

LA ULCERA GÁSTRICA EN LA SEGUNDA DECADA DE LA VIDA (*)

Dr. José A. Piquinela

Observación N 1. — Erich F., 20 años. Ingres a la sala San Luis, el 28 - I - 51 por hematemesis y melenas. Desde hace ocho días sensación de plenitud epigástrica y dolores post-prandiales que aparecían entre media y una hora después de comer, le duraban una hora y se calmaban espontáneamente.

Se somete a régimen de líquidos; hace cuatro días tiene un vómito de sangre clara y dos días después otro con las mismas características; materias negras desde el primer vómito; mareos. Ingres a con buen estado general, pulso 100; presión arterial: máx. 11, mín. 6. El examen es completamente negativo. Se le alimenta con pequeñas cantidades de leche diluída, helada. Examen de sangre: G.R. 2.340.000. H.b. 52 % V.Gl. 1.13. Leucocitosis: 10.000; N. 85; E. 0; B. 1; M. 7; L. 7. Urea en suero: g.50. Transfusión.

Pasa tres días bien; al tercer día hace una nueva hematemesis, importante. Pulso 120; P.A.: Max. 8, Mn. 5; examen de sangre: G.R. 1.240.000 H.b.: 25 %; V.G. 1. Transfusión y se le prepara para operar de inmediato; se piensa en una úlcera duodenal como responsable de la hemorragia.

Intervención. 1 - II - 51. — Prof. Piquinela, Dr. Pino, Dr. Sanjinés, Pte. Piquérez.

Anestesia general: pentotal - flaxedil - éter, absorción (Dr. Pernín). Instrumentista: Srta. Vázquez.

Incisión supraumbilical oblicua que va del xifoides a la derecha del ombligo; se abre la vaina del recto derecho, reclinando el músculo hacia afuera. La exploración del gastro-duodeno es completamente negativa, tanto en su cara anterior, como en su cara posterior, una vez abierta la retrocavidad de los epiplones. Hígado, vías biliares, páncreas, bazo: s/p. Se decola el duodeno y se hace una duodenotomía, en primera porción, a 3 cm. del píloro. En la cara posterior se observa una erosión mucosa tipo úlcera aguda que sangra continuamente en el momento de la obser-

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía en la media hora previa, el día 13 de octubre de 1954.

vación. Se cierra la incisión de duodenotomía y se efectúa una gastrectomía subtotal. Se restablece la continuidad con una anastomosis oral total, de pequeña a gran curva — boca de unos 5 cm. — por delante del colon ya que lo grasoso del meso y la disposición de sus arcadas vasculares no permiten hacerla transmesocólica, que es como la realizamos habitualmente.

Cierre de la pared por planos; lino en la piel.

Examen de la pieza. — Abierto el estómago a lo largo de la gran curva se aprecia una úlcera, tipo agudo en la cara posterior de la primera porción del duodeno. Ganglios de tipo inflamatorio en la región subpilórica; algunos a lo largo de la gran curva.

Informe anatomo - patológico. — N° 51147 (Dr. J. F. Cassinelli). La zona lesional del fragmento duodenal examinado muestra dos procesos: A) una **pequeña ulceración superficial hemorrágica aguda (erosión hemorrágica)**, que no llega a destruir la muscularis revestida por una masa de fibrina coagulada, pero sin exudación leucocitaria aguda de significación. Arteriolas y capilares dilatados y congestionados; en un borde de la lesión se observa una arteriola permeable que se dirige hacia la superficie de la úlcera y cuyo orificio de rotura parece tapado por la masa de fibrina que reviste la úlcera.

B) Al lado de esta erosión hemorrágica hay una zona de pared duodenal que parece corresponder a un proceso ulcerativo, también relativamente superficial, en **reparación**: la superficie es lisa y recubierta por un estrato epitelial simple de pequeñas células oscuras; hay desaparición de las glándulas a ese nivel y existe una atmósfera de fibrosis joven, con edema, congestión e infiltración de pequeñas células redondas que comprende el espesor de la submucosa: la muscularis está a ese nivel disociada por el tejido fibroso.

Post - operatorio: sin incidentes. Alta a los 10 días. Reingresa a los dos meses por una ictericia por suero homólogo que se inicia a los 60 días de sus transfusiones y que evoluciona bien. Un estudio radiológico de gastroduodeno (24 - IV - 51; A. 53697), muestra una neoboca bien situada y con buena evacuación. En el momento actual, a más de 3 años de su intervención, se encuentra perfectamente bien.

OBSERVACION N° 2. — Saúl C., 18 años. Ingres a la Sala Artigas, el 3 - I - 1933, por un cuadro perforativo que data de 8 horas. Sus antecedentes gástricos datan de **cuatro días**: después de una cena copiosa siente ardores epigástricos y en los días siguientes sufre una acidez intensa que se exacerba momentos antes de comer para calmarse con la ingestión de alimentos.

El cuadro perforativo comienza bruscamente, casi inmediatamente después de ingerir una gaseosa helada; dolor brusco en epigastrio, náuseas sin vómitos, contractura supraumbilical coincidiendo con el máximo de dolor a la palpación; banda de sonoridad prehepática a la percusión; Douglas doloroso y ocupado; **radioscopia**: aire debajo del hemidiafragma

derecho; nivel líquido en el estómago; aire bajo el hemidiafragma izquierdo.

Intervención: 3 - I - 33.

Dr. Piquinela, Dr. Chifflet. Anestesia general: éter.

Incisión de Shede. Al abrir el vientre es posible ver el ligamento suspensor levantado como una vela por el gas intraperitoneal; gran cantidad de líquido amarillento con grumos. Hay una perforación en **cara anterior de estómago**, a igual distancia de pequeña y gran curva, a 6 cm. del píloro; tiene un diámetro de medio cm. y asienta sobre una zona indurada de 2 cm. de diámetro; sale líquido con grumos. Cierre de la perforación y epiploplastia.

Post - operatorio sin incidentes; alta a los 12 días.

Evoluciona perfectamente bien hasta los 3 años, última vez que lo hemos visto. No hace régimen. Un estudio radiológico hecho entonces informa: ninguna deformación gástrica; contracciones y evacuación normales; duodeno normal.

OBSERVACION N° 3. Pascual R., 20 años. Ingres a la Central de Servicios Médicos del Banco de Seguros, el 13 - X - 53. Sin antecedentes dispépticos de ninguna clase, comienza hace **cinco días** con malestares caracterizados por sensación de plenitud gástrica y un dolor epigástrico poco intenso, dos horas después de las comidas; se calma con alcalinos. En la tarde anterior al ingreso concurre a su trabajo sintiendo a las dos horas de haber comido, los malestares indicados. Se alivia con bicarbonato de sodio, pero tres horas más tarde, tiene una hematemesis al parecer pequeña, mareos y poco después, una deposición de materias negras. Repite la hematemesis, también pequeña, según el enfermo, en la mañana del día del ingreso, por lo que decide internarse. Lo vemos después de una transfusión de 500 c.c. con presión de 12 - 7, pulso 100, buen estado general; algo pálido. El examen de sangre evidencia 3.700.000 g. rojos y 73 % de hemoglobina. El examen del abdomen es absolutamente negativo; el tacto rectal muestra un Douglas indoloro y exterioriza materias negras. Pensamos en una úlcera duodenal y planteamos la necesidad de una intervención que la familia no acepta.

Pasa bien 48 horas; toma agua y leche heladas. El día 15, a las 20 horas, hace sin prodromos una hematemesis abundante de aproximadamente 500 c.c.; lo vemos con 7 de presión, 120 de pulso, algo sudoroso e intensamente pálido. Se instala una transfusión y se prepara para la intervención que la familia acepta ahora.

Hora 22. — Prof. Piquinela, Dra. Ruiz de Marella. Pte. Quinteros. Anestesia general (Caviglia). La presión arterial es 12 - 7 al comienzo de la intervención. Incisión supraumbilical oblicua que va del xifoides a la derecha del ombligo; se abre la vaina del recto reclinando el músculo hacia afuera. Abierto el peritoneo se encuentra una **úlcera en la porción vertical de la pequeña curva**, a 3 cm. por arriba del seno angular. Se palpa un cráter a través de la pared gástrica; el pequeño epiplón está a ese nivel

edematoso, infiltrado, congestivo; hay ganglios yuxta-lesionales; serosa congestionada a ese nivel.

Gastrectomía: sección de la primera porción del duodeno a 1 cm. del píloro; cierre del muñón duodenal (un plano total, uno sero-seroso, uno sero-cápsula pancreática y epiploplastia). Ligadura de la coronaria en la hoz de la misma; sección de la pequeña curva a 1 cm. por encima de la entrada de la coronaria; sección de la gran curva a la altura del primer vaso corto. Anastomosis gastroyeyunal, oral total (boca de 5 cm.),

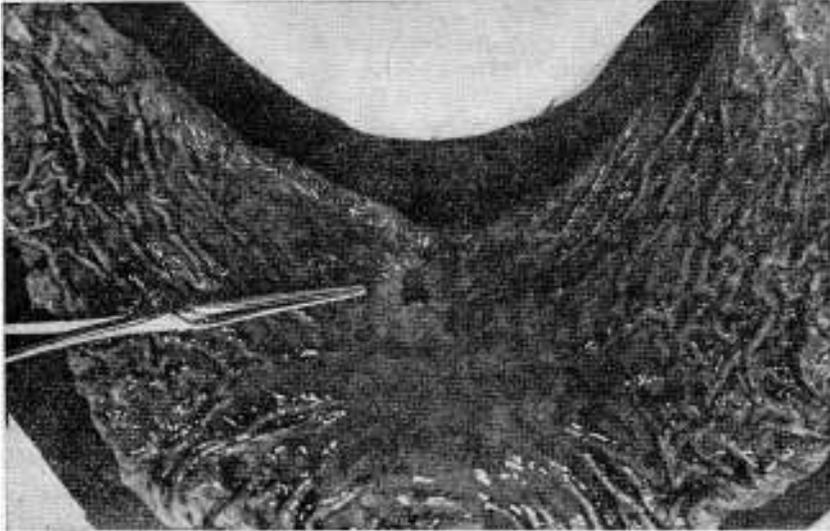


FIG. 1

de pequeña a gran curva, transmesocólica. Control de hemostasis. Cierre de la pared por planos; lino en la piel.

Examen de la pieza: se abre el estómago por la gran curva; hay una úlcera situada alta en la pequeña curva, de casi 1 cm. de diámetro, con bordes levantados, poco indurados; es posible individualizar en el fondo de la misma tres pequeños orificios correspondientes a aberturas vasculares (Fig. 1).

Estudio anatómo-patológico (Dr. Juan F. Cassinelli): a unos 2 cms. del borde cardial de la exeresis, sobre la pequeña curva, existe una lesión ulcerosa, alargada en el sentido del eje gástrico, de 12 mm. de largo, de bordes netos y fondo plano y poco profundo, revestido de un unto necrótico. Al corte se observa franca rotura de la muscular pero sin que haya un engrosamiento fibroso significativo.

Histológicamente: se examinó un fragmento longitudinal comprendiendo la totalidad de la lesión. Se observan los caracteres de una úlcera péptica crónica, simple, en actividad, con fondo fibroproductivo

de reparación cuyas capas superficiales están muy vascularizadas (neoformación vascular del tejido de granulación) y congestivas, con infiltración hemorrágica intersticial difusa; hay vasos capilaroides y de pared más gruesa, necrosada, casi limitando con la superficie de reparación que está cubierta por un grueso estrato de necrosis y exudación leucocitaria. Hay cortes de cordones nerviosos exactamente a nivel de la superficie ulcerada.

Evolución sin incidentes; alta a los 10 días. Un estudio radiológico hecho a los 6 meses muestra un estómago pequeño, con excelente evacuación.

Las tres historias precedentes que separamos de nuestra serie personal de 106 intervenciones por úlceras gástricas y duodenales efectuadas en los últimos años, se prestan a algunas consideraciones que juzgamos no exentas de interés. Nos referimos en esta nota previa a su frecuencia según la edad y especialmente a su aparición en la segunda década de la vida.

Las diferencias de opinión en cuanto tiene que ver con el punto mencionado y con otros aspectos etiológicos del problema dependen esencialmente de la fuente empleada para recoger los datos estadísticos. Estas fuentes son tres: 1) el examen clínico y radiológico; 2) los protocolos operatorios y 3) los datos obtenidos en la mesa de autopsias. El cirujano y el anatomo-patólogo basan sus porcentajes en aquellos enfermos en quienes la úlcera no cura y en aquellos en los que origina una complicación: hemorragia, perforación, obstrucción. El clínico por otra parte edifica su diagnóstico en la historia, el examen y la radiología pero, como cuestión de hecho, no puede tener la certeza absoluta de su diagnóstico ya que no son excepcionales los casos de enfermos con historias totalmente convincentes de úlcera gástrica o duodenal en los que la intervención no evidencia ninguna lesión. Estos últimos casos están lejos de constituir una rareza y todos los cirujanos, después de unos años de actuación, tienen más de un enfermo con historia típica de sufrimiento ulceroso y examen radiológico confirmatorio, con antecedentes lejanos o cercanos de hemorragia en algunos casos, operados en plena hemorragia otros, donde la intervención no sólo no muestra una úlcera gástrica o duodenal, sino que evidencia la ausencia de toda afección orgánica del estómago o del duodeno. Nos referimos, claro está, a exploraciones completas, que incluyan una

duodenotomía o gastrotomía, que creemos aconsejables y efectuamos sistemáticamente en casos como éstos, cuando el examen exterior del gastroduodeno, tanto por su cara anterior como por su cara posterior, no muestra modificación alguna ni a la inspección, ni a la palpación. Es así como ciertas úlceras prepilóricas o de pequeña curva a veces son confirmadas y es por este procedimiento sobre todo que las úlceras de la cara posterior del duodeno, no siempre evidenciables por el examen exterior, se pueden poner de manifiesto. La duodenotomía nos permitió en el enfermo E. F. (Observación N° 1), operado en plena hemorragia, demostrar la existencia de una úlcera aguda asentando en la cara posterior de la primera porción; no había nada exteriormente que tradujese la existencia de la lesión ulcerosa. En otro enfermo con historia ulcerosa y melenas repetidas, operado también en plena hemorragia y en el que el examen del gastroduodeno era absolutamente negativo a la inspección y palpación, la duodenotomía nos mostró una úlcera aguda de la segunda porción, único caso que tenemos de tal lesión con esa topografía. La historia correspondiente es la siguiente:

Juan C. L. 27 años. — Dispepsia de tipo ulceroso desde hace dos años y medio; al año de comenzar sus sufrimientos hace un cuadro de anemia aguda y melenas abundantes, estando internado 20 días en un hospital del interior; se le hace transfusiones repetidas y tratamiento médico.

Pasa 9 meses bien; en pleno régimen y sin prodromos, repite sus melenas por lo que vuelve a internarse; evoluciona bien y se le aconseja venir a Montevideo para operarse, cosa que hace 3 meses después, por haber desaparecido sus malestares.

Ingresa a la Sala San Luis, el 22-III-51. El examen clínico es absolutamente negativo; el estudio radiológico repetido no muestra lesión orgánica; se aprecia sólo un bulbo duodenal dilatado con píloro excéntrico; evacuación gástrica rápida. Estando en sala, en reposo en cama y con tratamiento médico hace una lipotimia con palidez, taquicardia e hipotensión. La sonda gástrica no trae sangre pero un enema evacuador exterioriza una melena abundante. Hacemos diagnóstico de hemorragia por úlcera duodenal probable y previa transfusión, lo operamos.

Intervención: II - IV - 51.

Prof. Piquinela, Dr. Marella, Dr. Barreneche, Pte. Camacho.

Anestesia general: pentotal - gases (Bach. Ormaechea).

Incisión supraumbilical oblicua que va del xifoides a la derecha del ombligo; se abre la vaina del recto derecho, reclinando el músculo

hacia afuera. La exploración del gastroduodeno muestra un estómago vacío — la sonda no trae líquido ni sangre —; el delgado está lleno de sangre y el colon también. Hay un bulbo duodenal grande; hacemos decolamiento duodeno pancreático; la exploración gastroduodenal es completamente negativa a la inspección y a la palpación, tanto por su cara anterior como por su cara posterior. Es evidente sin embargo que el duodeno contiene sangre en su interior a partir de la segunda porción como también las primeras asas yeyunales. Llama la atención un estado congestivo de la serosa duodenal en las vecindades del ángulo 1 - 2. Hígado, vías biliares, bazo: s/p.

Se hace una **duodenotomía** en cara anterior de primera porción, a 2 cm. del píloro; no viene sangre del estómago; hay bilis y sangre en la primera porción; una vez que se aspira el contenido duodenal no se encuentra ninguna lesión en la primera porción, pero se observa que viene sangre de la segunda porción. Se colocan separadores y luego un espéculo; es posible ver una **zona ulcerada tipo erosión** absolutamente semejante a la del enfermo Erich F., situada por debajo de la ampolla de Vater y que sangra en capa y con pliegues infiltrados, edematosos, a su alrededor. Dada la topografía de la lesión se resuelve hacer gastrectomía subtotal, tipo resección-exclusión. Cierre de la duodenotomía; gastrectomía; se restablece la continuidad por una anastomosis oral total — boca de 6 cm. —, de pequeña a gran curva, precólica. Cierre de la pared por planos. Lino en la piel.

Examen de la pieza: algunos pliegues edematosos al nivel del estómago.

Informe anatomo - patológico. — N° 51432 (Dr. J. F. Cassinelli). No se observan lesiones ulcerosas ni manifestaciones inflamatorias, excepto una moderada infiltración leucocitaria de la mucosa pilórica.

Post - operatorio: sin incidentes; alta a los 14 días. A 3 años de operado está perfectamente bien.

Esos casos de historias aparentemente típicas con exploración negativa hacen recordar lo fundado de la afirmación de Moynihan: “el estómago es un órgano tan sensible que no puede evitar el llorar cuando sus vecinos tienen dificultades y su voz puede ser tan fuerte como para apagar la de los otros”. Los “otros” pueden ser la vesícula, el apéndice y los demás sectores del tractus digestivo.

La úlcera crónica del duodeno es para autores de gran experiencia la causa orgánica intrínseca más frecuente de dispepsia crónica recidivante. Pero la incidencia de la úlcera basada sólo en los hechos clínicos da un porcentaje seguramente por debajo del real porque no siempre origina síntomas de dispepsia

o éstos pueden ser tan leves que la lesión no es diagnosticada; hay ulcerosos duodenales que no consultan por la escasa significación de sus malestares. Esta afirmación está netamente apoyada por los resultados de las investigaciones necrósicas.

Robertson y Hargis (6), examinando 2000 cadáveres encuentran en 237, o sea el 11.85 %, la existencia de úlceras en actividad o estados cicatrizales a nivel de la pared duodenal, de ulceraciones anteriores. De esos 237, 38 % tenían hecho en su historia el diagnóstico de úlcera duodenal en tanto que en el 62 % restante, había pocos o ningún síntoma que hiciera pensar en la enfermedad. Se estima actualmente que los porcentajes citados están por debajo de la realidad y que las lesiones gastroduodenales de tipo inflamatorio, tomando como base el conjunto de documentos clínicos, quirúrgicos y necrósicos, son mucho más frecuentes de lo que se supone.

Las estadísticas quirúrgicas no dan una idea absolutamente correcta de su frecuencia con relación a otras lesiones abdominales; representan, sin embargo, la frecuencia de lesiones ulcerosas en las que la cirugía ha sido necesaria, por ser ingobernables con el tratamiento médico para las duodenales — ya que las gástricas deben, en nuestra opinión, merecer siempre el tratamiento quirúrgico —, sea por haber originado una complicación. Las estadísticas quirúrgicas muestran que la úlcera crónica es mucho más común en el duodeno que en el estómago. Confirma lo dicho precedentemente en cuanto al significado de los porcentajes operatorios, la estadística del Hospital General de Toronto, citada por *Boyd* (2) y que abarca un período de siete años: sobre 875 casos de úlcera crónica que se operan hay 663 duodenales (70 %) y 212 gástricas (30 %); en el material necrósico del mismo hospital la frecuencia de la úlcera crónica es prácticamente la misma para la úlcera gástrica y para la duodenal, siendo ligeramente más frecuente en el estómago.

Lo dicho explica las limitaciones que debe tener todo cuanto se afirme sobre frecuencia absoluta o relativa de la afección ulcerosa y en especial manera cuando se consideran los distintos factores etiológicos. Dentro de esas necesarias limitaciones y manejándonos sólo con los datos *clínicos* y los *operatorios*, parece posible establecer lo siguiente:

1º Hay un aumento grande en la frecuencia de la úlcera péptica, particularmente duodenal, en los últimos años; esta mayor frecuencia obedece a un aumento real de la enfermedad y no solamente a su mejor diagnóstico. Este hecho se ha tratado de explicar como el resultado de la acción de varios factores cuyo análisis sale de los límites de esta nota previa.

2º La úlcera crónica es más frecuente en el duodeno.

3º La úlcera, duodenal o gástrica, puede ocasionar síntomas típicos, sufrimientos vagos o no dar ningún malestar. Esto parece suceder más frecuentemente con la úlcera duodenal que con la gástrica.

El factor edad. — Es un hecho admitido unánimemente que la úlcera péptica puede aparecer a cualquier edad. La melena neonatal en los recién nacidos, atribuída a la úlcera, prueba su existencia a esa edad. Es verdad que se trata de úlceras agudas, generalmente múltiples, observadas tanto en el estómago como en el duodeno, y que curan rápidamente o matan por hemorragia o perforación. En personas de edad se han observado también cuadros de hemorragia o perforación, sin historia previa de úlcera.

Eusterman y Balfour (4) en una estadística siempre citada establecen que el promedio de edad de los enfermos al iniciarse la úlcera duodenal y que eventualmente son operados, es de 33 años; para los que sufren una úlcera gástrica es de 41. Los ulcerosos duodenales llegan a la operación después de 10 años, término medio, de sufrimiento y los gástricos después de 7 años. En una serie de 100 médicos con úlcera duodenal que se operan, la edad media en el momento de la operación, es de 47 años y la duración de los síntomas ha sido de 13 años. (1)

Se admite generalmente que la úlcera gástrica se presenta en edad más tardía que la duodenal. En la serie de Drossner y Miller (3) el 67 % de 169 enfermos se observaron por primera vez después de los 40 años y la duración media de los síntomas fué de cuatro años. En los jóvenes el predominio de la úlcera duodenal es neto tanto sobre la base de documentos clínicos como de protocolos operatorios.

Circunscribiendo el problema a las dos primeras décadas de

la vida y dejando de lado la úlcera aguda del recién nacido, el hecho que surge de la estadística de Eusterman y Balfour, está de acuerdo con lo que hemos observado todos. En una serie de 701 enfermos hay entre los 6 y 10 años, seis úlceras duodenales (ninguna de las cuales exigió operación); no hay ninguna úlcera gástrica. En la segunda década, entre 11 y 20 años hay 93 úlceras duodenales (4 de las cuales debieron ser operados) y 5 úlceras gástricas, tratadas médicamente. El porcentaje aumenta bruscamente al pasar a la tercera década (21 á 30 años): 230 duodenales de las que se operan 79 y 48 gástricas de las que se operan 12. Según nuestra experiencia muchos ulcerosos duodenales que son operados en la tercera (21 - 30) y cuarta décadas (31 - 40), han tenido entre los quince y los veinte años, sufrimientos post-prandiales periódicos, generalmente calmados con alimentos o alcalinos.

El sufrimiento ulceroso, en la segunda década de la vida no es un hecho excepcional; clínica y radiológicamente obedece a una úlcera duodenal. En los tres últimos años hemos tratado médicamente ocho enfermos, entre 17 y 20 años, con sufrimientos de ese tipo; ninguno ha necesitado la intervención quirúrgica que a esa edad sólo puede ser impuesta por una complicación. El diagnóstico clínico - radiológico ha sido el de úlcera duodenal. Todos responden al mismo tipo: sujetos delgados, de vida particularmente activa, extremadamente nerviosos; algunos de ellos con problemas personales muy serios que les han traído gran preocupación. No hemos visto en cambio, entre los 11 y 20 años, ninguna úlcera gástrica exceptuadas las dos cuyas historias motivan este trabajo y a las que nos referiremos enseguida.

Creemos que nuestra experiencia está de acuerdo con la de todos los cirujanos; cuando un hombre joven, entre los 15 y 20 años, consulta por un sufrimiento típicamente ulceroso, se piensa en una úlcera duodenal. El estudio radiológico confirma en general esa presunción clínica. Si la consulta es motivada por una complicación, perforación o hemorragia, dos situaciones se presentan: hay o no hay antecedentes alejados; en los dos casos se piensa en úlcera duodenal, en base a: 1) la frecuencia netamente mayor de la úlcera duodenal a esa edad, explicando los antecedentes, cuando ellos existen, sean o no típicos; 2) el hecho

de que la úlcera duodenal puede existir sin síntomas y anunciar su presencia por una complicación, con sólo antecedentes cercanos de unos días (malestares post - prandiales, pesadez, acidez, dolor) o mismo en ausencia total de ellos. Esto último también es verdad, aunque más raramente, para la úlcera gástrica; pero a una edad mayor, de acuerdo con la experiencia de todos.

La observación I (E.F.), entra dentro de un orden de cosas que no puede considerarse excepcional: cuadro de hemorragia digestiva en un enfermo de 20 años, prácticamente sin antecedentes, en el que cuatro días antes de la primer hematemesis hay sensación de plenitud gástrica y dolores post - prandiales que se calmaban espontáneamente. Diagnosticamos hemorragia por úlcera duodenal y la intervención muestra una úlcera aguda en cara posterior de primera porción de duodeno; el estudio anatómopatológico pone en evidencia las características anatómicas bien conocidas de la lesión, otra úlcera aguda en vías de reparación vecina a la primera y la erosión de una arteriola permeable que justifica en nuestra opinión el criterio quirúrgico seguido.

Las otras dos observaciones en cambio entran dentro de lo absolutamente inhabitual. Creemos que se justifica su publicación y que de ellas surgen consideraciones útiles para el mejor conocimiento de la úlcera gástrica a la que se le reconocen muchos puntos similares con la úlcera duodenal (en cuanto a su origen, síntomas y curso clínico) y también algunos aspectos que parecen separarlas neta y firmemente. En la observación N° 2 (S.C.), se instala un cuadro claramente perforativo, clínico y radiológico, en un enfermo de 18 años, cuyo único antecedente es una acidez intensa que data de *cuatro días* y que calma la ingestión de alimentos. Hacemos diagnóstico de úlcera perforada, verosímilmente duodenal. La intervención pone de manifiesto una *úlcera de cara anterior de estómago* con los caracteres de una úlcera crónica como lo evidencia la induración que rodea el orificio de la perforación y que dificultó considerablemente el cierre. En una serie de 34 perforaciones ulcerosas (incluyendo la precedente) y de las que las primeras 27 observaciones motivaron nuestra tesis de Becas (5), tenemos 20 úlceras duodenales y 14 gástricas que según la edad se distribuyen así:

—15 a 20 años: 1 duodenal; 1 gástrica;

- 21 a 30 años: 9 duodenales; 2 gástricas;
- 31 a 40 años: 4 duodenales; 2 gástricas;
- 41 a 50 años: 4 duodenales; 7 gástricas;
- 51 a 60 años: 2 duodenales; 2 gástricas.

En esta serie la perforación ulcerosa duodenal representa el 58.82 %; predomina netamente en la tercera y algo menos en la cuarta décadas; la perforación gástrica en cambio se hace predominante en la quinta década.

En la observación N^o 3 (P. R.), una hemorragia que se repite — hematemesis y melenas — se produce en un enfermo de 20 años cuyos únicos antecedentes gástricos datan de *cinco días* (plenitud gástrica y dolor epigástrico post prandial que calma con alcalinos). Lo intervinimos con diagnóstico de hemorragia por úlcera duodenal; se encuentra una *úlcera crónica en la porción vertical de la pequeña curva* en el fondo de la cual se ven tres pequeños orificios correspondientes a aberturas vasculares; su aspecto tanto operatorio como anatómico, macro y microscópico, es absolutamente similar al que hemos observado más frecuentemente en enfermos operados después de los 40 años, sea por sus sufrimientos, sea por una complicación (perforación, hemorragia).

Consideraciones finales. — Resumiendo lo expuesto en las líneas precedentes puede decirse:

1. Los protocolos necrópsicos por un lado y los hallazgos operatorios por otro, permiten afirmar la frecuencia de la úlcera gástrica y de la duodenal. Relacionándolos con las historias clínicas correspondientes surge la evidencia de que, tanto una como otra, pueden ocasionar síntomas típicos, sufrimientos vagos o no dar origen a ningún malestar.

2. La úlcera gástrica o duodenal llega a determinar una complicación que requiere intervención de urgencia — hemorragia o perforación — sin historia ulcerosa. Los antecedentes, más o menos típicos, pueden limitarse a unos pocos días antes de la complicación; este hecho es más frecuente para la úlcera duodenal pero, como lo prueban las historias que encabezan este trabajo, una úlcera gástrica crónica que sangra profusamente

o se perfora, puede permanecer absolutamente silenciosa hasta muy pocos días antes de la complicación.

3. La úlcera crónica del duodeno es más frecuente si se toman como base las historias clínicas y los documentos operatorios. Su predominio clínico es neto en las segunda, tercera y cuarta décadas.

4. Basándose en los documentos clínicos, puede afirmarse que en la segunda década, la úlcera duodenal es más frecuente que la úlcera gástrica que aparece señalada en las estadísticas, como excepcional a esa altura de la vida.

5. De acuerdo con nuestra experiencia y limitando el análisis a los casos comprendidos entre 15 y 20 años, surgen los hechos siguientes:

a) un neto predominio de la úlcera duodenal del punto de vista clínico y radiológico; no tenemos ningún caso de úlcera gástrica clínica y radiológicamente diagnosticado;

b) del punto de vista operatorio, tres intervenciones determinadas por complicaciones de una úlcera cuya localización es la siguiente: 1 úlcera duodenal aguda que sangra profusamente y 2 úlceras gástricas crónicas, una que se perfora (antecedentes de *cuatro días*), y otra que determina hematemesis y melenas repetidas (antecedentes de *cinco días*);

c) en estos tres casos se hizo diagnóstico clínico preoperatorio de úlcera duodenal.

o se perfora, puede permanecer absolutamente silenciosa hasta muy pocos días antes de la complicación.

3. La úlcera crónica del duodeno es más frecuente si se toman como base las historias clínicas y los documentos operatorios. Su predominio clínico es neto en las segunda, tercera y cuarta décadas.

4. Basándose en los documentos clínicos, puede afirmarse que en la segunda década, la úlcera duodenal es más frecuente que la úlcera gástrica que aparece señalada en las estadísticas, como excepcional a esa altura de la vida.

5. De acuerdo con nuestra experiencia y limitando el análisis a los casos comprendidos entre 15 y 20 años, surgen los hechos siguientes:

a) un neto predominio de la úlcera duodenal del punto de vista clínico y radiológico; no tenemos ningún caso de úlcera gástrica clínica y radiológicamente diagnosticado;

b) del punto de vista operatorio, tres intervenciones determinadas por complicaciones de una úlcera cuya localización es la siguiente: 1 úlcera duodenal aguda que sangra profusamente y 2 *úlceras gástricas crónicas*, una que se perfora (antecedentes de *cuatro días*), y otra que determina hematemesis y melenas repetidas (antecedentes de *cinco días*);

c) en estos tres casos se hizo diagnóstico clínico preoperatorio de úlcera duodenal.

BIBLIOGRAFIA

- 1) BALFOUR, D. C. — "The results of operation for duodenal ulcer in physicians". Ann. Surg., 86: 691 - 694; 1927.
- 2) BOYD, W. — Surgical Pathology. W. B. Saunders. Philadelphia and London. 1947.
- 3) DROSSNER, J. L. y MILLER, T. G. — "The natural history and diagnosis of gastric ulcer". Am. v. M. Sc. 90: 199; 1940.
- 4) EUSTERMAN, G. B. y BALFOUR, D. C. — "The stomach and duodenum". W. B. Saunders. Philadelphia and London. 1936.
- 5) PIQUINELA, J. A. — "Las úlceras gástricas y duodenales perforadas". Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo. 22: 387-518; 1937.
- 6) ROBERTSON, H. E. y HARGIS, E. H. — "Duodenal ulcer; an anatomic study". Med. Clin. N. Amer. 8: 1065 - 1092; 1925.

Dr. Etchegorry. — La casualidad ha querido que esta mañana volviera a revisar a Rayos X, dos enfermos que están alrededor de los 20 años. Uno de ellos ha tenido su 2ª hematemesis (3 años después de la primera); el otro presenta un síndrome clínico de ulceroso.

Al primer enfermo, se le han practicado exámenes radioscópicos a repetición, sin que hasta ha poco se haya podido comprobar signos ciertos de lesión. En cambio hoy, al seriógrafo, el Dr. Landini encontró lesiones de gastritis, que bien pudieran ser el origen de sus copiosas hemorragias. El duodeno es mucho más normal que el estómago. Esto vendría a confirmar en parte lo que acaba de decir el Dr. Piquinela.

El 2º enfermo parece un poco calcado sobre el anterior. Síndrome de ulcus duodenal. Pequeña hematemesis (dudosa). Radioscópicamente, un duodeno algo espasmódico sin signos de lesión, a pesar, insisto del sufrimiento intenso que acusa el enfermo.

En resumen, pues, estos dos casos, sin ser confirmativos en absoluto de lo que acaba de decir el Dr. Piquinela, aportan, no obstante, un argumento contra quienes afirman que en los 20 años, la úlcera siempre asienta en el duodeno y jamás en el estómago. Es más que probable nos pasen inadvertidas, pequeñas lesiones gástricas.
