquiere cierta complejidad y, por lo tanto, hace incierto detectar si su origen es vesicular, gástrico o intestinal. Por supuesto que su indicación es indiscutible en los casos señalados como fundamento para su uso.

El tenerla presente puede significar, en muchos casos, la solución de un problema diagnóstico no develado por la colecistografía oral, sin tener necesidad de llegar al colangiograma endovenoso, con toda la gama de problemas de calidad de imágenes y de intolerancia medicamentosa que esto puede acarrear.

Se muestran a continuación algunos ejemplos radiográficos ilustrativos:

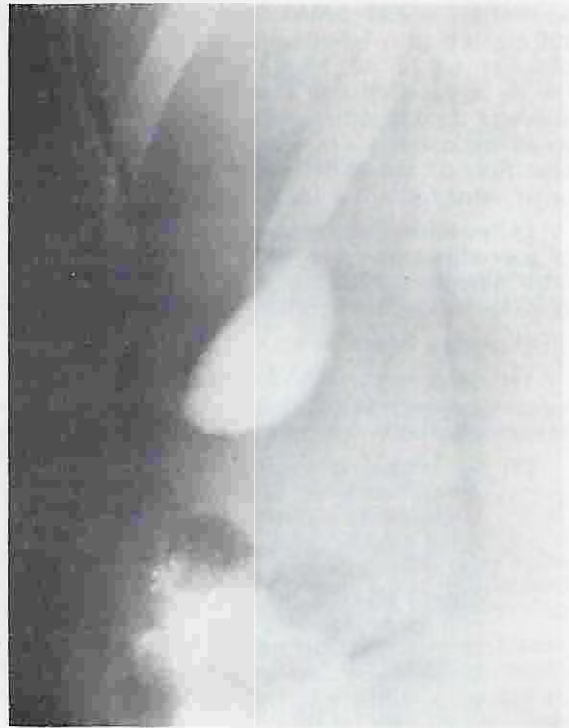


**Figura 1.** Colecistografía oral. Se aprecia la interposición de residuos de medio de contraste en intestino con la vesícula.

La revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo se distribuye a todos los señores médicos que residen en las provincias de Mendoza y San Juan.



**Figura 2.** Colecistografía oral. Caso similar al anterior, pero donde la cantidad de residuo de medio de contraste en intestino es apreciable.



**Figura 4.** Colecistografía oral. Vesícula bien teñida y restos de medio de contraste en intestino que pudo separarse del colecisto con incidencia especial.



**Figura 3.** Colecistografía oral. Vesícula ocupada por múltiples cálculos y superpuestos parcialmente con restos de medio de contraste en intestino.



**Figura 5.** Colecistografía rectal. Vesícula descendida, "péndula", que puede estudiarse correctamente gracias a la inexistencia de restos de medio de contraste en intestino.



**Figura 6.** Colectistografía rectal. Control post-Boydén. Visualización correcta de la vesícula y del cólico. Mujer con dificultades para ingerir las cápsulas del medio de contraste.



**Figura 7.** Colectistografía rectal. Vesícula litiasica, sin interposición que dificulta su estudio. Mujer con anterior colectistograma oral negativo y seriada gastro-duodenal con informe de estómago hipotónico e hipokinético.

## BIBLIOGRAFIA

1. Arrieta Sánchez: "La colectistografía por vía rectal". Radiología, 12, 11, 11, 1962.
2. Hess, W.: "Enfermedades de las vías biliares y el páncreas". Ed. Científica Médica, Barcelona, 1967.
3. Meschan Isadore, M. A.: "Analysis of roentgen signs". Ed. Saunders, vol. 3, 1973.
4. Mosca, L. G., y L. E.: "Manual de Radiología". Ed. López Libreros, 2ª Ed., 1974.
5. Mosca, L. G.: "Colangiografía intravenosa y oral". Ed. Assandri (Córdoba), 175, 1963.
6. Sarasin, R., y De Septbus, C.: "Les techniques d'examen de la vésicule biliaire". Suplemento de Radiología Clínica, 2, 1, 33, 1961.
7. Van Rossum, L.: "La Biloptine: complément efficace de la Cholecistographie de routine". Journal Beige de Radiologie, 44, 4, 389.