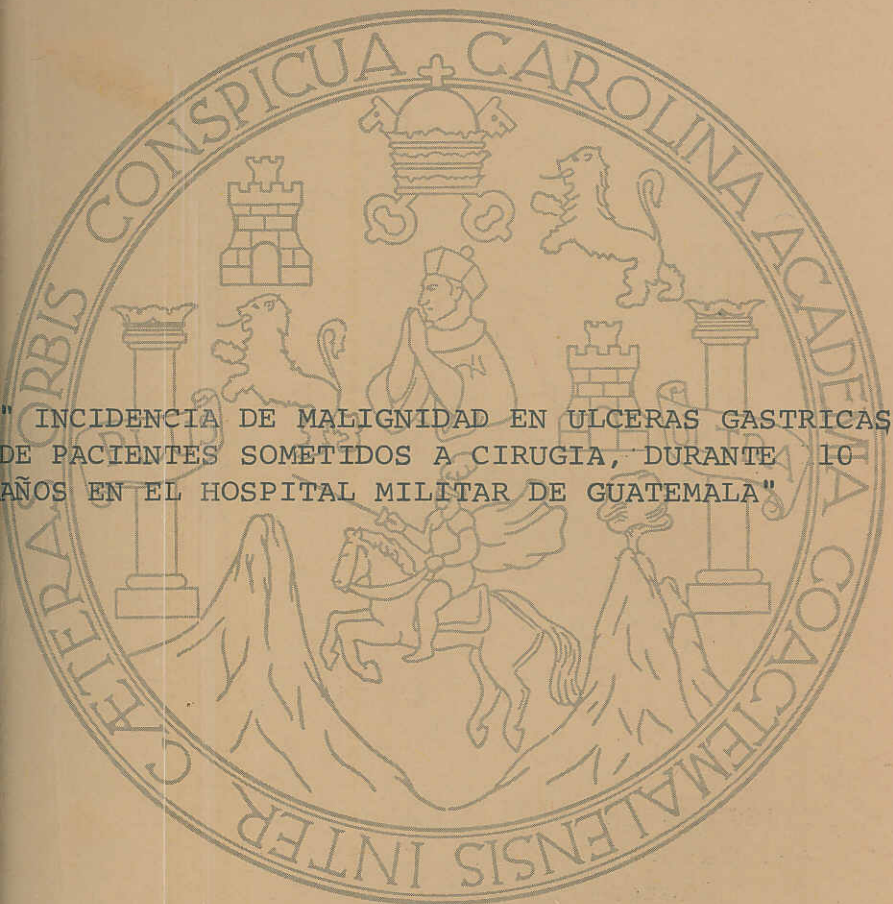


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



" INCIDENCIA DE MALIGNIDAD EN ULCERAS GASTRICAS
DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA, DURANTE 10
AÑOS EN EL HOSPITAL MILITAR DE GUATEMALA"

LUIS FERNANDO CRUZ GALVEZ

Guatemala, Abril de 1981.

PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION
- II. DEFINICION DEL PROBLEMA
- III. OBJETIVOS
- IV. REVISION DE ANTECEDENTES
- V. JUSTIFICACION
- VI. VARIABLES
- VII. MATERIAL Y METODOS
- VIII. RECOPIACION Y PROCESAMIENTO DE DATOS.
- IX. PRESENTACION DE RESULTADOS
- X. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS
- XI. CONCLUSIONES
- XII. RECOMENDACIONES
- XIII. BIBLIOGRAFIA

I. INTRODUCCION:

Siendo la Ulcera Gástrica una de las patologías que frecuentemente aflige a numerosas - personas de hoy en día, en que el ser humano - se encuentra constantemente expuesto a tensiones emocionales ; considero de extrema importancia el estudio de las consecuencias que ésta puede traer consigo, tomando en cuenta el - hecho de que probablemente sólo se reconocen - la mitad de los casos. (14)

El presente estudio tuvo su origen en la preocupación de conocer el riesgo a que son sometidos los pacientes con úlcera gástrica de poder desarrollar cualquier tipo de neoplasia y que podría llegar a prevenirse con un estudio exhaustivo, para así determinar en que forma se les puede evitar, principalmente por medios quirúrgicos.

Se efectuó en una forma retrospectiva, - tratando la manera de tomar en cuenta la totalidad de pacientes, que hallan sido ~~tratados~~ quirúrgicamente por úlcera gástrica y cáncer gástrico, durante el período que comprende los últimos 10 años, en el Hospital - Militar de Guatemala, haciendo una comparación con los casos tratados medicamente. Llegando así a conocer la incidencia de malignidad y el tipo de la misma, que más frecuentemente se encontró, en los pacientes que tenían úlcera gástrica como diagnóstico preope

ratorio, además de los cánceres gástricos que tenían antecedentes de úlcera gástrica y que fueron operados por la neoplasia; comparándolas con otros casos no tratados quirúrgicamente, haciendo posible hacer uso de estos datos en provecho de un mejor manejo de esta patología.

Se realizará únicamente en pacientes quirúrgicos por el hecho de que se podrá hacer una correlación objetiva de la incidencia, por medio de la revisión de los informes de patología que se hicieron de las piezas resecaadas, sin dejar de tomar en cuenta los casos que no fueron tratados quirúrgicamente para una mejor comprensión del problema.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA :

Conocimiento de la incidencia de malignidad en úlceras gástricas de pacientes sometidos a cirugía, durante el período comprendido del 10. de Enero de 1970 al 31 de Diciembre de 1979, en el Hospital Militar de Guatemala; haciendo un análisis de la totalidad de los casos de úlcera gástrica para una mejor apreciación del problema.

III. OBJETIVOS:

Generales:

- 1- Conocimiento más profundo de la utilización del Método Científico en la investigación médica.
- 2- Contribuir al mejoramiento de las condiciones terapéuticas de los pacientes quirúrgicos en nuestro medio.
- 3- Realización de un análisis crítico del manejo de pacientes quirúrgicos de este hospital, para provecho de futuras investigaciones.

Específicos:

- 1- Conocimiento de la incidencia de malignidad en úlcera gástrica de pacientes sometidos a cirugía.

2- Conocimiento y clasificación del tipo de malignidad que con mayor frecuencia se presentó.

3- Obtención de conclusiones respecto a medidas que se pueden tomar para el mejor manejo de éstos pacientes que están expuestos al riesgo de malignidad.

IV. REVISION DE ANTECEDENTES:

Introducción:

De manera lógica, podemos considerar al estómago y duodeno como una unidad puesto que muchos mecanismos fisiológicos y ciertas enfermedades son compartidos por ambos y hay interacción en tre estos dos segmentos del tubo digestivo. Son afectados del mismo modo por úlcera péptica, la alteración inflamatoria más comun de este aparato. Por fortuna, la úlcera péptica tiene una mortalidad relativamente baja, pero produce un grado alto de incapacidad y es causa de grandes costos para la sociedad, en pérdidas de tiempo productivo y por atención médica. (18)

ULCERA PEPTICA:

DEFINICION:

Es una pérdida netamente circunscrita del tejido que reviste las partes del tubo digestivo - expuesta al jugo gástrico, y que contiene ácido y pepsina. Estas son el esófago bajo, el estómago, la parte superior del intestino (de ordinario solo la primera parte del duodeno), el intestino delgado vecino de una boca creada quirúrgicamente con el estomago, y los diverticulos de Meckel que contienen glándulas gástricas funcionales. (3)

La erosión circunscrita de la membrana mucosa penetra a través de la capa muscular de la mucosa

y afecta a las áreas mucosas expuestas a la secreción de ácido pepsina. (14)

ANATOMIA MACROSCOPICA:

El estómago surge como una dilatación en forma de huso del intestino anterior - durante la cuarta semana de la vida embrionaria. Con el crecimiento sucesivo experimenta rotación, de modo que el lado previamente izquierdo del estómago se convierte en pared anterior, y el lado derecho previo se convierte en cara posterior.

El estómago desarrollado en su totalidad es la dilatación grande del tubo gastrointestinal, y se encuentra entre esófago y duodeno. La anatomía topográfica del cuerpo y antro. El fondo es la cúpula del estómago, colocada hacia la izquierda y por arriba de la unión esofagogástrica. Existe una angulación entre la línea media del cuerpo, proximal a unos 5 ó 6 cm del píloro, en la curvatura menor, llamado Incisura Angular.

El área entre el fondo y una línea trazada desde la incisura angular hasta la curvatura mayor del estómago es el cuerpo del estómago. El área distal a dicha línea, y proximal al píloro, es el antro gástrico. El píloro se puede palpar como un anillo grueso de músculo, y por fuera es señalado

por las venas prominentes de Mayo. (18)

En cuanto a la función, el estómago se puede dividir en fondo (área de las glándulas oxínticas) y antro (área de las glándulas pilóricas). El fondo secreta jugo péptico ácido y el antro, segmento distal, secreta un moco grueso, viscoso y relativamente alcalino, y la hormona gástrica.

La unión esofagogástrica, llamada cardias, está localizada justamente a la izquierda de la décima vértebra torácica, y la unión gastroduodenal, el píloro, se localiza hacia la derecha de la línea media, aproximadamente a la altura del espacio intervertebral entre primera y segunda vértebras lumbares.

El borde superior del estómago entre cardias y píloro (distancia de 12 a 14 cm) es la curvatura menor. Está suspendido del hígado por el ligamento gastrohepático, que constituye la porción superior de la pared anterior de la bolsa epiploica inferior. El borde inferior y lateral convexo del estómago es la curvatura mayor, que mide unas tres veces más que la menor. Desde la porción principal de la curvatura mayor está suspendido el ligamento gastrocólico, que constituye la porción inferior de la pared anterior de la bolsa epiploica inferior.

El riego sanguíneo del estómago es particularmente rico. Hay innumerables variantes en la

distribución de los vasos sanguíneos, - -
1. Seis vasos proporcionan el riego sanguíneo principal: las arterias coronaria estomacal y gástrica derecha o pilórica riegan el área de la curvatura menor, las arterias gastroepiploicas derecha e izquierda riegan la curvatura mayor, la arteria esplénica riega el área del fondo a través de las arterias gástricas cortas, y la arteria gastroduodenal envía ramas hacia el área del píloro. (18)

La inervación parasimpática del estómago se deriva de los nervios vagos, que estimulan la motilidad de este órgano y la secreción de ácido, pépsina y gástrina. Los troncos vagales izquierdo y derecho emiten ramas numerosas, y son algo inconsistentes en sus relaciones con el diafragma.

El nervio vago izquierdo o anterior da una rama hepática que también envía ramificaciones hacia la zona del píloro. La porción restante del nervio izquierdo inerva la pared anterior del estómago. El nervio vago posterior emite una rama larga hacia el plexo celíaco, y el resto va hacia la pared posterior del estómago. (18)

ANATOMIA MICROSCOPICA:

La pared del estómago está compuesta por cuatro capas: mucosa, submucosa, muscu-

lar y serosa. La arquitectura mucosa varía según la zona del estómago. Hay varios tipos de células con función específica: Células parietales que elaboran y secretan ácido clorhídrico y factor gástrico intrínseco, células caliciformes que secretan moco, células epiteliales que secretan probablemente líquido extracelular -- (secreción no parietal), y células especializadas dentro de las glándulas del antro que sintetizan (posiblemente), almacenan y secretan gastrina. Los Mastocitos acumulan heparina histamina y otras sustancias vasoactivas sin gránulos. No se conocen las funciones de las células argentafines fúndicas. La mucosa fúndica está constituida por glándulas tubulares profundas cubiertas en la superficie por células epiteliales y que contienen, en sus porciones más profundas, células parietales características, células principales y algunas células argentafines.

La histología de la mucosa inmediatamente adyacente al cardias es similar a la del antro. - Las glándulas pilóricas están constituidas por túbulos ramificados cubiertos principalmente por células mucosas.

No es posible distinguir la unión que existe entre las mucosas antral y fúndica a simple vista pero la aplicación de un indicador de PH a la superficie mucosa después de estimular la secreción gástrica distinguirá con rapidez y facilidad la mucosa proximal secretoria de ácido de la mucosa distal neutra del antro. (18) (20)

FISIOLOGIA:

Los alimentos ingeridos son mezclados con la amilasa contenida en la saliva antes de llegar al estómago. Los mecanismos que estimulan la secreción gástrica son estimulados. Se produce entonces un aumento en los niveles sericos de gastrina, los cuales presentan su pico máximo cerca de los 30 minutos despues de haber comido.

El alimento dentro del lumen del estómago es expuesto a altas concentraciones de ácido y pepsina en la superficie de la mucosa. La mejor mezcla ocurre en el antro, donde el bolo alimenticio permanece aún, en su parte central, en forma alcalina por un considerable tiempo, debido a la continuidad de la actividad de la amilasa.

La digestión péptica de las proteínas en el estómago es completada unicamente en un 5 a 10%. Siendo la digestión de los carbohidratos más completa, correspondiendole de un 30 a 40%. Una lipasa secreta por estimulación lingual en la primera fase de la estimulación gástrica origina la lipólisis en el estómago.

El contenido gástrico es enviado al duodeno, lo cual está determinado por el volumen y textura del alimento, osmolaridad, acidez y contenido de grasa. (5)

ULCERA GASTRICA:

CONSIDERACIONES GENERALES:

La incidencia de úlcera gástrica es mayor en pacientes comprendidos entre las edades de 40 a 60 o sea cerca de 10 años más que el promedio para úlcera duodenal (20-45 años). El 95% de las úlceras gástricas son localizadas sobre la curvatura menor, y el 60% se encuentran a una distancia de 6 cm del píloro. Los síntomas y complicaciones de úlcera gástrica se semejan a los de úlcera duodenal. (5)

Úlcera Gástrica puede ser separada en dos grupos con diferentes causas y diferentes tratamientos. En un tipo, hay evidencia de úlcera duodenal, ya sea clínicamente o radiológicamente, al mismo tiempo, y la úlcera gástrica esta usualmente localizada cerca del píloro. El riesgo de cancer es muy bajo en éstas úlceras gástricas. La medida de la secreción ácida por análisis gástrico, va de acuerdo con la asociación que exista con úlcera duodenal. El tratamiento quirúrgico para estos pacientes debería ser de acuerdo al de úlcera duodenal.

Muchas úlceras gástricas aparecen de nuevo sin embargo, sin una reciente historia de úlcera duodenal o una evidencia radiológica de cicatriz duodenal. Ellas estan usualmente localizadas a 2 cm. de límites entre las células

parietales y la mucosa pilórica, pero siempre en la última. A sido visto que el 95% estan sobre la curvatura menor.

Gastritis Antral, ésta universalmente presente en la úlcera gástrica, siendo esta más severa cuanto más cerca del píloro este.

Esta gastritis es debida a rejugitación del contenido duodenal al estómago y está asociada con disfunción del esfínter pilórico (caracterizado por fallo de su contractura después de una estimulación con secretina o colecistocinina. Experimentalmente cuando la biliar y el jugo pancreático hace contacto con la mucosa gástrica, la gastritis antral aparece. Estas manifestaciones sugieren que el jugo duodenal debilita la resistencia mucosal del antro y que la ulceración resulta de la acción del ácido y pepsina sobre la mucosa pilórica donde estos están más concentrados. (5)

La ingestión de salicilatos ha sido implicada como causa de hemorragia gástrica aguda y úlcera gástrica crónica. Los salicilatos en un PH ácido producen daño a la barrera de la mucosa que normalmente existen, permitiendo difusión de ácido fuera del lumen del estómago. Los deleterios efectos de los salicilatos han sido bien demostrados experimentalmente, y existen evidencias epidemiológicas reforzadas de que estos agentes son una causa significativa de

úlcera gástrica.

Dragstedt propuso que las úlceras gástricas son causadas por estasis y un incremento en la fase gástrica de secreción. Esto surgió por su observación de que a veces se desarrollaba úlcera gástrica en pacientes con retención gástrica después de vagotomía (sin drenaje). Estasis es una posible explicación para úlcera gástrica en pacientes con deformidad duodenal después de muchos años de úlcera duodenal pero esto se ha visto en pocas ocasiones por lo que no puede asociarse con enfermedad duodenal. En realidad, el vaciamiento gástrico no es dañino en pacientes con úlcera gástrica. Los niveles de gastrina son escasamente elevados, un reflejo de la baja tasa de secreción ácida con baja inhibición del antro.

Siempre se debe considerar una lesión ulcerativa vista en rayo X, como una ulceración maligna más que una simple úlcera benigna. Debe tratarse de hacerse la distinción en los primeros estadios de estudio médico. A pesar de los discordantes resultados de cirugía en adenocarcinoma gástrico, estos tumores difíciles de separar de úlcera benigna por medio de rayos X, tienen un 50 a 75 % de chance de cura después de gastrectomía. (5)

Clínicamente, la úlcera gástrica es menos común que la úlcera duodenal, teniendo una relación de 1:4, aunque estudios basados en resulta

dos de autopsias se ha encontrado una incidencia igual de úlcera gástrica y duodenal. Esto indica que muchas úlceras gástricas - pueden ser asintomáticas y que también úlceras gástricas agudas terminales son incluidas en éstos estudios. Usualmente predomina en hombres, con una relación de 3.5:1, algo más baja que la predominancia notada en úlcera duodenal.

Cerca del 20% de úlceras gástricas ocurren en pacientes que han tenido o tienen ulceración duodenal, pero es muy raro que una úlcera duodenal sea seguida de una ulceración gástrica pura. (9)

Las ulceraciones gástricas solo ocurren cuando hay digestión ácida y péptica. Si bien esto se enuncia como una generalización categórica, algunos autores afirman que pueden ocurrir en pacientes con aclorhidia completa, pero los ejemplos que se han informado como excepciones son discutibles.

En promedio, los pacientes de úlcera gástrica tienen acidez gástrica normal o baja (por acidez titulable y por reacción máxima a la histamina), pero, sin embargo, en el estómago hay actividad ácida y péptica. Se advierte superposición entre las cifras de ácido observadas en pacientes de úlcera duodenal y los de úlcera gástrica,

y entre sujetos normales y pacientes de ambas clases de úlcera péptica, por lo cual la secreción ácida y péptica basal no permite diferenciar entre sujetos normales y pacientes de úlcera gástrica o duodenal.

La enfermedad parece ser peculiar de la civilización, pues rara vez se observa en pueblos primitivos. En regiones donde viven en condiciones idénticas tribus primitivas y grupos más civilizados, las úlceras son más frecuentes en éstos últimos. Cabe preguntar si esta relación manifiesta el efecto de la vida llena de tensiones.

Por último queremos hacer notar que la incidencia de úlcera péptica en mujeres, es mayor en las posmenopausicas que las premenopausicas. (17)

PATOGENIA :

No se conoce bien la patogenia de las úlceras gastroduodenales. Ninguna teoría explica por sí sola todos los tipos de lesiones. Las úlceras duodenales tienden a acompañarse de hipersecreción de ácido, pero no todos los pacientes, con úlcera duodenal hipersecretan.

Las úlceras gástricas y las ulceraciones que se acompañan de lesión aguda de la mucosa no guardan relación con la hipersecreción de ácido. De todas maneras, parece necesaria la existencia de ácido para que ocurra la úlcera.

Quizá sea conveniente utilizar un modelo muy sencillo para considerar la génesis de las úlceras (cuadro No. 1). Podrían señalarse muchos factores que tienden a a-

Digestión enzimática de la mucosa

ATAQUE	DEFENZA
Digestión péptica ácida PH 4)	Dilución (Secreción o parietales)
Medicamentos (Salicílicos, esteroides)	Vaciamiento
Trauma	Neutralización (HCO_3^- de bilis y páncreas)
Isquemia	Barrera mucosa Riego sanguíneo abundante
No hay ácido:	No hay úlcera

Cuadro No. 1 Factores que intervienen en la patogenia de la ulceración péptica.

tacar la mucosa, y otros podrían considerarse propiamente mecanismos de defenza para la ulceración mucosa. Las úlceras pépticas son causadas por la pépsina, que se inactiva por encima de PH 5.4 a 6, y tiene un PH óptimo de 1.5 a 2.5, aproximadamente. La digestión péptica ácida es, desde luego, el agente más poderoso que ataca la mucosa. Estu-

dios recientes han demostrado que los medicamentos antiinflamatorios, los salicíticos y esteroides suprarrenales suelen lesionar la mucosa y permitir la retrodifusión de ácido. Ha habido un aumento enorme en el consumo de salicílicos en Estados Unidos de Norteamérica, y un aumento grande concomitante en la frecuencia de hemorragia gástrica producida por estas substancias. Las causas raras de ulceración son trauma directo de la mucosa por instrumentos quirúrgicos o cuerpos extraños, e isquemia de la misma.

No se conoce bien los mecanismos de defensa de la mucosa. Cuanto más grande la fracción de células no parietales, menor la concentración de H^+ , pero no se conocen los mecanismos que gobiernan la estimulación relativa de los componentes parietales y no parietales de la secreción gástrica. El vaciamiento del quimo gástrico ácido hacia bulbo duodenal, sitio que es neutralizada por HCO_3^- de la bilis y del jugo pancreático, es, desde luego, una de las defensas más importantes. El epitelio superficial de estómago y duodeno, con capa de moco, constituye una barrera mucosa a la difusión hidrógeno y pépsina. La integridad de la barrera mucosa es fomentada por el caudal sanguíneo rico de la mucosa de estómago y duodeno. (18)

Está plenamente confirmada la relación de la úlcera duodenal con la hipersecreción de ácido. En la mayoría de las series recolectadas,

la excreción basal media y máxima en los pacientes con úlcera duodenal es entre una y una y media a dos veces tan grande como la de los pacientes de control, y Cox ha demostrado que los estómagos de los pacientes -- con úlcera duodenal tienen casi el doble de células parietales que los estómagos normales. Bañon sugiere que puede haber un umbral de respuesta de secreción de ácido a la prueba aumentada de la histamina por debajo del cual no ocurre la úlcera duodenal. Este umbral sugerido de secreción de ácido clorhídrico es de 15 meq por hora en el varón y de 18 meq para la mujer. No se conoce la etiología de la secreción; posiblemente se deba a una masa de células parietales genéticamente más grande, a aumento de la sensibilidad a los mecanismos de estimulación o de la respuesta de las células parietales, o quizá a insuficiencia de los mecanismos inhibidores de retroalimentación.

Si las úlceras duodenales parecen ser causadas por aumento de las fuerzas ácidas pépticas que atacan a la mucosa, las úlceras gástricas podrían ser causadas por deficiencia en los mecanismos de defensa de la mucosa. La mayoría de los estudios señalan que los pacientes con úlcera gástrica secretan cantidades de ácido normales bajas o incluso por debajo de lo normal, y sólo 5 % de los pacientes con úlcera gástrica -- tienen concentraciones supranormales de se-

creción de ácido. Ocurren úlceras gástricas -- invariablemente en las zonas de gastritis. Como la gastritis progresa en sentido proximal -- desde el píloro, los pacientes con úlcera gástrica tienen una zona distal más grande de mucosa alcalina. Capper y colaboradores hicieron un diagrama del antro en los pacientes con úlcera gástrica, y encontraron que este era, por lo menos el doble de tamaño que el antro de los pacientes con úlcera duodenal. Se encontró que cada úlcera gástrica se encontraba en un área -- aclorhídrica de la mucosa. La gastritis crónica puede ser resultado de reflujo biliar, que parece más común en los pacientes con úlcera -- gástrica. Se ha sugerido que la bilis lesiona a la mucosa, que a continuación, es atacada por la digestión de la pepsina ácida. (18)

Oi y colaboradores observaron que la gran mayoría de las úlceras gástricas ocurren en un área del 5 % de la superficie de la mucosa gástrica en el antro proximal, cerca del sitio de la incisura angular.

Sugirieron que todas las úlceras pépticas ocurren adyacentes a los límites entre los distintos tipos de mucosa, y en el lado que está -- lejos de la mucosa secretoria de ácido. Además sugirieron que la localización de las úlceras -- es influida por la motilidad de los haces musculares subyacentes. La rejugitación de bilis -- puede influir en el desarrollo de úlceras, no solamente por la lesión de la mucosa gástrica, sino también por la liberación directa de gastrina.

A causa de la frecuencia creciente de hemorragia por ulceración aguda de la mucosa (úlceras por tensión, gastritis hemorrágica). Se ha dado mucha atención al estudio de la barrera mucosa gástrica. La mucosa gástrica sana constituye una barrera a la difusión luminal de Na^+ y a la difusión retrógrada de H^+ . Hollander definió a la barrera de la mucosa gástrica como un sistema de dos componentes constituido por una capa de moco que cubre la superficie luminal del estómago, y una capa de células epiteliales cilíndricas por debajo del mismo. La principal función del moco es lubricar, y proporciona poca protección a la mucosa, puesto que posee solo capacidad neutralizantes y amortiguadoras débiles. La parte más importante de la barrera es la membrana apical, que constituye la superficie luminal de la célula epitelial. Davenport ha demostrado que los salicílicos aplicados a la mucosa gástrica aumentarán el paso de sodio hacia la luz, y fomenta mucho la difusión retrógrada de H^+ . Una vez el ácido dentro de la célula, ocurre lesión que puede fomentar más aún la difusión retrógrada de ácido, con liberación resultante de histamina que produce vasodilatación y hemorragia. (18)

La difusión retrógrada de ácido es común en la zona de gastritis, y puede ser, en parte, la causa de los niveles bajos -

de secreción de ácido de los pacientes con gastritis aguda o con úlcera gástrica; esto es, dichos pacientes pueden secretar cantidades -- normales o incluso supranormales de ácido, pero este no puede medirse debido a la difusión retrógrada.

Menguy a sugerido que los cambios en la mucosa gástrica pueden ser la causa principal de lesión mucosa, pero no se ha verificado este fenómeno en el hombre. Skillman y colaboradores encontraron aumento en la difusión retrógrada de H^+ en la mitad de una serie de pacientes -- gravemente enfermos, y sugirió que podría ser responsable de hipotensión con anoxia mucosal resultante. Eugenol, ácidos grasos, sales biliares, que choque hemorrágico, aumenta la difusión retrógrada de ácido. Muchos pacientes graves tienen íleo paralítico con aumento de reflujo de bilis, que contribuiría, junto con el choque, a la lesión de la mucosa. (18)

Los estudios de la lesión aguda de la mucosa han revelado que el ácido interviene en la rotura de la barrera mucosa, en la lesión subsecuente de la pared del estómago y en la hemorragia. (18)

FACTORES GENETICOS:

La incidencia de úlcera es alrededor de dos veces mayor entre los parientes de los pacientes ulcerosos que en la población general, y

existe una cierta evidencia de que el tipo de úlcera esta influido genéticamente? asi pues, los parientes de pacientes con úlcera gástrica tienden a sufrir de úlcera -- gástrica más bien que de úlcera duodenal. La corriente aparición de úlcera en gemelos idénticos, sugiere tambien una influencia -- genética.

Grupos Sanguíneos: En 1954, Aird, estudiando su registro de transfusiones de sangre, -- observó que una alta proporción de los pacientes con úlcera péptica tenían grupo 0. -- Desde entonces, se ha demostrado en muchos -- países que las personas del grupo 0 tienen un mayor riesgo de úlcera péptica. El estado secretor del individuo es también importante. Los no secretores son más propensos a desarrollar úlceras duodenales que los secretores, sea cual fuere su grupo sanguíneo. No existe ninguna evidencia que sugiera que los grupos sanguíneos A B O o el estado secretor influyen sobre la secreción gástrica máxima de ácido, pero la presencia de antígenos del grupo sanguíneo A y B en las secreciones gástricas, puede ejercer un efecto protector.

Factores Endocrinos: Existe en todo el -- mundo un predominio masculino o de la úlcera péptica y sus complicaciones. La relativa inmunidad de las mujeres se altera en las -- fases de la vida reproductiva, siendo más -- evidente despues de la menarquia a la menopausia. La disparidad entre los sexos se --

hace menos evidente después de la menopausia. Durante el embarazo, hay una invariable resolución de los síntomas de la úlcera péptica y sus complicaciones. A despecho de estas observaciones, no existe ninguna correlación simple demostrable entre la actividad de la hormona sexual y la secreción ácida gástrica.

Parece no haber ningun aumento de la incidencia de úlcera péptica en los procesos asociados a un aumento de la secreción de adrenocorticosteroides, pero las grandes dosis de corticosteroides administradas durante periodos, pueden inducir una úlcera o agravar una pre existente. En el hiperparatiroidismo se ha denunciado un aumento de la incidencia de úlcera péptica, talvez debido a la correspondiente elevación de gastrina y de calcio en plasma.

Dieta: La prevalencia de úlcera péptica está aumentada en algunos países en que la mal nutrición es general, pero en los países prósperos, no hay ninguna evidencia que permita incriminar factores dietéticos específicos.

Factores Psicológicos: No hay ningún estado psicológico específico que pueda ser considerado responsable de la úlcera péptica. No obstante, en los animales pueden producirse experimentalmente úlceras pépticas y perforaciones -- mediante represiones o enseñándoles a practicar tareas asociadas a un conflicto a fin de evitar

castigos. Muchos creen que las úlceras -- son más prevalentes en las personas sometidas a tensiones, pero ésta asociación no ha sido demostrada. Las pruebas en favor de la hipótesis pueden a menudo interpretarse de otras maneras, tales como la asociación con otro factor común, por ejemplo el hecho de tomar las comidas a intervalos menos regulares. (14)

FSIOPATOLOGIA:

Con excepción de los pacientes que tienen concomitantemente úlcera duodenal y gástrica, el promedio de secreción gástrica basal y estimulación gástrica de secreción máxima y la masa de células parietales se encuentran disminuidos o normales en la úlcera gástrica. Una aclorhidria seguida de una estimulación máxima es excepcional, pero cuando se presenta deberá virtualmente excluirse la presencia de una úlcera gástrica maligna.

Varias teorías han sido propuestas para explicar el desarrollo de úlcera gástrica benigna. Dragstedt sugirió que las úlceras gástricas son debidas a hipersecreción de jugo gástrico, hormonalmente dependiente de prolongada o excesiva secreción de gastrina. Aunque esta teoría puede explicar la úlcera que ocurre secundariamente a estasis gástrica producida por vagotomía sin drenaje -

je, o estenosis duodenal por úlcera duodenal, no es una buena explicación para la vasta mayoría de úlceras gástricas espontáneas. No se ha podido comprobar si la hipomotilidad o estasis gástrica es más frecuente en pacientes con úlcera gástrica en personas normales. La evaluación de gastrina en suero solamente refleja una disminución de la retroalimentación de la inhibición ácida debida a una reducción de la secreción ácida.

Otra hipótesis han sido propuestas, incluyendo la que sostiene que existe una disminución de la resistencia del estómago a la úlcera por daño del epitelio o disminución del moco gástrico. También, ha sido sugerido que la rejugitación biliar en la parte proximal del estómago es más común en los pacientes con úlcera gástrica y que semejante rejugitación daña tanto la mucosa que puede ocurrir úlcera ácido péptica. Esto concuerda con las manifestaciones de Davenport de que el daño a la mucosa gástrica por varias sustancias realzan la retrodifusión de hidrogeno con consecuente daño a la mucosa y úlcera. Pacientes con úlcera gástrica pueden por lo tanto, actualmente tener hipersecreción de ácido no detectado debido a la retrodifusión del ion hidrogeno, contabilizado para uso clínico como normal o secreción ácida baja. Aunque cualitativa y cuantitativamente han sido descritos los cambios del moco gástrico después de la administración de salicilatos o esteroides, no -

existe evidencia de agotamiento de las células secretoras de moco o de excesiva destrucción del moco en pacientes con úlcera gástrica. (9)

ANATOMIA PATOLOGICA:

El sitio donde más frecuentemente se encuentran las úlceras gástricas es el antro del estómago a lo largo de la curvatura menor, por lo regular en la región prepilórica inmediata. Sin embargo, las úlceras gástricas pueden ocurrir en cualquier sitio del estómago. En la práctica anatomopatológica, incluso 14 % de las úlceras gástricas benignas se presentan en la curvatura mayor o en contacto con la misma.

En términos de tamaño, las úlceras pépticas suelen ser pequeñas; más de 50 % tienen menos de 2 cm de diámetro, y 75 % tienen menos de 3 cm de diámetro. Sin embargo, 10 % de las úlceras benignas, aproximadamente, tienen diámetro que excede de 4 cm. Casi todas estas lesiones grandes se observan en el estómago. Algunas úlceras carcinomatosas tienen diámetro que no alcanza 4 cm, por lo cual el tamaño no permite diferenciar entre la úlcera benigna y la maligna.

En cuanto al aspecto, la úlcera péptica

clásica es defecto redondo u ovalado, neto, como hecho con sacabocados, con paredes relativamente rectas perpendiculares a la base. El borde de la mucosa puede sobresalir algo de la base, sobre todo en la porción proximal de la circunferencia. Los bordes suelen estar al ras de la mucosa adyacente, o están apenas elevados. El engrosamiento o la nodularidad del borde son muy poco frecuentes en la úlcera benigna, pero son datos característicos de la lesión maligna. La profundidad de la úlcera varía desde lesiones superficiales que sólo afectan la mucosa, hasta úlceras excavadas y penetrantes que tienen la base en la túnica muscular. Puede haber perforación de toda la pared, y a veces la base de la úlcera está formada por páncreas, grasa epiploica o hígado adherente. Es característico que la base de las úlceras pépticas sea lisa y limpia, a causa de la digestión péptica del exudado. En ocasiones, en la base sobresalen vasos trombosados, incluso permeables, que fueron origen de hemorragia mortal. En la mayor parte de las úlceras pépticas crónicas la cicatrización subyacente produce repliegues radiados de la mucosa que salen del cráter a manera de rayos de rueda. Este cuadro de la mucosa es orientación valiosa para estimar el sitio de la lesión por el cirujano, el anatomopatólogo y el radiólogo. (17)

El aspecto histológico varía según actividad cronicidad e intensidad de la cicatrización. En

el período de necrosis activa pueden demostrarse cuatro zonas:

- 1- la base y los bordes presentan una capa delgada superficial de restos necróticos - fibrinoides no apreciables a simple vista;
- 2- debajo de ésta capa está la zona de infiltración celular inespecífica activa, en la cual predominan neutrófilos;
- 3- en las capas más profundas, sobre todo en la base de la úlcera, hay tejido activo de granulación con infiltración de leucocitos mononucleares, y
- 4- el tejido de granulación descansa sobre una cicatriz fibrosa o colágena más consistente. Es característico que la cicatriz se extienda ampliamente a manera de abanico, y puede llegar a la superficie serosa. Deben observarse en particular los bordes de la mucosa que soportan la carga de la regeneración epitelial y los cambios inflamatorios. A menudo éstas glándulas - se convierten por completo en mucosecretorias, modificación llamada "Intestinalización". En casos en que va a sobrevenir carcinoma, en estas regiones se advertirá la primera manifestación histológica. - Las paredes vasculares en la zona cicatrizada se caracterizan por estar engrosadas a causa de la inflamación adyacente, y a veces hay trombosis vascular.

Las úlceras pépticas pueden curar de -

manera más o menos completa, según la cronicidad y el tamaño. Las lesiones superficiales - sin cicatrización subyacente importante pueden experimentar reepitelización completa que no deja vestigios. Si la cicatrización es más intensa, la regeneración de la mucosa será menos perfecta y la cicatrización se retarda, posiblemente por la disminución del riego sanguíneo. (17)

MANIFESTACIONES CLINICAS:

En muchos pacientes el diagnóstico de enfermedad ulcerosa péptica puede efectuarse con bastante seguridad basándose solo en historia. El dolor epigástrico es el síntoma cardinal. La localización y carácter del dolor, su cronología, y los factores que lo aumentan o lo alivian, producen un cuadro clínico característico. Pero debe reconocerse que los pacientes pueden sufrir úlcera péptica sin síntomas típicos y, a la inversa, que otros pacientes pueden tener síntomas típicos sin úlcera demostrable.

Localización: El dolor ulceroso típico es epigástrico, cerca de la línea media. Los pacientes con úlcera gástrica tienden a localizar el dolor ligeramente a la izquierda de la línea media; los que tienen úlcera duodenal ligeramente a la derecha. Estas distinciones sutiles raramente son útiles en un caso determinado para diagnóstico. El dolor puede estar tan localizado que el paciente indique su lugar con la

punta de uno o dos dedos.

Carácter: El dolor puede describirse como urente, corrosivo, en calambre, o como tebrante o intenso, o bien como una sensación de presión, pedadez o hambre. Puede ser ligero o fuerte, variar de intensidad pero incluso cuando se describe como calambres suele presentarse en descargas que duran por lo menos varios minutos. El dolor no aumenta por los movimientos corporales. La dificultad que muchos pacientes tienen para describir la índole del dolor probablemente depende de su origen visceral.

Relaciones temporales y alivio del dolor: La duración del dolor es el dato más característico que diferencia este dolor del de otras enfermedades. De ordinario, el dolor ulceroso aparece en períodos acumulados de días o semanas, separados con intervalos de semanas o meses sin dolor ninguno. Por lo tanto la cronicidad y la periodicidad son síntomas ulcerosos típicos. El tipo de crisis recurrente puede continuar varios años sin cambio importante; el dolor puede hacerse más frecuente o más intenso, o bien en una minoría de pacientes, puede disminuir y acabar con desaparecer después de unos años. El viejo dicho "cuando hubo úlcerra, siempre hay úlcerra" es cierto para la mayor parte de pacientes con úlcerra péptica.
(3)

El tipo diario de dolor es aproximadamente paralelo al curso normal de la ácidez gástrica. Así, el dolor disminuye por la mañana temprano, cuando la secreción ácidogástrica es poca, y después de la comida cuando el ácido es amortiguado por el alimento. El dolor aumenta unas horas después de cada comida, cuando la secreción de ácido es intensa y no está amortiguada por alimento, y al acostarse.

De manera similar, las medidas que reducen la ácidez intragástrica (antiácidos, alimentos por vía bucal, aspiración nasogástrica) alivian típicamente el dolor. En algunos pacientes con úlcerra gástrica, una comida puede producir empeoramiento pasajero del dolor, seguido de alivio.

Durante los períodos en los cuales no hay dolor ulceroso, los pacientes suelen sentirse perfectamente bien.

Síntomas asociados: Náuseas, exceso de saliva, o ambos, pueden acompañar al dolor ulceroso péptico. En pacientes con úlcerra gástrica puede haber anorexia. El vomito espontáneo es un síntoma ocasional, asociado casi siempre más con la úlcerra gástrica que con la duodenal.

Estas características del dolor ulceroso son típicas de pacientes con úlcerra péptica crónica no complicada. Algunos pacientes quizá nunca sufran dolor; se comprueba que tienen enfermedad

ulcerosa péptica después que se presentan con una complicación de la enfermedad. Son frecuentes los síntomas atípicos en niños y en pacientes de edad avanzada con enfermedad ulcerosa péptica.

Examen Físico: La hipersensibilidad epigástrica es frecuente, pero raramente intensa, y no tiene especificidad. De hecho, el examen físico general tiene poco valor para establecer el diagnóstico de enfermedad ulcerosa péptica no complicada. (3)

ESTUDIOS DIAGNOSTICOS:

Radiografía: En la actualidad es la técnica más utilizada para diagnóstico. Las úlceras raramente pueden observarse en placas estándar abdominales, cuando el aire queda aprisionado en el cráter. Suele utilizarse sulfato de bario como medio de contraste radiopaco para las radiografías sistemáticas del tubo digestivo. Se utilizan un medio de contraste hidrosoluble absorbible en pacientes en quienes se sospecha úlcera perforada. Las placas de contraste con aire ayuda a definir netamente el estado de la mucosa del tubo digestivo alto. Las placas tardías, tomadas una hora, aproximadamente, después de la ingestión de bario, pueden demostrar una acumulación del mismo dentro de una úlcera que no se observó en el estudio fluoroscópico inicial.

Para tener seguridad diagnóstica hay que observar el nicho radiográfico en más de una placa. Cuando se observa una úlcera de perfil el nicho aparece como un acúmulo de material de contraste que se extiende más allá de los límites de la pared gástrica. Cuando se observa de frente se ve un acúmulo de bario muchas veces rodeado por un halo, por los pliegues que irradian desde la úlcera, o por ambos. El halo depende de edema de la mucosa y submucosa que rodea la úlcera.

La mayor parte de las úlceras gástricas (aproximadamente el 85 %) de las úlceras gástricas se hallan en la curvatura menor del estómago. El 90 %, aproximadamente, de úlceras gástricas observadas endoscópicamente se ven bien en series gastrointestinales altas.

Las úlceras gástricas tienen diámetro variable, desde menos de 1 cm hasta más de 10 cm. - Casi 80 % de las úlceras gástricas tienen menos de 2 cm en su diámetro máximo, cuando se observa de perfil, hay una sombra aparente que rodea el cuello de la úlcera; depende de un borde despegado de mucosa gástrica que produce un anillo estrecho alrededor de una parte mayor de la úlcera (línea de Hampton); muchas veces proviene de un "collar" ulceroso más grueso opaco a rayos X causado por edema e inflamación de la mucosa vecina. Aunque estos cambios radiográficos tienden a ser más frecuentes con úlceras benignas, también pueden verse en cánceres gástricos

ulcerados.

Las úlceras gástricas a veces no se observan porque: 1) pueden ser superficiales y el bario no se acumula en su interior; 2) puede haber moco o sangre dentro del cráter ulceroso, 3) los bordes edematosos alrededor de la úlcera pueden ocluir su luz, 4) las posiciones empleadas pueden no proporcionar el perfil adecuado, o 5) el paciente puede ser demasiado corpulento, o incapaz de permitir el examen radiográfico adecuado.

(3)

Los signos radiográficos que tienden a distinguirse la úlcera gástrica benigna del cáncer ulceroso incluyen los siguientes:

- 1) la mayor parte de úlceras benignas se extienden más allá de la pared gástrica, - mientras que los cánceres gástricos tienden a quedar dentro de los límites de la misma;
- 2) las úlceras benignas tienden a ser redonda u ovoides, mientras que los cánceres frecuentemente son de forma irregular;
- 3) las úlceras benignas suelen tener una base lisa, mientras que la base de los cánceres suelen ser nodular;
- 4) los pliegues gástricos irradian desde el bario de una úlcera benigna, mientras que puede no haber pliegues que irradian de un cáncer, o estos pueden quedar enmascarados e interrumpirse a cierta distancia del cáncer ulcerado, y
- 5) el estómago alrededor de una úlcera benigna suele ser elástico, con motilidad normal, mientras que la pared alrededor de un cáncer

está rígida y presenta poca motilidad. Algunos carcinomas ulcerados pueden "curar" radiográficamente. Por lo tanto, se necesitan otros estudios, como endoscopia, biopsia y citología para ayudar a distinguir una úlcera gástrica benigna del cáncer de estómago. (3)

Las úlceras gástricas benignas dentro del cuerpo del estómago pueden producir una incisura - de la pared gástrica en la parte opuesta a la úlcera. Al curar la úlcera, está hendidura o incisura en el contorno gástrico puede persistir, creando un "estómago en reloj de arena".

Endoscopia: Para diagnóstico de úlcera péptica la endoscopia es útil, pues permite distinguir la úlcera esofágica del divertículo, definir el punto que sangra en caso de hemorragia gastrointestinal alta, distinguir las úlceras gástricas benignas de las malignas, diferenciar la úlcera recurrente de la deformidad quirúrgica, y posiblemente en pacientes con dispepsia y radiografías negativas.

Con los endoscopios mejorados que ahora -- existen casi todas las úlceras de estómago y -- esófago pueden observarse. Lesiones de la mucosa como esofagitis, gastritis y duodenitis, muchas veces no se definen con el estudio radiográfico, pero pueden diagnosticarse endoscópicamente, sobre todo con adición de una biopsia endoscópica dirigida.

Endoscópicamente una úlcera gástrica suele ser redondeada u ovoide, y tiene una base clara, blanquecina, y un borde hiperhémico; los pliegues gástricos irradian desde el borde del cráter ulceroso. Los cánceres gástricos suelen ser de forma irregular, poseen una base necrótica, hemorrágica y nodular, están rodeados de nodularidad, y muestran pliegues engrosados radiados hacia el cáncer, pero interrumpiéndose a poca distancia de la zona ulcerosa. La biopsias profundas repetidas del labio, o la citología directa con escobillón, muchas veces permiten establecer un diagnóstico histológico o citológico de cáncer.

Estudios de Secreción: Pueden admitirse las siguientes generalizaciones acerca de la secreción ácida basal y la estimulada:

- 1) pacientes con úlceras gástricas del cuerpo del estómago tienden a secretar cantidades subnormales de ácido;
- 2) los pacientes con úlcera duodenal, úlcera prepilórica, o úlcera gástrica y duodenal tienden en general a secretar más ácido que los individuos normales, y
- 3) los pacientes con tumores de páncreas - secretores de gastrina (Síndrome de Zollinger Ellison) tienden a secretar más ácido que la mayor parte de pacientes con úlcera duodenal. Estas generalizaciones se refieren al "paciente medio". Hay gran su-

perposición entre los grupos.

La secreción gástrica ácida basal, en promedio, en el varón normal y en la mujer normal es de aproximadamente 2.5 y 1.3 meq por hora, respectivamente, pero pueden variar entre 0 y 6 meq por hora. La secreción media basal en pacientes con úlcera gástrica es similar a la normal, mientras que en ambos sexos cuando hay úlcera duodenal es de aproximadamente 5 y 3 meq por hora respectivamente. Dada la gran superposición de secreciones basales, muchas veces no resulta de gran utilidad este dato para el diagnóstico de enfermedad ulcerosa péptica. En la mayor parte de pacientes con tumores del páncreas que secretan gastrina, la secreción basal tiende a estar aumentada (o sea, mayor de 10 meq por hora en el estómago intacto, y mayor de 5 meq por hora en el estómago operado).

Después de la inyección subcutánea de fosfato ácido de histamina (40 microgramos por kilo), betazol (1.5 mg por kilo) o pentagastrina (6 microgramos por kilo), la secreción ácida máxima es similar. Estas dosis producen respuestas "máximas" o sea que con dosis mayores no se obtienen respuestas más intensas.

Como la enfermedad ulcerosa no se presenta en ausencia de ácido gástrico - "sin ácido no hay úlcera" - el descubrimiento de una anaclohidria que resiste a la histamina (o sea, en todas las determinaciones después de histamina, -

mayores de 6) en una paciente con signos radiológicos de úlcera gástrica sugiere -- fuertemente el diagnóstico de cáncer del -- estómago. Por desgracia, solo el 20 %, -- aproximadamente, de los pacientes con cáncer gástrico tienen anaclorhidria resistente a la histamina. Por lo tanto, para distinguir la úlcera maligna de la benigna la anaclorhidria es una prueba descriptiva (un resultado positivo suele indicar cáncer), pero no una prueba sensible (el resultado positivo es raro en pacientes con cáncer).

Después de la desnervación vagal del estómago, la hipoglicemia provocada por insulina muchas veces no logran estimular la secreción ácida del estómago.

Se ha utilizado la prueba de insulina (0.2 U por Kg por vía intravenosa) para valorar el efecto de la vagotomía sobre la secreción ácida del estómago. Si la hipoglicemia creada con la insulina produce un aumento de secreción gástrica ácida después de la vagotomía, se admite que persiste -- cierta inervación vagal del estómago, pero también pueden intervenir mecanismos no vagales. Un año después de la vagotomía, -- aproximadamente la mitad de los pacientes responden con secreción a la insulina. Sin

embargo, solo uno de cada siete pacientes con aumento de secreción de ácido después de insulina desarrollará úlcera recidivante. Hay mucha superposición en las respuestas a la prueba de insulina entre quienes sufren y quienes no sufren recidiva. La prueba de insulina -- tiene tan poco valor de predicción para indicar cuáles pacientes desarrollarán úlcera -- recurrente que en clínica su utilidad es limitada. (3)

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Cualquier enfermedad que produzca dolor -- epigástrico debe distinguirse de la úlcera péptica. La enfermedad de unos cuantos órganos abdominales (estómago, hígado, vesícula biliar y páncreas) produce dolor a este nivel.

El dolor de estructuras intratorácicas -- también puede referirse al epigastrio. El dolor referido al epigastrio puede predominar en casos de pleuritis, infarto de miocardio o pericarditis. Estas enfermedades no suelen confundirse con la úlcera péptica. El dolor que produce tiende a ser agudo, más crónico, constante más que episódico, sin relación con las comidas ni alivio con antiácidos, y generalmente asociado con otros dolores o síntomas atípicos de enfermedad ulcerosa.

El dolor nacido en el esófago (generalmente por esofagitis péptica o enfermedad ulcerosa péptica del esófago) puede presentar algunas características del dolor ulceroso péptico, con relación temporal con las comidas y alivio con los antiácidos. Sin embargo el dolor esofágico bajo, aunque a veces es epigástrico, suele percibirse como quemadura retroesternal, y la esofagitis suele acompañarse de síntomas de regurgitación de contenido gástrico, que aumenta con los esfuerzos o al adoptar la posición horizontal.

El dolor epigástrico producido por enfermedades intraabdominales que no afectan estómago o duodeno suele poderse distinguir fácilmente del dolor ulceroso. La colecistitis aguda puede producir dolor epigástrico o dolor en el cuadrante superior derecho de comienzo rápido y duración de horas o días, muchas veces acompañado de hipersensibilidad a nivel de la zona vesicular, y fiebre. Los pacientes suelen presentar la historia de crisis anteriores de cólico biliar. La pancreatitis aguda muchas veces produce dolor epigástrico, pero el dolor suele irradiar a la espalda y empeora al cambiar de posición. Además, en la colecistitis o pancreatitis aguda, los signos de inflamación abdominal aguda (fiebre, hipersensibilidad directa y de rebote, distensión abdominal o íleo) son típicos y no se

descubren en caso de enfermedad ulcerosa no complicada.

En Estados Unidos de Norteamérica la mayor parte de úlceras gástricas son benignas, pero hay que considerar la posibilidad de úlcera gástrica maligna en todo paciente ulceroso gástrico. (3)

Duodenitis: La inflamación de la mucosa duodenal se observa frecuentemente acompañando a la úlcera duodenal activa. Puede verse así mismo en pacientes con síntomas ulcerosos típicos pero sin úlcera demostrables. Tales pacientes pueden tener hipersecreción gástrica signos radiológicos de arrugas duodenales gruesas, signos histológicos de infiltración mononuclear y úlceras microscópicas. Muchos pacientes con duodenitis más tarde desarrollan enfermedad ulcerosa duodenal franca, y este proceso puede ser una etapa de evolución natural de la enfermedad ulcerosa en algunos casos. La duodenitis sintomática también puede nacer de infiltración granulomatosa eosinófila del duodeno.

Gastritis: Además de la gastritis asociada con la enfermedad ulcerosa (ver antes) diversas formas de gastritis crónica pueden afectar al estómago. La gastritis crónica superficial, la gastritis atrófica y la atrofia gástrica aumentan de frecuencia con la edad, y a veces se aso-

cia con síntomas epigástricos, pero raramente producen un cuadro sistemático bien definido, parecido al de la úlcera péptica. Las enfermedades que infiltran la pared del estómago (carcinoma, linfoma, gastritis -- granulomatosa causada por enfermedad de --- Crohn, granuloma eosinófilo, sarcoidosis, tuberculosis, o sífilis) pueden producir síntomas de tipo ulceroso. Tales síntomas se descubren en la tercera parte de los pa- cientes con estenosis pilórica hipertrófica del adulto y son relativamente frecuentes en pacientes con enfermedad de Ménétrier (artropatía hipertrófica asociada con pér- dida de proteínas hacia el interior del tubo digestivo). La mayor parte de estas enfermedades son raras. Su diagnóstico de- pende de excluir la enfermedad ulcerosa - péptica, y demostrar la patología caracte- rística con examen radiográfico, endoscó- pico e histológico.

Dispepsia funcional: Dispepsia funcional es un síndrome con síntomas que recuerdan muchos de los observados en la enferme- dad ulcerosa gástrica, pero sin lesión - patológica demostrable, y con pronóstico libre de las complicaciones de la úlcera. Los pacientes con dispepsia funcional -- tienen síntomas crónicos y recurrentes de molestia epigástrica. Los intervalos sin dolor tienden a ser de breve duración. Los antiácidos muchas veces producen ali- vio parcial o completo del dolor epigás--

trico, pero el alimento probablemente aumente la molestia. Muchas veces el dolor es mal -- localizado, y los pacientes se quejan de "ga- ses". Náuseas, vómitos y dolor pueden presen- tarse por la mañana antes del desayuno. El do- lor nocturno se observa menos frecuentemente - que en la enfermedad ulcerosa. La distinción entre dispepsia funcional y enfermedad ulcero- sa péptica puede ser imposible por la simple historia clínica. Se trata de un diagnóstico de exclusión, que solo se efectuará después de cuidadosos estudios radiográficos y endoscópi- cos que hagan imposible el diagnóstico de úl- cera péptica. Como ocurre con la duodenitis, se comprobará que una proporción importante de pacientes con "dispepsia funcional" sufren en- fermedad ulcerosa cuando se vigilen durante - varios años. (3)

TERAPEUTICA MEDICA

Los cuatro fines que persigue la terapéuti- ca de la úlcera péptica son aliviar los sínto- mas, aumentar la rapidez de curación, evitar - complicaciones, y evitar recidivas. Por des- gracia, a pesar de las muchas drogas utilizadas para tratar la enfermedad ulcerosa, hay muy po- cos ensayos bien controlados doble ciegos efec- tuados con esta enfermedad tan frecuente. Por lo tanto, el tratamiento de la enfermedad ulce- rosa en gran parte es empírico. Como el trata- miento de la úlcera esofágica, el de la gástri- ca y el de la duodenal son similares, lo que se indica a continuación se aplica a todas las formas de enfermedad acidopéptica, si no se in-

dica lo contrario.

Antiácidos: Los antiácidos se emplean mucho: se gastan cada año en Estados Unidos de Norteamérica unos 110 millones de dólares de antiácidos. Hecho sorprendente, no hay datos indicando que exista algo mejor en la curación, disminuyan las recidivas, o eviten las complicaciones. En estudios no controlados se ha observado que los antiácidos alivian el dolor ulceroso. Sin embargo, para distinguir el efecto antiácidos de un efecto placebo en la terapéutica de la enfermedad ulcerosa es necesario llevar a cabo estudios doble ciegos bien controlados. Tales estudios se hallan ahora en curso.

La base del empleo de antiácidos para tratar la úlcera es la siguiente:

- 1; la enfermedad ulcerosa no ocurre en ausencia de ácido y pepsina en el estómago.
2. La actividad péptica disminuye netamente con PH mayor de 3.5; 3. La presencia de úlceras experimentales en animales puede reducirse con antiácidos y;
4. Una enfermedad ulcerosa puede resolverse con tratamiento quirúrgico que disminuye la secreción gástrica de ácido y pepsina.

La mayor parte de antiácidos del comercio son mezclas de sales de magnesio, alu-

minio o calcio. Los factores que influyen en la eficacia in vivo de un antiácido incluyen, la capacidad neutralizante del producto, el ritmo de reacción con el ácido, el de secreción ácida por el estómago, el de vaciamiento gástrico.

Bicarbonato sódico: Se trata de un antiácido potente de acción rápida. Se absorbe completamente; por lo tanto, impone al cuerpo una carga de sodio y alcalino. Con funciones renales normales, el cuerpo puede tolerar el exceso de sodio. En pacientes con función renal disminuida o retención de sales, la carga sódica puede ser causa de alcalosis y aumento de la cantidad corporal total de sodio y de agua. Como el bicarbonato sódico es soluble en agua, abandona el estómago rápidamente, produciendo solo una alcalinización intragástrica temporal por lo tanto, no se emplea en el tratamiento de la enfermedad ulcerosa.

Carbonato Cálxico: Se trata de un antiácido potente de acción rápida. En el duodeno, la mayor parte del calcio se convierte en carbonato, fosfato y jabones cálcicos que se absorben poco. Menos del 10 por 100 del calcio es absorbido por el intestino. Las ventajas del carbonato cálcico son su bajo costo y su potencia. Por desgracia los antiácidos que contienen calcio pueden causar hipersecreción o hipercalcemia. El calcio por vía bucal produce aumento de secreción ácida en ayunas y después de comer con una dosis única o repetida, y en pa-

cientes con enfermedad ulcerosa o sin ella.

El aumento de secreción ácida probablemente mediado, en parte, por el aumento de gastrina sérica; solo se produce después de dar antiácidos que contienen calcio, no con antiácidos sin calcio.

La dosis repetidas de calcio pueden producirse aumento de calcio, fosfato, creatinina y bicarbonato en el suero. La ingestión prolongada de carbonato cálcico más bicarbonato sódico puede originar el síndrome de leche-alkalino. Este consiste en un aumento de la calcemia, la urea, la creatinina y el fósforo del suero sanguíneo, con alcalosis general. Si se descubre pronto en un paciente con funciones renales normales, el síndrome de leche-alkalino puede desaparecer interrumpiendo el ingreso cálcico. Si pasa inadvertido, este síndrome puede progresar hasta causar cálculos renales y lesión permanente del riñón. Los síntomas del síndrome leche-alkalino incluyen anorexia, malestar, náuseas, vómitos, debilidad dolores musculares, polidipsia y poliuria. Los síntomas del síndrome leche-alkalino son los mismos que los de la hipercalcemia por otras causas, como el hiperparatiroidismo, la intoxicación con vitamina D, o tumores metastáticos. Como hay muchos antiácidos del comercio sin calcio que no presentan los efectos indeseables de este, y son

antiácidos eficaces, algunos autores consideran que no debieran usarse antiácidos que contienen calcio en el tratamiento de la enfermedad ácido péptica.

Hidróxido de Aluminio: Este producto reacciona con el ácido clorhídrico para formar cloruro de aluminio. La capacidad neutralizante de los preparados de hidróxido de aluminio es muy diversa; algunos son antiácidos ineficaces. En el intestino, el hidróxido de aluminio y el cloruro de aluminio fijan fosfato. Produciendo fosfato de aluminio, que no se absorbe. La ingestión crónica de hidróxido de aluminio puede disminuir la cantidad sérica y corporal total de fosfato. Por lo tanto, representa un beneficio terapéutico en pacientes con insuficiencia renal crónica e hiperfosfatemia. Las propiedades de adsorción del hidróxido de aluminio pueden disminuir la absorción de otras drogas. Fordtran comprobó que la capacidad de amortiguamiento in vitro guarda buena correlación con la actividad antiácida posprandial in vivo. Los pacientes con mucha secreción gástrica ácida, "hipersecretores", tienden a necesitar cantidades mayores de antiácido que los secretores pobres para lograr un grado similar de neutralización. Como los antiácidos abandonan rápidamente el estómago vacío, el efecto de los mismos en el paciente en ayunas es transitorio.

rio; solo dura unos 10 a 20 minutos. Sin embargo cuando se administran cantidades adecuadas de antiácido una hora después de una comida, su efecto puede durar hasta tres horas.

En la actualidad, los antiácidos constituyen el fundamento de la terapéutica de la enfermedad acidopéptica, a pesar de la falta de estudios cuidadosamente controlados sobre cómo modificar el ritmo de curación o la proporción de recidivas. En el paciente sintomático agudo de proceso ulceroso, hay que dar los antiácidos en dosis de unos 75 meq (por ejemplo, Maalox, 30 ml; Mylanta II, 18 ml) con intervalos horarios, durante todo el día, y unos 150 meq al acostarse. Cuando desaparecen los síntomas los antiácidos se dan al cabo de una y tres horas después de cada comida y al acostarse. Los hipersecretores han de recibir dosis mayores que los no secretores.

En pacientes con retención de sodio o hipertensión hay que dar antiácidos pobres en sodio por ejemplo, Riopan)

Hidróxido de Magnesio: Se trata de un antiácido potente que reacciona rápidamente con el ácido clorhídrico. El trisilicato de magnesio reacciona con ácido clorhídrico más lentamente que el hidróxido. Aproximadamente 5 a 10 por 100 del magnesio ingerido es absorbido por el intestino y eliminado por

los riñones. En pacientes con función renal disminuida la concentración sérica de magnesio puede aumentar y, en raros casos, producir hipotensión y paro respiratorio. Dentro del intestino, las sales de magnesio actúan como purgante, de manera que raramente pueden utilizarse como antiácido único. (3)

Drogas Anticolinérgicas: Estos productos bloquean la acción de la acetilcolina sobre los nervios posganglionares. Se utilizan en el tratamiento de la úlcera para disminuir la secreción de ácido y pepsina. También disminuyen las secreciones salival, bronquial, sudoral y pancreática, aumenta la frecuencia cardiaca, producen midriasis, disminuyen la motilidad gástrica e intestinal, el tono de la vejiga urinaria y el poder vesical de contracción. No está comprobado que ningún colinérgico tenga acción selectiva sobre un blanco específico.

La dosis estándar de anticolinérgicas (o sea que producen sequedad de boca) disminuyen en la secreción basal de ácido gástrico, o la estimulada por gastrina; aproximadamente en 50 por 100. Como los anticolinérgicos además de disminuir la secreción ácida del estómago producen efectos secundarios manifiestos, en particular sequedad de boca, es difícil llevar a cabo estudios doble ciegos comparando los anticolinérgicos con placebos. En la úlcera gástrica un anticolinérgico (glicopirronio)

mejoró el ritmo de curación y disminuyó la frecuencia de recidivas. Algunos estudios sugieren que los anticolinérgicos tienen valor en la úlcera duodenal para aliviar el dolor y evitar las recidivas. Otros estudios llegan a la conclusión de que carecen de valor terapéutico en la úlcera duodenal.

Si se emplean anticolinérgicos para tratar la enfermedad ulcerosa, deben prescribirse en dosis que produzcan un efecto manifiesto como boca seca. No deben usarse en pacientes en quienes el efecto anticolinérgico puede ser peligroso, por ejemplo en casos de glaucomaprostatismo, reflujo gastroesofágico, retención gástrica o bronquitis o bronquitis crónica. Los anticolinérgicos probablemente logren el máximo efecto terapéutico en ulcerosos con dolor nocturno; una dosis al acostarse puede ser eficaz para aliviar el dolor nocturno. Como la mayor parte del ácido se secreta en respuesta a una comida, los anticolinérgicos administrarse unos 30 minutos antes de comer.

Dieta: Aunque durante los últimos 70 años se ha utilizado dietas blandas para tratar la enfermedad ulcerosa, no está comprobado que esta sea más eficaz que una dieta regular para curar la úlcera, y evitar sus complicaciones o sus recidivas. Durante eta-

pas de actividad, los pacientes muchas veces limitan su dieta a los alimentos blandos. No está demostrado que esto disminuya los síntomas o abrevie el ataque. En pacientes con enfermedad ulcerosa, la administración cada hora de leche y crema ha producido un PH intragástrico menor que tres comidas regulares. Además, el exceso de leche y crema con antiácido puede ser causa del síndrome de leche-alcalino y de aterosclerosis.

No está demostrado que las especias en cantidades moderadas sean ulcerógenas o alteren la curación de una úlcera o la frecuencia de recidivas. También la textura de la dieta, blanda contra irritante, parece tener poca importancia en la patogenia o la terapéutica de la úlcera. Como la cafeína es un estimulante de la secreción ácida, (las bebidas de cola) probablemente deban excluirse de la dieta de ulcerosos. El alcohol, por su capacidad de lesionar la mucosa, puede intervenir en la patogenia de erosiones; por lo tanto deben prohibirse al paciente ulceroso.

En resumen: Hasta aquí no tenemos datos en pro de alterar la dieta de pacientes con enfermedad ulcerosa, excepto suprimiendo cafeína y alcohol, y evitar sustancias que le produzcan síntomas. También deben evitarse las pequeñas comidas al momento de acostarse, que estimularán la secreción ácida mientras el paciente es

tá dormido.

No deben emplearse alimento como antiácido, porque la neutralización que logra el alimento siempre va seguida de un aumento de secreción. (3)

Hospitalización: En la úlcera se ha señalado que la hospitalización aumenta el ritmo de curación de las úlceras, en comparación con el tratamiento externo. El costo de una hospitalización prolongada muchas veces resulta prohibitivo; por lo tanto se recomienda que los pacientes con úlcera gástrica comprobada o sospechada sean hospitalizados por breve tiempo para lograr una rápida valoración de la úlcera con radiografía, endoscopia con biopsia, y, si es posible, citología gástrica. El tratamiento médico puede iniciarse durante la hospitalización. En varones veteranos hospitalizados con úlcera gástrica, la frecuencia de recidivas en plazo de dos años fue de 60 % en los que curaron lentamente (menos del 90% en seis semanas) y 40 % en los que curaron más rápidamente. Los pacientes con úlceras gástricas voluminosas, úlceras gástricas y duodenales, y los veteranos de raza negra, tendían a presentar una recidiva mayor de la úlceras. Hay que obtener radiografías seriadas de una úlcera gástrica con intervalos de tres o cuatro semanas durante un máximo de 12 se-

manas. La úlcera ha de curar completamente - en quienes la úlcera no cura, está indicada la cirugía. La cirugía también se recomienda para el paciente con segunda o tercera recidiva ulcerosa. (3)

Otros tratamientos: Carbenoxolona sódica: La carbenoxolona sódica se ha comprobado que aumenta la curación es pacientes ambulatorios con úlcera gástrica. Hasta cifras comparables a las de pacientes hospitalizados. La carbenoxolona sódica aumenta la producción y viscosidad del moco gástrico y también la duración de vida de las células de la mucosa gástrica. Estos quizá sean los mecanismos por virtud de los cuales aumenta la rapidez de curación de las úlceras gástricas. La carbenoxolona sódica estructuralmente se parece a la aldosterona, por lo tanto, produce retención de sal y de agua. La eficacia del producto puede conservarse evitando la retención de sal mediante diuréticos tiacídicos. Agentes bloqueadores de aldosterona estructuralmente similares (por ejemplo, aldactona) disminuyen la eficacia de la carbenoxolona. (3)

ANTAGONISTA DEL RECEPTOR HISTAMINA H2: El bloqueador del receptor de la Histamina H2, cimetidina, inhibe marcadamente la secreción de ácido gástrico estimulada por comida, gastrina, histamina y cafeína. La droga esta virtualmente libre de toxicidad. Entre los raros efectos secundarios tenemos ginecomastia, galactorrea, elevación de la creatinina serica, disminución de IgA

e IgM, rash cutáneo, hemorragia gastroin-
testinal y leucopenia.

La dosis recomendada es de 300 mg cua-
tro veces al día, una hora antes de cada -
comida y al acostarse.

Esta droga a sido reportada como de va-
lor en el tratamiento de úlcera gástrica
benigna, esofagitis péptica, Síndrome de -
Zollinger Ellison y ulceraciones de stress.
Estudios comparativos entre la cimetidina
y potentes antiácidos a demostrado una ----
igualdad en la efectividad. (10)

Sedación: No se ha comprobado que tenga -
valor en el tratamiento de la enfermedad -
ulcerosa péptica. No se recomienda para
uso sistemático. Sin embargo, algunos médi-
cos consideran que disminuir la ansiedad en
estos pacientes puede facilitar el programa
terapéutico recomendado.

Estrógenos: Los estrógenos son eficaces
para acelerar la curación de la úlcera du-
denal, pero no de la úlcera gástrica. Co-
mo tienen efectos secundarios, sobre todo
en los varones, no se recomienda su em-
pleo.

Prohibición del Tabaco: Se ha comprobado que
interrumpir el fumar aumenta la rapidez de cu-
ración en pacientes hospitalizados con úlcera
gástrica. La frecuencia de úlcera gástrica y
duodenal es mayor en los fumadores que en los
no fumadores. Deb desaconsejarse el no fumar en
pacientes con enfermedad ulcerosa péptica- sin
embargo, no hasta el punto de crear ansiedad.

Irradiación Gástrica: La irradiación de la por-
ción del estómago donde están las glándulas oxin-
ticas disminuye la secreción de ácido, general-
mente por menos de un año. En algunos pacientes
se logra así un hipoclorhidria prolongada. En -
la actualidad, la irradiación gástrica solo se -
emplea en los raros pacientes rebeldes al trata-
miento médico y en quienes la cirugía tiene una
mortalidad prohibitiva. (3)

En general, la úlcera gástrica es difícil de
curar medicamente, frecuentemente recurre y causa
más severos síntomas que la úlcera duodenal. La
tasa de recurrencia en los primeros 2 años despues
de sentir mejoría con tratamiento médico es cerca
del 40%; apareciendo cerca del 70% en el primer -
año de tratamiento. En úlceras que no responden
al tratamiento, no puede ser excluida la posibili-
dad de malignidad de la misma. (5)

TERAPEUTICA QUIRURGICA: Las indicaciones para ope-
rar a los pacientes con úlcera gástrica son Hemo-
rragia, perforación, obstrucción, intrababilidad y
la necesidad de eliminar la posibilidad de carcino-
ma gástrico. Como malignidad es posible en casi -

todas las úlceras gástricas, es importante, durante la operación y si el diagnóstico es dudoso, tomar biopsias de los bordes de la úlcera y examinar las muestras mediante técnica de corte por congelación.

Los signos y síntomas por hemorragia de una úlcera gástrica son semejantes a los de la hemorragia por úlcera duodenal. Como los pacientes con úlcera gástrica pueden ser de mayor edad, y como la hemorragia tiende a ser más persistente en estos casos, el pronóstico es más grave y la operación debe efectuarse lo más pronto posible en estos pacientes que en los de úlcera duodenal.

En la operación debe extirparse la úlcera si es posible, incluyéndola en una gastrectomía distal. Si la úlcera hemorrágica está localizada en parte alta del estómago, el cirujano puede poner puntos en el sitio hemorrágico durante la biopsia de la úlcera, o de preferencia se puede extirpar la úlcera en forma local, reparar el defecto, y a continuación, ejecutar gastrectomía distal o vagotomía y drenaje (pilocoplastia o gastroyeyunostomías).

El tratamiento común de la úlcera gástrica perforada es de sutura de la perforación después de hacer biopsia de la lesión ya que la alternativa sería resección gá-

strica, y la mayoría de los pacientes con úlcera gástrica perforada no son candidatos ideales para una operación de esta magnitud. (18)

Para decidir si se opera una úlcera gástrica, se tomarán en cuenta la elevada frecuencia de las recaídas después de la terapéutica médica, y el peligro de que exista un carcinoma no diagnosticado. Algunos investigadores aconsejan extirpar el estómago en todos los casos de úlcera gástrica. En las grandes clínicas, de 37 a 95 % de las úlceras gástricas se tratan por resección. Pensamos que la cifra alta es la más acertada, pero que en ciertos casos no es prudente llevar a cabo una resección inmediata.

Si se produce en plazo de 3 semanas una mejoría rápida confirmada radiológicamente, puede continuar el tratamiento médico de las úlceras agudas. La colaboración de un médico internista competente con un citólogo experto es también muy útil.

Moore y Harkins (1954) hacen el siguiente análisis del problema de la resección gástrica como tratamiento único de la úlcera del estómago.

Si consideramos dos series hipotéticas, de 100 casos de úlceras gástricas clínicamente benignas cada una, y si tratamos la primera serie con resección gástrica subtotal, y la otra con terapéutica médica solamente, podemos predecir con bastante seguridad los resultados, a partir de las estadísticas que disponemos, según las cuales, en general, como el 10 % o más de las lesiones gástricas

que parecían ser úlceras, resultan cánceres en la mesa de operaciones. (16) (ver más adelante)

En cada serie, aceptaremos que 10 enfermos tengan úlceras carcinomatosas. Plantearemos otras hipótesis el hablar de cada serie por separado.

En la serie quirúrgica, los 100 enfermos mejoraran, con excepción de los siguientes: seis de los diez enfermos de carcinoma morirán a pesar de la operación, dos enfermos de la serie total, morirán a consecuencia de la operación, y nueve enfermos presentarán síntomas posgastrectomía que afectarán a la función.

(Si bien algunos pacientes más presentarán síntomas posgastrectomía ligeros, aceptamos que este grupo queda compensado por los seis enfermos de úlcera carcinomatosa, los cuales, a pesar de que terminen muriéndose, experimentan un alivio pronunciado). Así, 17 de los 100 enfermos tratados quirúrgicamente no mejorán (incluyendo ocho muertos), y 83 experimentarán mejoría.

En la serie médica, los diez enfermos de carcinoma morirán; en 20 más se presentarán complicaciones como úlcera refractaria, hemorragias, perforaciones u obstrucciones, y aproximadamente dos de estos 20 morirán a raíz de estas complicaciones. Así, un total de 30 de los 100 enfermos

tratados medicamente no mejorarán (incluyendo 12 muertes), y 70 experimentarán mejoría. Este es el resultado que podemos esperar de la resección subtotal de la úlcera gástrica.

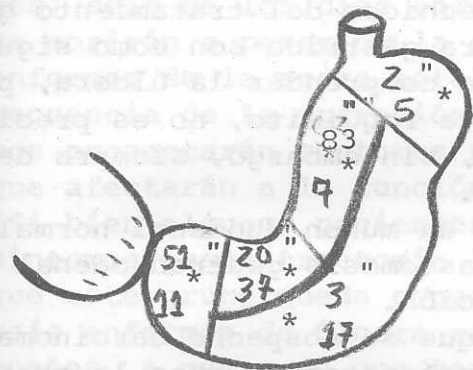
Este razonamiento favorece por probabilidad el empleo de la resección gástrica en todas las úlceras gástricas; sin embargo el estudiar personalmente el caso de cada uno de los pacientes presenta ventajas indiscutibles. (16)

Los aspectos técnicos del tratamiento quirúrgico de la úlcera gástrica son como sigue:

- 1) La resección debe comprender la úlcera, pero una vez cumplido este requisito, no es preciso hacerla más radical, sin embargo, siempre debe comprender el antro.
- 2) Puesto que queda un muñon duodenal normal es preferible la anastomosis gastroduodenal después de la resección.
- 3) En los casos en que se sospeche carcinoma, puede ser útil la gastrostomía, pues la observación y la biopsia de la úlcera desde el interior del estómago ayudan a decidir la extensión de la resección. Debe tenerse cuidado de no producir diseminación durante la biopsia.
- 4) En estos mismos casos, el epiplón deberá extirparse junto con el estómago, y también, de ser posible, el mesenterio con sus ganglios linfáticos.

En la úlcera gástrica de la curvatura menor ("úlcera gástrica paraesofágica") presenta dos problemas especiales:

1) Las probabilidades de degeneración maligna de estas úlceras son relativamente altas. En la figura se encuentran las cifras de Plenk y Lin (1954), quienes indican que la mayoría de estas úlceras, incluso las del fondo, son malignas. Marshall (1953) señaló también que en su serie de 411 úlceras



"= Úlceras.
 *= Carcinomas.

Fig. Distribución de las lesiones benignas y malignas en las series de Utah (Plenk H. y Lin R. : Am. Surgeon, 20:351).

gástricas, a pesar de que solamente el 15.8 % de ellas eran malignas, la curvatura menor era la única parte del estómago en donde las lesiones malignas eran más numerosas que las benignas, en la proporción de seis a cuatro. Puesto que estas cifras

incluyen el fondo, es posible que no se apliquen estrictamente a la parte alta de la curvatura menor; pero el peligro que representan -- las lesiones malignas en esta zona debe tenerse presente. La segunda particularidad que tienen estas úlceras es que son técnicamente difíciles de extirpar. Por esta razón, algunos autores (Editorial J. A.M.A.; 1954) aconsejan -- que el ensayo de tratamiento médico se prolongue más que de costumbre. Sin embargo, antes de adoptar esta conducta, deben estudiarse los demás factores, y en particular la mayor -- frecuencia de lesiones malignas.

El tratamiento de la úlcera gástrica de la porción alta de la curvatura menor requiere, las siguientes precauciones: el procedimiento de elección será la resección gástrica-subtotal distal incluyendo la úlcera. Si se utilizan algunas maniobras mencionadas a continuación, es más fácil lograr este propósito. La gastrectomía total no es aconsejable, y la intervención de Kelling-Madlener (resección -- distal dejando la úlcera) es una medida intermedia. La arteria coronaria estomáquica se ligará en dos puntos, y seccionará entre ellos; se hará lo mismo con el vago que la acompaña, no tanto para modificar la fase cefálica como para poder proseguir con la resección. Si en cualquier momento durante la intervención se hace evidente que una úlcera de la región alta es maligna, se lleva a cabo una intervención de tipo carcinoma, que suele ser una resección --

proximal subtotal-raras veces total- y que incluye tanto la extirpación de la parte inferior del esófago como una pilotoplastia.

Puesto que casi todas las úlceras gástricas tienden a ocupar la cara posterior del órgano. Tanner (1952) aconseja la rotación del estómago en estos casos, llevando así la curvatura menor hacia adelante y hacia la izquierda para que la úlcera pase a ocupar el lugar de la curvatura menor. Después de la resección, el cierre de la curvatura menor y la anastomosis se efectúan en esta posición anormal. Al extirpar una úlcera alta, también es aconsejable intervenir con método abierto, sin pinzas, cortando el estómago por encima de la úlcera con tijeras. Durante el cierre de la curvatura menor después de la resección, el cirujano deberá verificar a menudo desde el interior, la permeabilidad del cardias, para estar seguro de que el tránsito esofágico no será entorpecido.

En el tratamiento de la úlcera gástrica, también tienen importancia los siguientes puntos:

1) La hemorragia masiva es más peligrosa cuando proviene de úlcera gástrica que de úlcera duodenal. Por lo tanto, si ya se ha establecido el diagnóstico, la intervención deberá realizarse más temprano en

el primer caso que en el segundo.

2) La perforación de una úlcera gástrica es más peligrosa que la de una úlcera duodenal. Además, el peligro de carcinoma hará preferir una resección definitiva.

Hasta ahora no se ha demostrado que es eficaz la operación consistente en vagotomía y drenaje por úlcera gástrica benigna. La experiencia de Stemmer y colaboradores (1968) de recurrencia en 36 % de los casos después de esta modalidad de tratamiento parece ser representativa del resultado de otros. (16)

En un porcentaje importante de los pacientes con úlcera duodenal aparecerá úlcera gástrica. A falta de complicación específica de la úlcera gástrica, el paciente se tratará como si tuviera nada más úlcera duodenal. (18)

COMPLICACIONES DE LA ULCERA GASTRICA:

Perforación:

La perforación, con la iniciación súbita de una peritonitis aguda, es la complicación más dramática de la úlcera péptica. Se produce aproximadamente en el 5 % de los pacientes con úlcera duodenal y en el 3 % de los pacientes con úlcera gástrica. Las úlceras del estómago y del yeyuno se perforan menos frecuentemente, pero la perforación gástrica tiende a ser grande y se cierra menos fácilmente que la situada en el duodeno. Las úlceras gástricas pueden perforarse

en la transcavidad de los epiplones. (14)

El tratamiento habitual es el cierre simple con sutura de la perforación, que se cubrirá con un plastrón de epiplón que actúe como tapón. Además de este método existen otros tres tratamientos, que tienen cada uno sus indicaciones especiales:

- 1) cierre simple por sutura de la perforación.
- 2) resección gástrica subtotal primaria y
- 3) tratamiento conservador ó médico por aspiración. (16)

Hemorragia:

Grados mínimos de hemorragia pueden producirse por la erosión de pequeños vasos en el estómago o duodeno. Una hemorragia grave es más probable que se produzca cuando son erosionados vasos principales, tales como la arteria gastroduodenal, por úlceras situadas en la pared posterior del duodeno. Un vaso sanguíneo puede quedar también en la base de una úlcera gástrica que haya perforado el páncreas. La hemorragia puede ir acompañada de perforación; el pronóstico es entonces grave.

La hemorragia del estómago o duodeno puede ser ligera y sólo detectable por las pruebas de hemorragia oculta en las heces; una hemorragia grave procedente de una úl-

cera péptica o de una erosión, es más probable que vaya seguida por una hematemesis y melena. Las erosiones gástricas son una causa corriente de hematemesis, y pueden ir asociadas a tensiones mentales, trastornos intracraneales, quemaduras graves, traumatismos y enfermedades asociadas a shock y traumatismo, pero más corrientemente son consecutivas al consumo de alcohol o de salicilatos; la hemorragia por una erosión puede ser grave si el paciente sufre algún trastorno de la función hemostática.

Algunas veces, antes de sangrar, los síntomas de la úlcera péptica empeoran.

La hemorragia gastroduodenal, como otras formas de pérdida sanguínea, hace que el paciente se sienta débil y desfallecido, y puede dar por resultado un síncope. A la exploración, el paciente está pálido, ansioso y sudoroso, y puede mostrar taquicardia, hipotensión y otras manifestaciones de shock oligohémico. La presencia de grandes cantidades de sangre en el intestino puede dar por resultado una elevación de la urea en sangre, que es debida más a una reducción del flujo sanguíneo renal que a la presencia de sangre en el intestino. Puede haber también una febrícula con leucocitosis. Una sucesión de deposiciones con melena puede dar al paciente un olor fecal. Hasta que la hemodilución es completa, el hematócrito es una guía poco digna de confianza de la cantidad de sangre perdida. (14)

La hemorragia masiva se define como - hemorragia con hematócrito resultante de 28 o menor, que corresponde a una pérdida del volumen sanguíneo del 30 % y, por lo común, con desmayo o estado de shock. Es interesante que la mortalidad es algunas veces más alta cuando el hematócrito, al ingreso, está solo un poco deprimido. Esto se debe quizá a que no ha habido tiempo, para que el efecto de la dilución haya disminuido el hematócrito.

Hay que hacer notar que muchas veces el inicio de la hemorragia hace que el enfermo se dirija al cuarto de baño, donde a menudo se desmaya. La hemorragia masiva es la causa más frecuente de muerte por úlcera péptica, ya que ocasiona el 46 % de tales muertes. El enfermo con hemorragia deberá ser examinado por el cirujano desde el principio del ataque.

Es conveniente el examen con comida baritada para establecer el diagnóstico, aun que hay peligro de remover con los lavados los coágulos del estómago. Si nos basamos sobre las probabilidades, la hemorragia - digestiva alta se debe a úlcera duodenal (80 % de todos los casos). (16)

La arteriografía es cada día más útil en el diagnóstico del sitio exacto de hemorragia gastrointestinal. Cuando se posible, se llevará a cabo estudios de volumen sanguíneo, mucho más útiles que los

recuentos eritrocíticos solos o que el pulso y los cambios de presión. Puede ser útil la prueba del "balacin" con la cabeza en posición alta. Un volumen sanguíneo que disminuye a pesar de la terapéutica de substitución adecuada indica que la hemorragia prosigue. También es útil el examen gastroscópico en seguida antes de la operación.

Podemos mencionar los siguientes factores, -- que tienden a inclinar la balanza a favor de la intervención: Ateroesclerosis generalizada, edad superior a 50 % y sobre todo a 60 años, historia de otras hemorragias masivas, historia de úlcera de larga duración o de muchas hemorragias previas pequeñas; finalmente, historia de perforación.

Si el sangrado se debe a una úlcera gástrica o a una úlcera por stress, es más difícil que se detenga el sangrado sin intervención.

En casi todos los casos de úlcera péptica sangrante se intentará tratamiento médico. La base del tratamiento médico constituye también la mejor preparación para la intervención; nos referimos a la terapéutica de sustitución con sangre. Si el sangrado continúa, deberá efectuarse la intervención antes de que el estado del paciente - empeore mucho. Un auxiliar útil del tratamiento médico es la congelación gástrica. Este método no cura la úlcera, pero puede detener la hemorragia.

Allen y Oberhelman (1955) han clasificado las intervenciones quirúrgicas en cuatro categorías:

Grupo 1: CIRUGIA DIFERIDA: que se lleva a cabo después de que el enfermo se ha recuperado por completo de su hemorragia.

Grupo 2: CIRUGIA INMEDIATA: cuando la transfusión de sangre no puede recompensar la pérdida, y ocurre o persiste el choque.

Grupo 3: CIRUGIA DE URGENCIA: cuando se corrige el choque, pero continúa un sangrado lento. Estos pacientes no pueden ser "destetados" de su frasco de sangre.

Grupo 4: INTERVENCION DE ELECCION: Por las probabilidades de una nueva hemorragia durante el mismo episodio.

La terapéutica quirúrgica necesita que el enfermo llegue a la sala de operaciones en condiciones tan buenas como sea posible en particular en cuanto a volumen sanguíneo. Por contener coágulos el estómago, la aspiración gástrica puede ser insuficiente, y si se emplea anestesia general, es aconsejable colocar un manguito entre la cánula y la pared de la tráquea para evitar la aspiración de contenido gástrico. Hay una tendencia reciente hacia la vagotomía con piloroplastia con sutura en 8 del punto hemorrágico, utilizando material de sutura no absorbible (Foster, Hickok, y Dunphy, 1965). (16)

La operación de elección es vagotomía y piloroplastia con transfixión del punto hemorrágico. Sin embargo a veces, estará indicada la gastrectomía subtotal con eliminación de la úlcera. Cuando se elige este último procedimiento, se seccionará el duodeno por abajo de la úlcera si es posible y si se observa una arteria con hemorragia pulsátil en el lecho de la úlcera en cabeza del páncreas, se suturará. Las intervenciones paliativas, como gastroyunostomía, ligadura de las grandes arterias del estómago, o aun gastrectomía subtotal sin remover la úlcera y sin suturar el punto sangrante, no son aconsejables.

El muñon gástrico deberá anastomosarse por el método abierto, en forma que todos los coágulos puedan ser removidos y se pueda buscar con cuidado otras posibles úlceras.

Cuando no se encuentre úlcera, la presión de la vena sea normal, el sangrado prevenga sin duda alguna del tubo digestivo alto, y se haya llevado a cabo una exploración abdominal cuidadosa, está indicada la llamada resección gástrica "ciega". La gastrotomía amplia disminuirá las indicaciones de las resecciones "ciegas". (16)

Obstrucción:

La obstrucción orgánica verdadera en el píloro o por debajo de él es poco frecuente; pero en cambio, se encuentra a menudo la combinación de estenosis cicatricial y edema. (16)

Los pacientes con úlcera gástricas benignas obstructivas suelen tener un gran estómago dilatado, lleno de alimentos acumulados allí. (18) Su tratamiento preoperatorio esta destinado a corregir la depleción de líquidos y electrólitos y la alcalosis metabólica, y a mejorar el estado de nutrición. Un lavado gástrico por la noche puede reducir la inflamación del estómago, mejorar el tono gástrico y reducir la estasis, todo lo cual aumenta la sensación de bienestar del paciente. Las medicaciones anticolinérgicas están contraindicadas. (14)

El tratamiento quirúrgico consiste en gástrctomía distal o derivación simple del estómago distal obstruido, lo que dependerá de que el paciente sea o no candidato ideal para el procedimiento de resección. (18)

DEGENERACION MALIGNA:

En realidad el tema ha sido objeto de escasos estudios ya que según la revisión que efectué dio unos resultados, que aunque no muy extensos, si lo suficientes -- como para contar como bases suficientes -- para el inicio del presente trabajo.

A continuación paso hacer mención de los resultados obtenidos:

Autores Nacionales:

En un estudio realizado en el Hospital General San Juan de Dios de Guatemala se refiere al problemas del carcinoma gástrico, haciendo mención de la imposibilidad de mostrar cambios favorables en el diagnóstico apropiado, a menos que el médico que interroga un paciente, esté atento a los síntomas vagos que pueden orientar al diagnóstico del mismo, tales como la presencia de anorexia, dispepsia mala digestión y atesias en pacientes de 40 años o más; siempre debe de pensarse en la existencia de un cáncer gástrico como la primera posibilidad y eliminar en forma apropiada cualquier otra posibilidad diagnóstica, antes de administrar tratamiento médico. (8)

Un tipo importante de caso es aquel paciente con una historia típica de úlcera gástrica. Si el paciente ha tenido historia previa de úlcera gástrica crónica y esta ha sido manejada satisfactoriamente, sobre todo cuando la úlcera se encuentra en la curvatura menor, la posibilidad de que exista una carcinoma no debe de ser eliminada y debe observarse al paciente de cerca por medio de estudios radiológicos repetidos, exploración y tratamiento quirúrgico cuando sea necesario y sin ninguna tardanza. (8)

Esté estudio que comprendio un total de 291 casos todos confirmados patológicamente, durante un período de 10 años, arrojó un 1.38 % de los casos, con diagnóstico clínico de Úlcera Gástrica

ca previo, los cuales fuerón confirmados como Carcinomas Gástricos luego de intervención quirúrgica. En la mayor parte de pacientes, cuando fueron intervenidos quirúrgicamente, se había hecho el diagnóstico clínico de Carcinoma Gástrico (92.44%); lo cual nos indica que cuando el paciente consulta al médico, el proceso neoplásico se encuentra bastante avanzado, para pasar por alto el diagnóstico. (8)

Además se encontró que el carcinoma se desarrolló en todas las áreas del estómago pero los lugares de predilección son: Antro, pequeña curvatura, cardias y fondo gástrico en orden descendente de frecuencia. El tipo histológico más frecuentemente encontrado fue el Adenocarcinoma Pobremente diferenciado, correspondiendole un 48.13 %. (8)

Según otro estudio, realizado en el Hospital General San Juan de Dios, con revisión de 192 casos, se observó que la localización más frecuente de Úlcera Péptica fué en el Estómago de la siguiente forma: Cuerpo (20.3 %), seguido de la Curvatura Menor (15.7 %). (19)

En ninguno de los casos se hizo el diagnóstico clínico y por consiguiente no se efectuaron métodos diagnósticos eficaces.

Aunque es probable que si se tuviera no se hubiera confirmado ante mortem, indudablemente debido a falta de recursos. (19) (12)

Un trabajo realizado en el Hospital San Juan de Dios en el año de 1977, sobre un total de 253 casos, concluyo diciendo que el Carcinoma Gástrico es el neoplasma maligno más frecuente en nuestro medio. (2)

En otro orden, en un estudio realizado en el área rural de Guatemala, Hospital de Huehuetenango, donde se estudió 46 casos de Carcinoma Gástrico, se concluyó que los estudios radiológicos continúan siendo un medio eficaz para establecer el diagnóstico pre-operatorio, y que la gastroscopia y la citología exfoliativa son de valor incalculable sobre todo cuando los hallazgos radiológicos son dudosos. (21)

Contrariamente al estudio mencionado anteriormente, el tipo histológico más frecuentemente encontrado fué el Adenocarcinoma bien diferenciado (46 %), correspondiendole la menor frecuencia al Adenocarcinoma Indiferenciado. (8 %). (17)

Los signos radiológicos tempranos pueden estar limitados a cambios en el patrón mucoso o la lesión puede ser exofítica y producir un defecto de llenado. Posteriormente según sea el tipo de tumor se encontraron signos de obstrucción, infiltración, ulceración deformidad y/ o desplazamiento de estructuras.

El examen radiológico por medio de una serie gastroduodenal se realizó en 28 de los 46 casos estudiados, encontrándose los siguientes hallazgos:

Diagnóstico Radiológico:	%
Obstrucción	54
Deformidad y/o desplazamiento de estructuras	54
Infiltración	25
Ulceración	3

Los datos obtenidos en el examen radiológico son de gran ayuda en el diagnóstico de cáncer gástrico, siendo raras las ocasiones en que tiene que recurrirse a -- otros exámenes para corroborarlo (citología, gastroscopia con biopsia, etc.) (7)

Los exámenes de mayor confiabilidad en nuestro medio son los radiográficos, aunque el ideal es la endoscopia gástrica y la biopsia bajo visión directa.

Deben vigilarse estrechamente todos aquellos pacientes que padezcan o tengan antecedentes de enfermedad péptica ulcerada a nivel gástrico, anemia perniciosa, gastritis atrofica o metaplasia gástrica intestinal. (15) (1)

En otro estudio en Hospital General San Juan de Dios de Guatemala, durante el

cual fueron revisados un total de 100 casos de Cáncer Gástrico, se observó que 10 pacientes tenían antecedentes confirmados de Úlcera Péptica, pero no tuvieron ninguno de los casos, una confirmación histológica. (11)

Como se verá, en nuestro medio no existe un estudio que se halla dedicado enteramente a la incidencia de malignidad de úlceras gástricas en pacientes sometidos a cirugía, ni mucho menos del tipo de malignidad que más frecuentemente se encuentra en ellas.

Autores Extranjeros:

Reynoso Sano, del departamento de Patología, Hospital Centro Nacional del Cáncer, Japón; realizó un estudio comparativo sobre un análisis patológico de 300 casos de Cáncer Temprano del Estómago, estableciendo una diferencia entre -- cáncer temprano asociado con úlcera péptica y cáncer temprano sin ulceración. De los 300 casos, el 70.3 % se asociaba con úlcera péptica y el 29.7 % no. La edad de los pacientes con úlcera péptica tuvo mayor incidencia entre los 40 y 50 años de edad y la de los pacientes sin ulceración llevo su mayor incidencia arriba -- de los 60 años de edad.

Con respecto al sitio de localización entre estos dos tipos, el cáncer asociado con úlcera péptica fué encontrado con mayor frecuencia en la curvatura menor. El cáncer sin úlcera pép-

tica fué más frecuente en el área pilórica.

Con relación a la clasificación gruesa, de la Sociedad Japonesa de Endoscopia Gástrica, el tipo IIc, se encontró en más de la mitad de los casos (54 %) de Cáncer Temprano con ulceración, seguido por el tipo IIc + III. (23 %).

Se constató también, que la úlcera péptica se acompaña con cáncer temprano en una forma única, en un 95 %, y en el 15 %, con dos o más lesiones ulcerosas. (13)

Una investigación hecha con examen histológico se concluye: que si la apariencia radiográfica de la úlcera gástrica es benigna, la ocurrencia de carcinoma es cerca de 3.3 %. (10)

Sin embargo otros reportan 4 % (3), 5 % (4), y hasta un 7 % (9), de incidencia de malignidad.

La distinción entre úlceras benignas y malignas por medio radiológicos tiene una precisión aproximada de 95 %, pareciendo no haber tendencia a las úlceras malignas más a menudo en la curvatura mayor del estómago que en otros sitios. Alrededor de 95 % de las úlceras gástricas están localizadas en la curvatura menor o cerca de la misma, y la mayoría se han notificado en la región de la incisura. (18)

A manera de complemento se hace mención de un trabajo realizado en el año de 1972, en el cual se encontró una incidencia de 2.5 % y 0.9 %. 53 % de los pacientes habían tenido una previa operación por ulceración duodenal; habiendo encontrado que tenía un carcinoma no reseñable, en el 35 %. (6)

Por último Harkins se refiere de la siguiente manera de abordar, el tema: Todavía no se sabe si las úlceras se vuelven carcinomatosas, o si los carcinomas del estómago se úlceran. Nótkin (1955) publicó dos casos operados en los cuales los hallazgos anatomopatológicos sugerían la posibilidad de degeneración maligna de una úlcera benigna. Sin embargo, el autor comparte la opinión de Palmer (1950) y otros, de que en la práctica, las úlceras gástricas no se vuelven carcinomas, sino que todos los carcinomas terminan ulcerándose.

La diferenciación entre la úlcera gástrica y el carcinoma del estómago trae a la mente la sentencia hipocrática, pues ciertamente en estos casos "la experiencia es engañosa, y el juicio difícil". En general, como 10 % ó más de las lesiones gástricas que parecían ser úlceras, resultan cánceres en la mesa de operaciones (cuadro No. 2).

Jones y Doll (1953) señalaron que 11 % de sus pacientes con cierre sencillo de una úlcera gástrica perforada murieron de carcinoma de

estómago después de un periodo de observación que duró en promedio 6.3 años.

Son muy útiles el examen radiológico, la gastroscopia, el estudio con gastrocámara y los estudios de acidez para la diferenciación, pero raras veces permiten decidirse en los casos dudosos. Los estudios citológicos prometen mucho, sobre todo en manos de un técnico experimentado. (16)

Los estudios citológicos se llevan a cabo sobre muestras obtenidas por medios mecánicos (técnica del cepillado, etc.) o por aspiración después de administrar agentes mucolíticos. (Papaina, etc.)

En los casos en que es difícil decidir si una úlcera gástrica es maligna o no, el tratamiento quirúrgico da buenos resultados. Tanto Ranson (1947) como Lampert, Waugh y Dockerty (1950) mencionan que la resección permite lograr una sobrevida de 5 años en el 41 % de estos enfermos, cifra casi doble que en el cáncer de estómago diagnosticado. Olsson y Endresen (1956) compararon también los resultados en una serie de 25 casos de "cánceres de úlcera", o sea aquellos casos que parecían úlceras antes del examen anatomopatológico, con 176 cánceres gástricos ordinarios; tanto en una serie

como en otra, se escogieron casos sin metástasis.

Las cifras de sobrevida a los tres años --- fueron de 64 % para el primer grupo y de 42 % para el segundo.

Amberg y Rigler (1956) abordaron el problema desde otro ángulo. Compararon una serie de 39 casos de cánceres de estómago, en los cuales el diagnóstico radiológico fue establecido después de un primer examen negativo, lo cual indica lesiones relativamente tempranas o pequeñas, con un grupo control de 866 casos. En la serie especial, la frecuencia de casos sin ganglios positivos fue de 46 %, contra 15 % en el grupo control. (16)

Autor	Total de Casos	Porcentaje de malignidad
Allen y Welch (1941)	277	14.0
Allen y Welch (1953)	295	10.8
Walters (1942)	...	10.0
Ranson (1947)	246	10.1
Marshall (1953)	411	15.8

Cuadro No. 2: Porcentaje de casos diagnosticado como úlceras gástricas que resultan ser lesiones malignas en la mesa de operaciones.

V. Justificación:

El presente estudio es una forma de iniciar en Guatemala el estudio de pacientes que en gran número se presentan con una de las patologías poco reconocida y -- que probablemente no llegan a reconcerse -- la mitad de los casos existentes. Además de que según las estadísticas de otros países conlleva un alto riesgo de degeneración maligna.

Es de vital importancia llegar a conocer la incidencia de malignidad y el tipo de la misma, ya que se carece en nuestro medio, de las estadísticas necesarias, para tomar decisiones sobre bases objetivas en pro del mejor manejo de éste tipo de pacientes.

El logro de lo anteriormente expuesto redundará en una mayor preocupación de parte del médico tratante, en cuanto a la necesidad de determinar a la mayor brevedad el posible riesgo a que está sometido su paciente, de sufrir una degeneración maligna en su problema.

VI. VARIABLES:

Edad: Pacientes comprendidos desde los 13 años de edad en adelante.

Sexo: ambos sexos.

Raza: Pacientes de grupo étnico ladino e indígena.

Condición: Pacientes sometidos a cirugía por Úlcera Gástrica, diagnosticada por medio de métodos radiográficos o histológicos, además de pacientes con diagnóstico de Cáncer Gástrico y con diagnóstico de Úlcera Gástrica anterior a la comprobación del primero.

Resección de la totalidad o parte de la úlcera y que halla sido objeto de examen por el Departamento de patología del Hospital, luego de la intervención quirúrgica.

VII. MATERIAL Y METODOS:

MATERIAL:

Incidencia de la malignidad de úlcera gástrica en pacientes sometidos a cirugía durante el período comprendido del 16. de Enero de 1970 al 31 de Diciembre de 1979, en el departamento de Cirugía del Hospital Militar de Guatemala.

METODOS:

Método Inductivo:

- a- Método Bibliográfico de investigación.
- b- Método Retrospectivo de Investigación.

RECURSOS:

Físicos:

- a- Archivo de Registros Clínicos del Hospital Militar de Guatemala.
- b- Registros Clínicos de pacientes que interesan al estudio.
- c- Material de escritorio.
- d- Máquina de escribir.

- e - Bibliografía sobre el tema, (Libros de texto, tesis y trabajos relacionados).

Humanos:

- a- Médico Asesor.
- b- Médico Revisor.
- c- Autor de la presente tesis.

VIII. RECOPIACION Y PROCESAMIENTO DE DATOS:

Se efectuó realizando una revisión de la bibliografía existentes hasta el momento sobre el tema y elaborando un resumen de los principales datos que en ellos existían.

Obtenidos los datos anteriores se procedio a la revisión de los expedientes - clínicos tomando la información pertinente. La cual fué reunida, ordenada y tabúlada de acuerdo a los procedimientos estadísticos que creímos adecuados para la misma.

Lo anterior fué basado en casos con diagnóstico preoperatorio de úlceras gástrica y que se encontraron con malignidad además de los que con las mismas condiciones no la presentaron. También se tomarón en cuenta todos aquellos casos que - fueron operados con diagnóstico de Cáncer Gástrico y que tenían antecedentes de Ulcera Gástrica previamente diagnosticada. Como complemento se revisaron los casos que fueron objeto de tratamiento médico únicamente para poder hacer un tipo de ana

lisis comparativo.

Habiendo realizado esto se procedio a re - dactar conclusiones y recomendaciones acordes a los resultados.

EDAD:	CASOS:	%	SEXO:				RAZA:			
			Masculino	%	Femenino	%	Ladina	%	Indígena	%
11-20 Años	2	4.34	2	4.34			2	4.34		
21-30 Años	2	4.34	2	4.34			2	4.34		
31-40 Años	3	6.52	2	4.34	1	2.17	3	6.52		
41-50 Años	7	15.21	4	8.69	3	6.52	7	15.21		
51-60 Años	11	23.91	7	15.21	4	8.69	11	23.91		
61-70 Años	14	30.43	11	23.91	3	6.52	13	28.26	1	2.17
71-80 Años	6	13.04	4	8.69	2	4.34	6	13.04		
81-90 Años	1	2.17	1	2.17			1	2.17		
TOTALES:	46	99.96	33	71.69	13	28.24	45	97.79	1	2.17

Cuadro No. 1 RELACION DE CASOS DE ULCERA GASTRICA SEGUN EDAD, SEXO Y RAZA, TRATADOS QUIRURGICA O MEDICAMENTE

Localización	Diagnóstico Radiológico:				Tipo:		Diagnóstico Histológico:							
	Casos	%	Benigno	%	Maligno	%	Dudoso	%	Benigno	%	Malig-	%	To	%
									no		no		tal	
									1	100.00			1	100.00
Fondo:	2	4.34									1	50.00	1	100.00
Cuerpo:	2	4.34	1	50.00	1	50.00			2	33.33	4	66.66	6	100.00
Antro:	6	13.04	5	83.33	1	16.67								
Curvatura Menor :	32	69.54	23	76.66	6	20.00	1	3.33	16	88.89	2	11.11	18	56.24
Curvatura Mayor:	1	2.17							1	100.00			1	100.00
Curvatura Menor y Antro:	1	2.17	1	100.00					1	100.00			1	100.00
Multiples en todo el estómago:	1	2.17	1	100.00							1	100.00	1	100.00
Muñon Quirúrgico:	1	2.17	1	100.00					1	100.00			1	100.00
No definida:	1	2.17	1	100.00										
TOTALES	46	99.96	33	71.73	8	17.39	1	2.17	22	47.82	8	17.39	30	65.21

Cuadro No. 2: RELACION DE CASOS DE ULCERA GASTRICA SEGUN LOCALIZACION TIPO RADIOLOGICO Y DIAGNOSTICO HISTOLOGICO, TRATADOS QUIRURGICA O MEDICAMENTE.

Procedimiento utilizado para el diagnóstico histológico:	Casos	%
Tratamiento Gástrico:	2	6.66
Tratamiento por Gastroscoopia:	12	40.00
Tratamiento por Gastrostomía:	5	16.66
Tratamiento por Gastrectomía:	8	26.66
Tratamiento por Laparatomía :	3	10.00
TOTALES:	30	99.98

Gráfico No. 3 : RELACION ENTRE LOS CASOS COMPROBADOS HISTOLOGICAMENTE Y EL --
PROCEDIMIENTO UTILIZADO PARA EL
DIAGNOSTICO SIN DIFERENCIACION
DEL TIPO DE TRATAMIENTO RECIBIDO

Localización	Casos	%	Médico	%	Quirurgico	%
Fondo:	1	2.17			1	100.00
Cuerpo:	2	4.34	1	50.00	1	50.00
Antro:	6	13.04	1	16.67	5	83.33
Curvatura Menor:	32	69.56	22	68.75	10	31.25
Curvatura Mayor :	1	2.17			1	100.00
Curvatura Menor y Antro:	1	2.17			1	100.00
Multiples en todo el Estómago:	1	2.17			1	100.00
Muñon Quirúrgico:	1	2.17	1	100.00		
No Definido:	1	2.17	1	100.00		
TOTALES:	46	99.96	26	56.52	20	43.48

Cuadro No. 4 Relación de la Localización de la Úlcera Gástrica y el tipo de tratamiento recibido.

Edad:	Sexo:						Raza				Diagnóstico Histológico:			
	Casos:	%	Mascu lino	%	Feme nino	%	Ladina	%	Indi gena	%	Benig no	%	Malig no	%
11-20 Años							1	5					1	100.00
21-30 Años	1	5	1	5			1	5					1	100.00
31-40 Años	1	5	1	5			1	5					1	100.00
41-50 Años	1	5			1	5	1	5			1	33.33	2	66.66
51-60 Años	3	15	2	10	1	5	3	15			5	62.50	3	37.50
61-70 Años	8	40	6	30	2	10	8	40			3	60.00	2	40.00
71-80 Años	5	25	3	15	2	10	5	25			1	100.00		
81-90 Años	1	5	1	5			1	5						
TOTALES:	20	100	14	70	6	30	20	100	-	-	10	50	10	50

Cuadro No. 5: RELACIONES DE CASOS DE ULCERA GASTRICA TRATADOS QUIRURGICAMENTE SEGUN EDAD, SEXO, RAZA, Y DIAGNOSTICO PATOLOGICO.

Localización:	Casos	Diagnóstico Radiológico			Dx. Histológico		Indicación de la Intervención:					Otros Medios Diagnósticos																
		% Norm.	% Benig.	% Malign.	% Dudosos	% Benig.	% Malign.	Perf. %	HGS %	DRxM %	DRxM %	RTM %	Estenosis %	Biopsia por Gastrasc. Lav. G														
Superior:	1	5	1			1					1			1 Neg.														
Medio:	1	5		1			1		1					1 Neg.														
Inferior:	5	25		1		1		1						1 Positiva														
				1		1				1				1 Positiva														
				1		1					1			1 Neg.														
				1		1					1																	
Ulceras:	10	50		1		1			1																			
				1		1			1																			
				1		1			1																			
				1		1					1			1 Neg.														
				1		1						1																
				1		1			1					1 Positiva														
				1		1		1		1																		
				1		1					1			1 Negativa														
				1		1								1 Negativa														
Ulc. Mayor:	1	5	1			1		1																				
Ulc. Menor y Centro:	1	5		1		1			1																			
Utl. en todo Estómago:	1	5	1			1			1																			
TOTAL:	20	100%	5	25%	9	45%	5	25%	1	5%	10	50%	10	50%	5	25%	3	15%	5	25%	2	10%	4	20%	1	5%	9	3

ABREVIATURAS:

- HGS: Hemorragia Gastro Int.
- DRxM: Diagnóstico Radiológico
- DRxM: Diagnóstico Histológico
- RTM: Resistencia al Tratamiento

CUADRO No. 6

CASOS DE ULCERA GÁSTRICA, TRATADOS QUIRÚRGICAMENTE RELACIONANDO LOCALIZACIÓN, DIAGNÓSTICO RADIOLOGICO, DIAGNÓSTICO HISTOLOGICO, INDICACION DE LA INTERVENCION Y OTROS MEDIOS DIAGNOSTICOS UTILIZADOS.

CUADRO No. 7. CASOS DE ULCERAS GASTRICAS, TRATADAS QUIRURGICAMENTE, RELACIONANDO EL DIAGNOSTICO HISTOLOGICO Y EL TIPO DE INTERVENCION REALIZADA.

DIAGNOSTICO HISTOLOGICO Caso %	PROCEDIMIENTO QUIRURGICO REALIZADO:								Gastrectomia Subtotal Distal Gastroeyunostomia y Vagotom Irq. %	Gastrectomia Total y Esófago duodenostomia %	Gastrectomia total y Esófago y unostomia %	Laparat
	Cierre Prim. %	Cierre Prim. Píloroplast. %	Cierre Prim. Total distal %	Gastrec. Sub- Trunc. %	Gastroeyunostoma %	Vagotom	Trunc.	%				
Erosiones Superficiales Múltiples Benignas	1	5										
Mult. Úlcera Aguda Benig.	1	5		1			5					
Úlcera Peptic. Activa Benig.	3	15			1		5	2		10		
Úlcera Pept. Aguda y Crónicas	2	10	2	10								
Úlcera Pept. Crónica y Benigna	3	15					3			15		
Metoplasia y Focos de Necrosis	1	5			1		5					
Metoplasia y Ganglios Hiperplásicos	1	5					1			5		
Adenocarcinoma Bien Diferenc. Involvo A-II	1	5							1	5		
Adenocarcinoma Moderadamente Indiferenciado C-III	1	5										
Adenocarcinoma pobremente Diferenciado C III	2	10										
Adenocarcinoma Indif. C III	1	5										
Carcinoma poco Diferenciado C III	1	5										
Carcinoma Indiferenc. C III	2	5							1	5	1	5%
TOTALES:	20	100%	2	10%	1	5%	1	5%	7	35%		

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS:

Como podemos ver en el cuadro No. 1 el -- grupo etareo en el que más frecuentemente se observe la úlcera gástrica fué el que comprende las edades de los 61 a los 70 años, correspondiéndoles el 30.43 % del total de los casos, lo que no esta de acuerdo a lo que generalmente se dice en la bibliografía de otros autores, (5) los cuales refieren una edad menor, --- 50 a 60 años la mayoría; pero como podemos observar el segundo grupo etareo, en lo que a -- frecuencia se refiere, fué el que comprende de los 51 a los 60 años de edad lo que si concuerda con los autores extranjeros. A este grupo le corresponde el 23.91 %. Como consecuencia de esto, podríamos asumir que esto es el resultado de lo que frecuentemente sucede en nuestro medio, como lo es dar el diagnóstico temprano bajo el título general de Enfermedad Péptica, llegando el diagnóstico final en forma tardía. (19)

In cuanto a la frecuencia de la Úlcera gástrica según sexo, podemos observar que esta se encontró predominantemente en el sexo masculino, representado el 71.69 % de los 61 y 70 años de edad, pero debemos hacer notar que en el grupo femenino la patología fué más frecuente que en grupo etareo más joven, de los 51 a los 60 años, dato que podría interpretarse como que en el sexo femenino, la úlcera gástrica es más frecuente en personas de menor edad que

los de sexo masculino.

Otro dato importante obtenido es el que se refiere a la raza de los pacientes que presentaron la patología, ya que se encontró que el 97.79 % pertenecía a la raza ladina y el resto a la indígena. --- Esto podría ser consecuencia del tipo de pacientes, ya que la mayoría son personas sometidas a constante tensión en el desarrollo diario de sus actividades dentro de la clase social media-alta en que se desenvuelven. Aunque no podemos menos -- apreciar que una buena proporción son soldados, grupo en el cuál existen muchas --- personas de raza indígena, y sin embargo la incidencia de úlcera gástrica fué poca en esta raza. Este dato concuerda con lo escrito por varios autores en cuanto a - que la úlcera gástrica es una patología que parece ser peculiar de la civilización pues rara vez se observa en pueblos primitivos. En regiones donde viven en condiciones idénticas tribus primitivas y grupos más civilizados, las úlceras son más frecuentes en estos últimos. Cabe preguntar si esta relación manifiesta el efecto de la vida llena de tensiones. (17)

Observando el cuadro No. 2 podemos - constatar que la curvatura menor fué el lugar en el cual más frecuentemente se - localizó la úlcera, 69.56 %, ocupando

un segundo término al antro con un 13.04 % de frecuencia. Como es de nuestro conocimiento es un resultado acorde a lo que la mayoría de reportes se afirma.

Creo es oportuno mencionar aquí, que el caso encontrado de úlcera gástrica en muñon quirúrgico fué el resultado de una gastrectomía subtotal distal efectuada como tratamiento de una úlcera duodenal anterior. Además - también se presentó un caso en la curvatura menor con úlcera duodenal. El caso con localización no definida., fué diagnóstica radiológicamente únicamente, sin precisión del lugar en la papelería.

Por lo anteriormente expuesto, podemos ver que en 2 casos, 4 %; se presentaron úlceras tanto gástricas como duodenales al mismo tiempo en un caso y antes la úlcera duodenal en el otro. Esto no corroborará con el 20 % de ocurrencia - reportado en la literatura. (9) que podría ser el resultado del número de casos estudiados y que se presentaron en 10 años del Hospital Militar.

En cuanto al tipo diagnóstico se refiere podemos observar que se tomaron en cuenta unicamente el radiológico e histológico por ser estos los más utilizados y fidedignos en el diagnóstico de la úlcera gástrica. El diagnóstico radiológico utilizado en todos los casos en que se efectuó, fue la Serie Gastroduodenal.

La serie gastroduodenal fue utilizada en 44 casos, 2 de ellos interpretadas como normales y en 2 casos no se utilizó ningún medio radiológico; en estos 4 casos se llegó al diagnóstico por medios histológicos.

De los 42 casos, 91.29%; en que si se llegó a hacer el diagnóstico de la existencia de la úlcera por medio radiológico, se encontró que 33 casos, 78.57 %; fueron clasificados como de características benignas, 8 casos, 19.04 %; con características malignas y en 1 caso, 2.39 %; las características fueron dudosas.

De los 46 casos en estudio, únicamente a 30, 60.21 %; se les efectuó un diagnóstico histológico. Habiendo sido reportados como de características benignas 22 casos, 73.33 %; y con características malignas 8 casos, 26.67 %.

De acuerdo a lo anteriormente expuesto podemos deducir que las úlceras gástricas fueron diagnosticadas como benignas con mayor frecuencia por medio radiológico que histológico, mientras que las malignas fueron más frecuentemente diagnosticadas por medio histológico que radiológico, aún tomando en cuenta el caso clasificado como dudoso radiológicamente.

Por lo tanto se denota la falta de diagnóstico histológico en los casos que fueron diagnosticados radiológicamente como benignos, ya que estos hubieran sido objeto de un tratamiento más agresivo al comprobar su malignidad y por lo tanto de mejor pronóstico.

Si tomamos en cuenta la localización de la úlcera podemos observar que en la curvatura menor la mayoría fueron diagnosticadas como benignas, tanto radiológico como histológicamente, mientras que las úlceras localizadas en antro, la mayoría fueron radiológicamente benignas, pero histológicamente la mayoría malignas.

En general de los 46 casos, 100%; estudiados, a 42 se les hizo diagnóstico radiológico, 91.29 %; mientras que solo 30 casos, 60.21 %; fueron objeto de diagnóstico histológico, a pesar de que 8 casos de estos, 17.39 %, resultaron ser de origen maligno.

Refiriendonos al procedimiento utilizado para hacer el diagnóstico histológico, Cuadro No 3; podemos observar que en 16 de los casos a los que se le realizó, 53.32 %; se utilizó un procedimiento quirúrgico mayor, ya se biopsia por gastrostomía o por laparatomía; mientras que en 12 casos, 40 %; se utilizó la biopsia por medio de gastroscopía y únicamente en 2 casos, 6.666 %; se utilizó el lavado gástrico, siendo estos con un resultado negativo sin llegar a comprobar el diagnóstico a través de un medio fidedigno.

Por lo anteriormente expuesto podemos pensar que en la mayoría de los casos se llegó a establecer el diagnóstico hasta que hubo una indicación quirúrgica, cosa que generalmente sucede en una fase tardía. En estos casos, creo podría haberse descartado la posibilidad de malignidad por medio de una biopsia a través de una gastroscopia.

En cuanto al tipo de tratamiento recibido de las úlceras gástricas en general, ya sea médico o quirúrgico; Cuadro No. 4; vemos que en su mayoría el tratamiento recibido fue de tipo médico, utilizando para ello dietas especiales, antiácidos, cimetidina, etc. Este tipo de tratamiento fue dado en 26 casos, 56.52 %; mientras que el tratamiento quirúrgico se realizó en 20 casos, correspondiéndole un 43.48%; del total de los casos estudiados.

De acuerdo a la localización de la úlcera vemos que en las localizadas en el antro, lugar donde la mayoría fueron diagnosticadas histológicamente como malignas, el tratamiento en su mayoría, 83.33 %; fue de tipo quirúrgico, mientras que en la curvatura menor, lugar donde la mayor parte fueron diagnosticadas histológicamente como benignas, el tratamiento que con mayor frecuencia se instituyó fue de tipo médico correspondiéndole el 68.75 %.

Este es un dato que nos permite ver que en la mayoría de los casos pudo haberse dado el mejor de los tratamientos según lo indicará el diagnóstico histológico, pero no nos permite efectuar una evaluación verdadera del tipo de tratamiento efectuado en todos los pacientes, ya que esto toma en cuenta únicamente los casos en los que el diagnóstico se llegó a comprobar histológicamente.

Hasta aquí nos hemos referido a los casos de úlcera gástrica sin hacer diferenciación entre el tipo de tratamiento recibido, pudiendo haber sido quirúrgico o médico. O sea comprende todos los casos de úlcera gástrica diagnosticados por medios radiológicos o histológicos durante el periodo que comprendió el estudio. Pasaremos ahora a analizar los casos que recibieron tratamiento quirúrgico, punto central del trabajo realizado.

Como podemos ver en el cuadro No 5 los casos que fueron sometidos a un procedimiento quirúrgico no representan un gran grupo, pero a mí parecer si una buena muestra ya que con ellos si se puede establecer una buena representación de la incidencia de malignidad, puesto que todos los casos tienen una comprobación objetiva con el diagnóstico histológico efectuado.

El grupo etareo que con mayor frecuencia fue objeto de este tipo de tratamiento es el que comprendió las edades entre los 61 y 70 años, repre-

sentado por un total de 8 casos, 40 %; que como era de esperarse, también fué el grupo más afectado por la úlcera gástrica en general. En segundo plano encontramos al grupo de los 71 a 80 años de edad, con un total de 5 casos, 25 %; lo cual creo que se debe a que las complicaciones que indicaron la intervención quirúrgica son más frecuentes cuanto más tiempo de evolución tiene la enfermedad.

Refiriendonos al grupo predominante en cuanto al sexo vemos que el masculino fué el más frecuente con un total de 14 casos, 70 %; mientras que el sexo femenino únicamente le correspondió un total de 6 casos o sea el 30 % restante. También podemos darnos cuenta que tanto en el sexo femenino como masculino, el grupo mayormente efectuado fué el que comprendió de los 61 a 70 años de edad, ocupando un segundo lugar el grupo de 71 a 80 años de edad. Con esto nos damos cuenta, que --- mientras en los casos que presentaron en general úlcera gástrica, en el sexo femenino la mayor frecuencia fue en el grupo de los 51 a los 60 años de edad, en los tratados quirúrgicamente la edad fue mayor, lo que creo se debe, como se mencionó anteriormente, a que las complicaciones son más frecuentes cuanto mayor sea el tiempo de evolución de la enfermedad.

En este grupo de pacientes tratados

quirúrgicamente el 100 % de los casos pertenecían a la raza ladina, debido a que, como se vio anteriormente, la patología en general, fue más frecuente en pacientes de raza ladina. De acuerdo al diagnóstico histológico realizado se encontró que en 50 % de los casos de los casos el informe fue benigno y el otro 50 % maligno. Además, en los casos comprendido entre los 21 a 30, 31 a 40 y 41 a 50 años de edad, el diagnóstico histológico de todos fué maligno, mientras que el grupo de los 51 a 60 años el 66.66 %; también fué maligno, y los grupos de 61 a 70 y 71 a 80 años el 62 y 60 % respectivamente, fué maligno. El caso comprendido entre los 81 y 90 años fue maligno. Por lo anterior podemos decir, que la incidencia de malignidad en pacientes tratados quirúrgicamente con diagnóstico de úlcera gástrica es muy alta, pero debemos tomar en cuenta que únicamente son los casos quirúrgicos, no pudiendo hacerlo con la totalidad de los casos con esta patología debido a la falta de comprobación histológica en la mayor parte. Vemos que la malignidad fué más frecuente cuanto menor edad tenían los pacientes, por debajo de los 60 años para ser más exactos; y menos frecuente cuanto mayor edad tenían, lo que podría deberse a que muchos casos pudieron haberse clasificado como cáncer gástrico por la falta de estudio antes de que esta última patología se hiciera evidente., además de recibir tratamiento médico únicamente. El diagnóstico histológico en relación al sexo de los pacientes quirúrgicos, no demostró diferencia entre uno y

otro, ya que tanto los benignos como malignos tuvieron el 50 % de sexo masculino y 50 % de sexo femenino.

Tomando en cuenta el sitio de localización de la úlcera, como podemos observar en el Cuadro No 6, el lugar más frecuente fué la curvatura menor y en segundo lugar el antro, al igual que en todos los casos con esta patología. En todos los casos se llevo a cabo el diagnóstico tanto radiológica como histológicamente.

Radiológicamente se encontró que el 25 % de los casos tuvo un diagnóstico de negativo para úlcera o sea normal, el 45 % como benigno, el 25% como maligno y el 5 % fué reportado como de diagnóstico dudoso en cuanto a sus características de malignidad.

Histológicamente, como se mencionó anteriormente, el 50 % fué diagnosticado como benigno y el otro 50 % como maligno, dato que según vemos varía en gran medida del diagnóstico realizado radiológicamente.

Esta diferencia de resultados creo se debe a lo difícil que resulta distinguir radiológicamente una úlcera gástrica benigna con una maligna, aunque no podemos olvidar el factor humano ya que podría representar una fuente importante de error en el diagnóstico. Por lo tanto es aquí donde se ve la necesidad de hacer la distinción citológica de la etiología benigna o maligna de la úlcera.

La localización de la úlcera donde se encontró una alta incidencia de malignidad, fué el antro, encontrándose en un 80 %. Mientras que en la curvatura menor fué del 50 %, a pesar de que es en este sitio donde la frecuencia de úlcera gástrica fué mayor. A excepción de la úlcera localizada en el fondo gástrico, reportada histológicamente como maligna, las localizadas en otras regiones fueron benignas.

La intervención quirúrgica estuvo indicada por perforación de la úlcera en un 25 %, por diagnóstico radiológico de posible malignidad en otro 25 % del total de los casos, aunque en un buen porcentaje fué indicada por la resistencia al tratamiento médico. De los casos que fueron intervenidos por malignidad radiológica únicamente 1 fué objeto de una gastrosco^opía previa la cual fué negativa para malignidad, pero al efectuar la biopsia operatoria resultado positiva, lo que podría denotar error de técnica al obtener la muestra por gastrosco^opía. Así también en otros 2 de los casos intervenidos por esta misma indicación el diagnóstico histológico fue benigno, por lo que con una gastroscopía previa hubiera podido evitarse la operación de estos pacientes

Fueron efectuados únicamente 3 lavados gástricos a 3 distintos pacientes, previamente a la intervención, los cuales no revelaron malignidad a pesar de que los 3 fueron casos reportados como- ----

malignos a través de la biopsia transoperatoria o el tejido resecado durante la misma.

Creo que esta negatividad previa a la operación, de las gastroscopías y lavados gástricos, podría disminuirse efectuando estos con mayor frecuencia ya que en la mayoría, únicamente se efectuó una, en lo que al primer procedimiento se refiere y aunque el segundo no se realizará por su falta de confiabilidad en el diagnóstico.

También debemos tomar en cuenta que no se efectuó gastroscopía previa en todos los casos ya que los que se intervino indicado por perforación, hemorragia gastrointestinal superior o estenosis; pudieron haber consultado por primera vez en ese momento sin dar tiempo a poder ser estudiados.

Por último en el Cuadro No 7, observamos los distintos diagnósticos histológicos obtenidos y los tratamientos quirúrgicos que recibieron.

Entre las úlceras que resultaron ser malignas vemos que el adenocarcinoma, con sus diferentes variedades fué el de mayor frecuencia, seguido del carcinoma.

Las úlceras gástricas que fueron reportadas histológicamente como metaplasia in-

testinal, se tomaron como potencialmente malignas, ya que su presencia es más constante en el carcinoma gástrico, menor en la úlcera duodenal, mientras que la úlcera gástrica ocupa un lugar intermedio. "30 % de los carcinomas gástricos porvienen de la zona de metaplasia intestinal en la mucosa gástrica". (16)
(1) (15)

XI. CONCLUSIONES:

- 1.- La incidencia de úlcera gástrica en el grupo de estudio del Hospital Militar, fué mayor en el grupo etareo que comprendió las edades entre los 61 a los 70 años de edad.
- 2.- La úlcera gástrica en general fué más frecuente en el sexo masculino.
- 3.- En el sexo femenino la frecuencia fué mayor dentro del grupo etareo de menor edad, que comprendió de los 51 a los - 60 años de edad.
- 4.- La raza predominante fué la ladina.
- 5.- La localización de la úlcera gástrica, más frecuente fué la curvatura menor.
- 6.- La concomitancia de úlcera gástrica y duodenal fué bastante rara.
- 7.- El medio diagnóstico radiológico más frecuentemente utilizado fué la Serie Gastroduodenal, 95.65 %.
- 8.- La serie Gastroduodenal, hizo en la mayoría de los casos el diagnóstico de - úlcera gástrica, 91.29 %.
- 9.- La comprobación histológica se reali^zo con menor frecuencia que la radio-

- lógica, 60.21 %.
- 10-No hubo correlación entre el tipo de diagnóstico radiológico e histológico, ya que la malignidad fué más frecuente histológicamente.
 - 11-Las úlceras localizadas en la curvatura - menor, fueron en su mayoría histológicamente benignas, mientras las del antro, en su mayoría fueron malignas, 88.89 y 66.66 % - respectivamente.
 - 12-Para realizar el diagnóstico histológico, - el procedimiento más frecuentemente utilizado fué la biopsia a través de una operación de cirugía mayor, a pesar de que el total de casos tratados quirúrgicamente fueron pocos 43.48 %; lo cual denota la poca frecuencia - con que se comprobó la etiología histológicamente.
 - 13-El tipo de tratamiento recibido con mayor - frecuencia, fué de tipo médico. Según la localización, las de la curvatura menor recibieron tratamiento médico en su mayoría, mientras que las del antro fueron sometidos a algún procedimiento quirúrgico.
 - 14-Al tomar en cuenta todos los casos con diagnóstico de úlcera gástrica, no se puede conocer la incidencia de malignidad en ellas, debido a que en su mayoría no se efectuó su comprobación histológica.

- 15- Dentro del grupo de pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico, la mayoría pertenecían a grupos etareos de mayor edad debido que en gran parte fueron intervenidos por alguna --- complicación, lo generalmente sucede en fases tardías.
- 16- El sexo y la raza predominante no presentó variabilidad entre los pacientes que presentaron la patología en general y los tratados quirúrgicamente.
- 17- La malignidad de la úlcera gástrica se presentó en el 50 % de los casos, predominando esta entre los grupos etareos de menor edad, principalmente los menores de 60 años, debiendo sospecharse esta en este grupo de pacientes.
- 18- La malignidad en el presente estudio fué bastante alta, debido creo, a que hablamos de los casos quirúrgicos, pocos, pero en los que se efectuó comprobación histológica en la totalidad además del diagnóstico radiológico previo.
- 19- No existió correlación entre el diagnóstico radiológico e histológico, Solo el 25 % fueron reportados con características malignas radiológicamente.

- 20 Esta falta de correlación se debe a lo dificil de distinguir las características de malignidad radiológicamente, sin poder descartar la posibilidad de error del factor humano.
- 21 La localización que más frecuentemente presento malignidad, fué el antro, 80 %; ocupando el segundo lugar las localizadas en la curvatura menor, 50 %; a pesar de ser el sitio más frecuente en la úlcera gástrica en general. 7 de los casos, 35 %; se efectuó gastroscopia previa la intervención quirúrgica.
- 22 La indicación quirúrgica que más frecuentemente se presentó fué la perforación de la úlcera, mientras que la sospecha de malignidad radiológicamente, fué igualmente frecuente; siguiendoles la resistencia al tratamiento médico, lo que denota la falta de estudio previo en los operados por la primera y última indicaciones mencionadas.
- 24 El tipo Histológico de neoplasia más frecuentemente encontrado fué el adenocarcinoma.

XII. RECOMENDACIONES:

- 1- Tener presente siempre la incidencia de malignidad de las Ulceras Gástricas, para el mejor tratamiento de los pacientes con esta patología.
- 2- Tratar de aprovechar al máximo los medios diagnósticos, de que dispone el Hospital Militar, para llegar a comprobar la etiología de la úlcera, en cuanto a la posibilidad de malignidad se refiere.
- 3- Efectuar el diagnóstico histológico (Endoscopia) en todo tipo de lesión ulcerosa exófitica o polipoide, en pacientes jóvenes y viejos, principalmente con característica radiológicas malignas, y aún con características benignas pero con localización en el antro; y por supuesto en todos los casos si se tiene la facilidad de efectuarlo.
- 4- Con lo anterior se podrá preveer que los pacientes lleguen a presentar una complicación como perforación, hemorragia, obstrucción o degeneración maligna del cuadro clínico o radiológico, pudiendo así hacer el diagnóstico histológico, sin tener que llegar a utilizar para ello procedimiento de cirugía mayor.

XIII. BIBLIOGRAFIA:


- 1- CABRERA GARRIDO, Jorge Manuel. CARCINOMA GASTRICO EN ADULTOS JOVENES MENORES DE 35 AÑOS. Tesis presentada en acto de graduación de Médico y Cirujano, USAC. Octubre, 1979.
- 2- CASTILLO DEL CARMEN, Rodrigo José. DIAGNOSTICO DEL CANCER TEMPRANO DE ESTOMAGO. Tesis presentada en acto de graduación de Médico y Cirujano. USAC Julio, 1977.
- 3- CECIL R. y LOEB R. TRATADO DE MEDICINA INTERNA. Editorial Interamericana. Decimocuarta Edición.
- 4- DEPARTMENT OF MEDICINE WASHINGTON - UNIVERSITY SCHOOL OF MEDICINE ST. LOUIS MISSOURI. MANUAL OF MEDICAL THERAPEUTIC. Little, Brown and Company Boston. 22 nd Edition. 1979.
- 5- DUNPHY, J. Englebert, MD-WAY. Lawrence W, WD. AND ASSOCIATE AUTHORS. CURRENT SURGICAL DIAGNOSIS & TREATMENT. Lange Medical Publications. 4th Edition. 1979.
- 6- ELLIS D.J. et al. GASTRIC CARCINOMA AND PREVIUS PEPTIC ULCERATION. The British Journal of Surgery. Volume 66, Number 2, February 1979.

- 7- FRECH y F. Miguel. ESTUDIO CLINICO PATOLOGICO Y RADIOLOGICO DEL CANCER DEL ESTOMAGO EN GUATEMALA. Tesis presentada en acto de graduación de Médico y Cirujano. USAC. 1959.
- 8- GIL GREENIDCE, José Rodolfo. CANCER GASTRICO. Revisión de 49,000 informes de Anatomía Patológica en el Hospital General "San Juan de Dios" de Guatemala. Tesis presentada en acto de graduación de Médico y Cirujano. USAC. Septiembre, -- 1978.
- 9- HARRISON'S. PRINCIPLES OF INTERNAL MEDICINE. McGraw-Hill Book Company. Eighth Edition.
- 10- KRUPP, Marcus-CHATTON, Milton. CURRENT MEDICAL DIAGNOSIS & TREATMENT Lange Medical Publications. 1979.
- 11- MONSANTO TOLEDO, Carlos Alfredo. CANCER GASTRICO. Revisión de 100 casos en el Hospital General "San Juan de Dios" de Guatemala. Tesis presentada en acto de graduación de Médico y Cirujano. USAC. Febrero, 1969.
- 12- MORENO CALVO, Rolando. Ulcera GASTRICA. LOCALIZACION Y CARACTERES CLINICOS. Informe de 60 casos. Tesis presentada en acto de graduación de Médico y Cirujano. USAC. 1963.

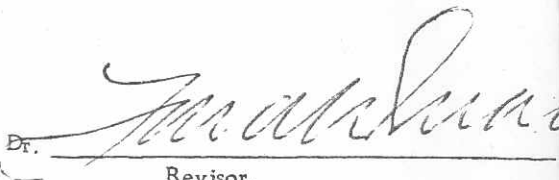
- 13- MURAKAMI, Tadashiga. EARLY GASTRIC CANCER Gann Monograph on Cancer Research No 11. Japanese Cancer Association. University Park-Press, 1972.
- 14- PASSMORE R. y ROBSON J.S. TRATADO DE LA ENSEÑANZA INTEGRADA DE LA MEDICINA. Editorial Científico-Médica. Volume 3. 1975.
- 15- PIEDRA SANTA JUAREZ, Edgar Eduardo. NESPLASIAS GASTRICAS MALIGNAS EN EL HOSPITAL CENTRO MEDICO. Tesis presentada en acto de graduación de Médico y Cirujano. USAC. Octubre, 1976.
- 16- RHOADS, Jonathan E. ALLEN.J. Garrott. HARKINS, N. MOYER, Carl A. PRINCIPIOS Y PRACTICA DE CIRUGIA. Editorial Interamericana. Cuarta Edición.
- 17- ROBBINS, Stanley L. Dr. PATOLOGIA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL. Editorial Interamericana. Primera Edición. 1975.
- 18- SABISTON, David, Jr. TRATADO DE PATOLOGIA QUIRURGICA DE DAVIS -CHRISTOPHER. Editorial Interamericana. Decima Edición.
- 19- SUAZO ESTRADA. Judith Xiomara. ULCERAS AGUDAS DEL ESTOMAGO. Tesis presentada en acto de graduación de Médico y Cirujano. USAC. Septiembre 1976.

20- TESTUT, L. LATARGET, A. ANATOMIA HUMANA. Salvat Editores. S.A. Novena Edición Tomo IV. 1976.

21- VARGAS RUIZ, Ricardo. CANCER GASTRICO. Experiencias en el Hospital de Huehuetenango. Tesis presentada en acto de graduación de Médico y Cirujano. USAC. Abril, 1977.

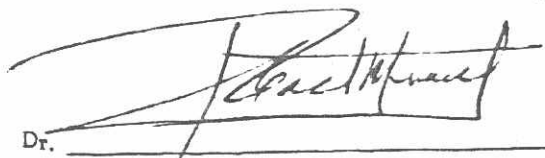
Br. 
Luis Fernando Cruz Gálvez


Asesor.
por N. Funes Castillo


Dr.
Revisor.
Dr. Juan de Dios Maldonado


de Fase III
A. WALDHEIM


Dr.
Secretario
RAUL CASTILLO RODAS


Dr.
Decano.
ROLANDO CASTILLO MONTALVO