

ACTUALIZACION

# Indicaciones del tratamiento quirúrgico de la úlcera del estómago

Dres. Walter Suiffet y Enrique Sojo

Se analizan las indicaciones del tratamiento quirúrgico de la U.G. sobre la base del estado actual del conocimiento. El estudio de las lesiones ulceradas del estómago sobre bases más realistas, ha llevado a una mejor catalogación de los casos clínicos, en lo que respecta al diagnóstico entre las lesiones benignas y malignas. La radiología, endoscopia, citología y biopsia, dan un margen de exactitud, que puede llegar al 99.4 % de certeza en las mejores estadísticas. Sobre esta base, se exponen las indicaciones de la cirugía en las distintas etapas lesionales de la U.G. Persiste aun como escollo en la seguridad diagnóstica, el ciclo biológico de las úlceras malignas y la posibilidad de la transformación maligna de las lesiones benignas. El análisis de las indicaciones del tratamiento médico y quirúrgico, deberá ser hecho con un estudio prospectivo sobre la base de los métodos modernos de diagnóstico.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Stomach / Ulcer.

La indicación del tratamiento quirúrgico en la Úlcera Gástrica, (U.G.), ha sido y continúa siéndolo, un tema polémico. Las controversias entre internistas, gastroenterólogos, radiólogos y cirujanos, son fruto de uno de los problemas más difíciles a resolver: la posibilidad que la lesión ulcerada del estómago corresponda a un Carcinoma Gástrico (C.G.) y no a una U.G. Este aspecto ha sido y es, el factor dominante de las inquietudes que crea este problema. Se ha llegado así a decisiones encontradas frente a una misma situación, no existiendo un criterio regular y definido para todos los casos. Una solución radical y segura, sería la indicación operatoria para todas las lesiones ulceradas gástricas, sobre la base de las dificultades y riesgos de error en el diagnóstico, con la siempre latente posibilidad de un carcinoma. Las cifras porcentuales de hallazgo de carcinoma gástrico no previsto, en las piezas operatorias de gastrectomía por U.G., han descendido con el correr del tiempo. Ello es

debido a que nuevos métodos de estudio se han incorporado a los procedimientos de diagnóstico. En 1931, Finsterer (20) encuentra cifras del 20,9 % de incidencia de C.G. en casos diagnosticados como U.G. Esta incidencia ha ido descendiendo progresivamente con el correr del tiempo, hasta oscilar en el momento actual, entre 3 y 4,5 % (2, 3, 5, 6, 7, 9, 11, 12, 14, 15, 18, 19, 22, 23, 24, 26, 27, 29, 30, 31, 35, 37, 38, 39, 41, 45, 50, 51, 53, 54).

Según Eisemberg (1) la cifra real actual es de 3 a 7 %. La mejoría de las cifras estadísticas e apo an en los métodos modernos de estudio. El clásico criterio clínico-radiológico, ha ido siendo reemplazado por el clínico-radiológico-endoscópico-bióptico y citológico. La conjunción de estos elementos ha permitido llegar a cifras muy altas de seguridad en el diagnóstico, que alcanzan a 99.4 % (10,32) frente a una lesión ulcerada gástrica.

Sobre la base de estos progresos técnicos, en el momento de estas lesiones, no parece adecuado adoptar una actitud radical sistemática, sino que es más lógico un estudio discriminativo de las distintas situaciones clínicas con que se presenta la U.G. y determinar de acuerdo a ellas, la indicación del tratamiento quirúrgico. Planteado así el problema, hay que distinguir situaciones de indicación operatoria indiscutible y situaciones de análisis para determinar la conducta a seguir.

## A) INDICACIONES OPERATORIAS INDISCUTIBLES EN LA U.G.

1) U.G. asociada a la U.D. en actividad o con estenosis. Esta asociación es muy difícil de controlar médicamente. Cuando hay niveles elevados de acidez, la indicación es formal.

2) U.G. pre o uxtapilórico, con acidez elevada y seria repercusión sobre la función pilórica. Son similares a la U.D., con gran tendencia a las recidivas. Rebeldes al tratamiento médico, plantean por lo general una indicación quirúrgica formal.

3) U.G. penetrado con sus típicas manifestaciones clínicas, muy reacias al tratamiento médico y con gran riesgo de complicaciones hemorrágicas.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 13 de julio de 1977.

Ex Profesor de Clínica Quirúrgica y Residente de Cirugía. Fac. Med. Montevideo.

Dirección: Evar. Artigas 1545. Montevideo. (Dr. W. Suiffet).

4) U.G. con antecedentes hemorrágicos medianos o repetidos. La tendencia a la repetición de las hemorragias es enorme y lleva a los pacientes a riesgos muy grandes y de pronóstico muy severo.

5) U.G. con antecedentes perforativos. La U.G. perforada debe ser operada con criterio terapéutico de la complicación y en lo posible de la lesión. Esto lo cumple en forma definida, la gastrectomía subtotal. Si ello no fuera posible, la ulcerectomía permite estudiar la lesión in toto. En grado menor, lo hace la biopsia de la zona perforada. Estas conductas permiten el estudio patológico de la lesión. Si no fuera posible ninguna de estas actitudes quirúrgicas y sólo se practica el cierre de la lesión, el paciente deberá ser estudiado a la brevedad, para determinar la naturaleza de ésta. El viejo criterio de que la úlcera maligna no se perfora, no debe mantenerse, pues esa posibilidad es real. Según Jones y Doll (25) el 11% de los casos de U.G. perforadas y tratadas con cierre simple, fallecieron de carcinoma en un lapso de 6,3 años. Hemos observado tres casos de perforación, que luego se comprobó que se trataba de C.G. Otro caso tratado con cierre simple fue estudiado 30 días después, y la biopsia endoscópica mostró la lesión maligna. Dejando de lado la posibilidad del carcinoma, queda latente el riesgo evolutivo de la U.G. que ha sufrido una perforación. Por tanto, el antecedente perforativo plantea la necesidad del tratamiento quirúrgico de la enfermedad de fondo.

6) U.G. con más de 2 a 2.5 cms. de diámetro, llamadas úlceras gigantes. Tiene indicación operatoria por un mayor riesgo de que se trate de C.G.; por las dificultades de su tratamiento médico y por una mayor tendencia a las complicaciones. Son difíciles de biopsiar en totalidad por la endoscopia, teniendo que esperar su reducción con el tratamiento para poder realizar un estudio total. En su evolución pueden crear intensa fibrosis perilesional, lo que aumentará los riesgos en la intervención. En términos generales, tienen indicación quirúrgica formal.

7) U.G. evolucionadas, con fibrosis gástrica y perilesional, con manifestaciones clínicas de estenosis. De ellas, la máxima expresión es la forma de estómago bilocular, excepcional en la actualidad.

8) U.G. múltiples. Son muy difíciles de tratar; recidivan con gran frecuencia y tienen gran riesgo evolutivo porque traducen la intensa actividad lesional de la mucosa gástrica (gastritis-metaplasia intestinal). Por ello, hay gran propensión a la reactivación y a la aparición de nuevas úlceras.

9) U.G. de origen medicamentoso. Hay que distinguir dos situaciones. Las U.G. producidas por la medicación agresiva, deben ser interenidas sin discusión, si los portadores deben continuar recibiendo la medicación. Son pacientes que no pueden quedar sometidos a la influencia de dicha medicación sobre la U.G. o a la supresión temporaria de ella, con activación de la enfermedad que los requiere en su terapéutica. Otra situación clínica en don-

de la indicación no es tan radical, son las U.G. pequeñas recientes, que aparecen en pacientes que han recibido medicación agresiva en forma episódica y que no necesitan continuar con ella. Si no se encuentran dentro de los distintos grupos ya analizados, se podrá incluir estos casos en los que se someterán en primera instancia a terapéutica médica y vigilancia. Si la situación se repite, aparecerá la indicación operatoria.

10) U.G. rebeldes al tratamiento médico o recidivados. Este último grupo está vinculado con el análisis de las situaciones que haremos a continuación. Es la indicación operatoria de los casos que han sido sometidos a tratamiento médico y que no han mejorado o que han recidivado luego de un período de aparente curación.

## B) INDICACIONES OPERATORIAS DISCUTIBLES EN LA U.G.

Las U.G. que no están incluidas en el análisis anterior, han sido motivo de frecuente discusión. Consideramos que deben ser sometidas a tratamiento médico las U.G. que aparecen como primera manifestación clínica; con un tamaño moderado con un máximo de 2 a 2.5 cms. y en las cuales la pesquisa endoscópica-patológica no muestra ninguna duda sobre el diagnóstico. El criterio de estudio debe ser clínico-radiológico-endoscópico citológico y biopsico. Si hay coincidencia en todos ellos de que se trata de un proceso benigno, se iniciará el tratamiento médico.

El tratamiento exige un control evolutivo en los parámetros ya mencionados. La terapéutica es efectiva cuando: a) desaparecen los síntomas; b) la lesión se reduce a 50% de su tamaño en un lapso de 20 a 30 días y desaparece totalmente en 60 días como máximo. Los controles deben ser periódicos, con repetición del estudio radiológico-endoscópico-biopsico por los mismos técnicos que estudiaron el caso en primera instancia.

La indicación operatoria surgirá en el curso del tratamiento, cuando: a) la mejoría clínica no se produzca o sea parcial; b) no desaparezca la lesión en el estudio radiológico y endoscópico realizados en los plazos enunciados; c) haya dificultades en mantener la terapéutica en forma correcta; d) aparezcan complicaciones; e) haya recurrencia de la actividad lesional luego de mejoría o curación; y f) cuando en el curso de la evolución aparezca algún elemento que crease la posibilidad de que la lesión puede ser una úlcera maligna.

La conducta terapéutica médica se apoya sobre las posibilidades de curación de la U.G. Es un hecho indiscutible que puede curar, aunque las cifras de curación definitiva es baja. El criterio de curación debe ser clínico y patológico. Hemos comprobado la desaparición de la lesión y la sustitución anatómica por un proceso cicatrizal fibroso de la submucosa, con un recubrimiento de epitelio cúbico-cilíndrico en la zona donde se asentó la lesión. Es muy importante analizar el estado de la mucosa

gástrica. La endoscopia permite reconocerla y biopsiarla en la forma que ya se ha expresado (42) en la curva menor y en las caras gástricas, para reconocer si hay lesiones de gastritis. Si ésta es tan frecuente (47), es muy posible la recidiva o la aparición de una nueva U.G.

Por tanto es fundamental, el criterio evolutivo para certificar la curación. Las cifras de la literatura, muestran una gran incidencia de recidivas luego del tratamiento médico, con números que llegan en la mayoría de las estadísticas hasta 60 y 80% de los casos (1, 3, 9, 11, 13, 16, 23, 24, 28, 31, 45, 48, 50, 53, 54).

Es importante la opinión reciente de Eisemberg (17) que expresa que más del 50% de las U.G. recurren a los dos años y el 80% a los cinco años. Además en el curso del tratamiento médico, hay riesgos de que aparezcan complicaciones, sobre todo hemorragia y perforación, que obligarán a una intervención de urgencia. Se conoce la elevada cifra de morbimortalidad de estas complicaciones. El riesgo de mortalidad del tratamiento médico, se valora entre 2.5 a 5.5% (3, 16, 23, 45, 53, 54) siendo aún más llamativa la estadística de Kraus (28) con una mortalidad hospitalaria de 35%. En ella 11%, o sea la real referida a complicaciones de la U.G., se deben a perforación o hemorragia. Estas cifras de mortalidad será posible mejorarlas en el futuro con una mejor selección de los casos sometidos a tratamiento médico y con métodos más correctos de control evolutivo. Es importante balancearlos con el riesgo de mortalidad del tratamiento quirúrgico, que es ligeramente superior al del tratamiento médico, alcanzando cifras de 0.5 a 6% según las estadísticas de mayor cantidad de observaciones (3, 6, 9, 11, 22, 23, 24, 26, 28, 44, 45, 53, 54).

Nuestra estadística hospitalaria sobre 115 casos de U.G., muestra una cifra de mortalidad de 5.5%. Todas éstas se refieren a la cirugía en frío. Las cifras de mortalidad se elevan considerablemente si se considera los casos de intervenciones en complicación (perforación-hemorragia) lo que se proyecta con valores importantes sobre las cifras de mortalidad del tratamiento médico. Esta confrontación de las estadísticas de mortalidad del tratamiento médico y quirúrgico, es uno de los argumentos manejados por quienes preconizan el tratamiento quirúrgico sistemático para todos los casos de U.G. no complicada.

Quedan aún en pie dos problemas importantes a considerar, en relación con los riesgos del tratamiento médico. El ciclo biológico de las úlceras malignas, estudiado por Grimes (21) y últimamente por Sakita (40) puede crear tremendas dificultades en el diagnóstico, aun con métodos modernos que hemos analizado. El conocimiento de este ciclo, exige una cuidadosa vigilancia de los pacientes; exámenes practicados por expertos endoscopistas, citólogos y patólogos; una colaboración fundamental de parte de los pacientes, a veces difícil de conseguir y una organización perfecta destinada a estos estudios. Los problemas socioeconómicos pueden ser un serio escollo.

Otro aspecto del problema, que no se puede considerar definitivamente solucionado, es el riesgo de la transformación maligna de la U.G. Los estudios modernos (40) inclinan a considerar que la U.G. y el C.G. son dos enfermedades distintas desde su comienzo y que el conocimiento del ciclo biológico de las úlceras malignas, ha aclarado mucho de los conceptos sobre la posible transformación maligna de la U.G. El C.G. sería de tipo superficial y bajo la agresión ácido péptica, podría tomar las características de la U.G. y así evolucionar durante años como tal.

Ekström (18) analiza el problema y muestra estadísticas que dan cifras de cancerización de la U.G. de 3 a 18%. En nuestro medio, Lorenzo y Piovano (33) encuentran 15% y Valls (49) 6% de U.G. cancerizadas. Este punto se aclarará en el futuro con los nuevos métodos de estudio, pero indiscutiblemente debe ser tenido en cuenta todavía como un riesgo del tratamiento médico y gravitante en el problema de la indicación terapéutica.

Los riesgos del tratamiento médico pueden expresarse así: 1) Posibilidad de desconocer el C.G.; 2) Riesgo de transformación maligna; 3) Frecuencia elevada de recidivas, aun en aquellos casos que no tienen indicación formal de tratamiento quirúrgico; 4) Posibilidad de complicaciones en el curso del tratamiento; y 5) Mortalidad de cierta importancia en sus valores.

Frente a estos reparos del tratamiento médico, se contraponen el tratamiento quirúrgico que ofrece como ventajas: 1) Solucionar los problemas de desconocer el carcinoma; 2) Evitar los riesgos de recidivas, que son muy bajos (0 a 6%) (3, 17, 22, 23, 37, 43, 53, 54); 3) Riesgo de mortalidad bajo, similar al del tratamiento médico (0.5% a 6%) (3, 6, 9, 11, 22, 23, 24, 26, 28, 44, 45, 53, 54); y 4) Incidencia mínima de secuelas.

El análisis de los distintos elementos que deben considerarse cuando se analizan las indicaciones del tratamiento quirúrgico en la U.G., demuestra que hay una serie de problemas resueltos y otros que persisten en pie, con importantes interrogantes de futuro.

Los métodos modernos de estudio, han aclarado muchos puntos oscuros, pero no en forma total y definitiva. Se necesitará para definir situaciones, el análisis de los casos desde su inicio clínico y una vigilancia adecuada en su evolución. Se podrá así, realizar un estudio prospectivo sobre la base del conocimiento actual y de los adelantos esperados. Con esta base, se establecerán concretamente nuevas estadísticas, ya que las que pueden manejarse, se han realizado sobre otros métodos de estudio. Así surgirá con más claridad, qué casos deberán ser sometidos a tratamiento médico o quirúrgico. La posición actual es la que hemos expuesto, pero deberá ser sometida a revisión a breve plazo, pues nuevos enfoques del estudio de los portadores de U.G. cambiarán el panorama y llevarán a una definición más concreta de las indicaciones del tratamiento quirúrgico de la úlcera del estómago.

## RESUME

## Indications du traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac

Analyse des indications du traitement chirurgical de l'ulcère gastrique, dans l'état des connaissances actuelles. L'étude des lésions ulcéreuses de l'estomac faite sur des bases plus réalistes que dans le passé a permis une meilleure classification des cas cliniques, en ce qui concerne le diagnostic qui distingue les lésions bénignes des malignes. La radiologie, l'endoscopie, la cytologie et la biopsie permettent d'atteindre, dans les meilleures statistiques, 99,4 % de certitude, quant à l'exactitude des résultats. Compte tenu de cela, les auteurs font un exposé sur les indications de la chirurgie dans les diverses étapes lésionnelles de l'ulcère gastrique. Néanmoins il existe encore un écueil dans la sûreté du diagnostic, c'est le cycle biologique des ulcères malins et la possibilité d'une transformation maligne des lésions bénignes. L'analyse des indications de traitement médical et chirurgical, devra être accompagnée d'une étude prospective suivant les méthodes modernes de diagnostic.

## SUMMARY

## Indications for Surgical Treatment of Stomach Ulcer

The paper contains an analysis of indications for surgical treatment of G. U. based on current knowledge on the subject.

The study on a more realistic basis of ulcerated stomach lesions has led to a better classification of clinical cases, with respect to diagnosis of benign and malign lesions. Radiology, endoscopy, cytology and biopsy reach a level of exactness which may be as high as 99.4 % in the best statistics. It is on this basis that the surgical indications for the different lesional stages of G. U. are set forth. There is still one problem in attaining certainty of diagnosis and that is the biological cycle of malign ulcers and the possibility of benign lesions becoming malign. The analysis of medical and surgical indications should be accompanied by a prospective study of modern methods of diagnosis.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ALP MH, HISLOP IG and GRANT AK. The influence of site on the natural history of gastric ulceration. *Surg Gynecol Obstet*, 134: 470, 1972.
- ALLEN AW and WELCH CE. Gastric ulcer; the significance of the diagnosis and its relation to cancer. *Am Surg*, 114: 498, 1941.
- ANGEL RT, GIACOBINE JW and JORDAN GL. A current evaluation of the problem of gastric ulcers. *Am J Surg*, 114: 730, 1967.
- BACHRACH WH. Observations upon roentgenographic healing of neoplastic ulcerations of the stomach. *Surg Gynecol Obstet*, 114: 69, 1962.
- BOYDEN AM. Radical gastrectomy for benign gastric ulcer. *Surg Gynecol Obstet*, 97: 151, 1953.
- BRAASCH JW, CHAUDHURI DF, GREGG JA and MAX E. The changing scene in the treatment of gastric ulcer. *Surg Clin North Am*, 51: 607, 1971.
- BROWN PM, CAIN JC and DOCKERTY MB. Clinically "benign" gastric ulcerations found to be malignant at operations. *Surg Gynecol Obstet*, 112: 82, 1961.
- BURGEL J, LISCHINSKY A, LANTERNA W y MULATTIERI I. Tratamiento quirúrgico de la úlcera gástrica. *Congreso Uruguayo de Cirugía*, 209: 173, 1969.
- CAIN JC. Medically treated small gastric ulcer. Five years followup. Study of 414 patients. *JAMA*, 150: 781, 1952.
- CLASSEN M. Endoscopy in benign ulcer. *Clin Gastroenterol*, 2: 315, 1973.
- DAVIS Z, VERHEYDEN CH, VAN HEERDEN JA and JUDD ES. The surgically treated chronic gastric ulcer. An extended follow-up. *Ann Surg*, 185: 205, 1977.
- DE MIGUEL J. Selective vagotomy and pyloroplasty in the treatment of gastric ulcerations. *Br J Surg*, 57: 338, 1970.
- DOLL R. Medical treatment of gastric ulcer. *Scott Med J*, 9: 183, 1964.
- DORTON HE. Vagotomy, pyloroplasty and suture for bleeding gastric ulcer. *Surg Gynecol Obstet*, 122: 1015, 1966.
- DUTHIE HL, MOORE KTH, BARDSLEY D and CLARK RG. Surgical treatment of gastric ulcer. *Br J Surg*, 57: 784, 1970.
- DWORKEN HJ. Observations on course of benign gastric ulcer and factors affecting its prognosis. *Gastroenterology*, 33: 880, 1957.
- EISEMBERG MM. The operative management of gastric ulcer. En Varco RL and Delaney JP. *Controversy in surgery*. Philadelphia. W. Saunders. 1976.
- EKSTRÖM T. On the development of cancer in gastric ulcer and ulcer symptoms in gastric cancer. *Acta Chir Scandinav*, 102: 387, 1951-52.
- EUSTERMAN GB and BALFOUR DC. *The stomach and duodenum*. Philadelphia. W. Saunders. 1935.
- FINSTERER H. Malignant degeneration of gastric ulcer. *Proc R Soc M London*, 32: 183, 1939.
- GRIMES OF and BELL HG. Clinical and pathological studies of benign and malignant gastric ulcers. *Surg Gynecol Obstet*, 90: 359, 1950.
- HARVEY HD. Twenty-five years of experience with elective gastric resection for gastric ulcer. *Surg Gynecol Obstet*, 113: 191, 1961.
- HENLEY WH and BOWERS RH. Observations of surgical therapy for gastric ulcer. *Arch Surg*, 90: 205, 1965.
- HINES JR, GEURKINK RE and UJIKI GT. Doble piloroplasty and vagotomy for gastric ulcers. *Surg Gynecol Obstet*, 143: 953, 1976.
- JONES FA and DOLL R. Treatment and prognosis of acute perforated peptic ulcer. *Br Med J*, 1: 122, 1953.
- JUDD E and PRIESTLEY JT. Treatment of gastric ulcer. *Surg Gynecol Obstet*, 77: 21, 1943.
- KRAFT RO, MYERS J, OVERTON S and FRY WS. Vagotomy and gastric ulcer. *Am J Surg*, 121: 122, 1971.
- KRAUS M, MENDELOFF G and CONDON RE. Prognosis of gastric ulcer. *Ann Surg*, 184: 471, 1976.
- KUKRAL JC. Gastric ulcer. An appraisal. *Surgery*, 63: 1024, 1968.
- LAMPERT EG, WAUGH JM and DOCKERTY MB. The incidence of malignancy in gastric ulcer believed preoperatively to be benign. *Surg Gynecol Obstet*, 91: 673, 1950.
- LARSON NE, CAIN JC and BARTHOLOMEW LG. Prognosis of the medically treated small gastric ulcer. *N Eng J Med*, 264: 119, 1961.
- LITTMAN A. Comparative study on gastric ulcer. *Gastroenterology*, 61: 566, 1971.
- LORENZO-LOSADA H y PIOVANO S. 254 piezas de resección gástrica. *Bol Soc Cir Urug*, 17: 368, 1946.
- LORENZO-LOZADA H y PIOVANO S. Cáncer superficial del estómago. *Bol Soc Cir Urug*, 20: 423, 1949.
- MARSHALL SF. The relation of gastric ulcer to carcinoma of the stomach. *Ann Surg*, 137: 891, 1953.
- MENDY F, ZUBIAURRE L, TOLEDO N y PRIARIO JC. Sobre cuatro casos de cáncer gástrico incipiente. *Bol Soc Cir Urug*, 27: 553, 1956.
- MENGUY R. Gastric ulcerations. *Advanc Surg*, 6: 103, 1972.
- MENGUY R. *Surgery of peptic ulcer*. Philadelphia. WB Saunders, 1976.
- RANSON HK. Subtotal gastrectomy for gastric ulcer: a study of end results. *Ann Surg*, 126: 633, 1947.
- SAKITA T, OGURO Y, TAKASU S, FUKUTOMI H, MIWA T and YOSHIMORI M. Observations on the healing ulceration in early gastric cancer - the life cycle of malignant ulcer. *Gastroenterology*, 60: 835, 1971.

41. SMITH FH and JORDAN SM. Gastric ulcer. A study of 600 cases. *Gastroenterology*, 11: 575, 1948.
42. SOJO E, ESTAPE G, FALCONI L, DE LOS SANTOS J y SUIFFET W. Diagnóstico endoscópico de la úlcera gástrica. *Cir Urug* (En prensa).
43. STEMER EK, ZAHN RL, HOM LW and CONNOLY JE. Vagotomy and drainage procedures for gastric ulcer. *Arch Surg*, 96: 586, 1968.
44. St. JOHN JB. Results following subtotal gastrectomy for duodenal and gastric ulcer. *Ann Surg*, 128: 3, 1948.
45. STRODE JE. Early surgical treatment for gastric ulcer. *Surg Gynecol Obstet*, 124: 1310, 1967.
46. SUIFFET W y SOJO E. Localización de la úlcera gástrica. *Cir Urug* (En prensa).
47. SUIFFET W, SOJO E e IRAOLA LM. Alteraciones de la mucosa gástrica en la úlcera del estómago. *Cir Urug*, 47: 208, 1977.
48. SWYNNERTON BF and TANNER NC. Chronic gastric ulcer; a comparison between a gastroscopically controlled series treated medically and a series treated by surgery. *Br Med J*, 2: 841, 1953.
49. VALLS A. Úlcera cancerosa. *Congreso Uruguayo de Cirugía*, 129, 1: 100, 1961.
50. VETERANS ADMINISTRATION. Cooperative study on gastric ulcer. *Gastroenterology*, 61: 567, 1971.
51. WALTERS W. Gastric ulcer, carcinomatous ulcer or ulcerating carcinoma. *Ann Surg*, 115: 521, 1942.
52. WANGENSTEEN OH. The problem of gastric cancer. *JAMA*, 134: 1161, 1947.
53. WELCH CE and ALLEN AW. Gastric ulcer. *N Eng J Med*, 240: 277, 1949.
54. WELCH CE and BURKE SF. Gastric ulcer reappraisal. *Surgery*, 65: 708, 1969.

## DISCUSION

DR. PERDOMO.—No quiero dejar escapar la oportunidad de comentar este trabajo porque me parece de gran trascendencia. Nos han mostrado los colegas cómo la sintomatología más benigna posible puede encerrar un cáncer y nos han mostrado también cómo hoy tenemos la oportunidad de diagnosticar ese cáncer en la etapa en que realmente podemos curarlo. Eso no lo teníamos hasta hace poco y yo agregaría, —y creo que en eso hay que hacer énfasis—, que si no tenemos la endoscopia no hacemos ningún diagnóstico de cáncer precoz. Con el estado de la radiología tal como se realiza en nuestro medio no hay posibilidad de hacer diagnóstico de cáncer precoz dada la forma como se estudian en general los pacientes. Diría, además, que ese cartel que pusieron el Dr. Suiffet y el Dr. Sojo, sirve, pero no sirve para nuestro medio. La palabra radiólogo estaría bien si la radiología se hiciera tal como se aconseja hacerla en estos casos; mientras no sea así no tenemos diagnóstico radiológico posible. Esa radiología fina, cara, que existe en otros lados para diagnosticar un cáncer precoz, en nuestro medio no se da y lo peor que sucede es que se produce un informe de normalidad. Pasa a leerlo cualquier médico que toma eso al pie de la letra y considera que el enfermo que lo ha consultado por una dispepsia no tiene nada importante y atrás de eso está encerrado un cáncer. Eso es algo fundamental que nos muestra por qué razón en estos momentos están apareciendo casos de diagnóstico precoz que nosotros desconocíamos totalmente en nuestro país. Quisiera saber si el Dr. Suiffet, que ha revisado esto, me pudiera decir cuántos cánceres precoces se diagnosticaron antes de la endoscopia por fibroscopia en este país. Tal vez alguno puede ser que haya habido pero han sido cosas de casualidad y no de un estudio, digamos, científico, de la situación.

De manera que tenemos un arma diagnóstica muy importante y ojalá todos supiéramos cómo utilizarla. De todas maneras esa arma todavía la veo como algo

sofisticado porque es cara y lo que es caro aquí en este país no marcha.

Lo que ha expresado el Dr. Suiffet me lleva a formular la siguiente pregunta: ¿nosotros como cirujanos qué tenemos que hacer frente a una úlcera gástrica? El hablaba de tratamiento quirúrgico y de tratamiento médico, pero la conclusión que se saca es que en la realidad lo que debemos hacer es tratamiento quirúrgico y como hasta ahora lo que hemos hecho es tratamiento quirúrgico vamos a seguir haciéndolo. Porque realmente todos esos controles que habría que hacer: a las tantas semanas un control, a las tantas otras semanas otro control radiológico, endoscópico, biopsico, eso podría hacerse en un hospital donde estuviéramos haciendo investigación. Pero en la práctica corriente con el enfermo del mutualismo, que es con el que todos los días estamos trabajando, pues seguiremos haciéndole la gastrectomía por su úlcera gástrica. Creo que esa es la conclusión real que se saca de este problema y que por lo tanto si vamos a seguir haciendo gastrectomías lo que hemos hecho hasta ahora ha estado bien, lo muestran los hechos. Por otra parte, frente a una famosa discusión a la que todos asistimos permanentemente, creo que se prueba hoy científicamente que teníamos razón los cirujanos cuando le decíamos a nuestros colegas gastroenterólogos: "la úlcera del estómago es una úlcera quirúrgica".

DR. VALLS.—Estos trabajos son muy importantes dada la frecuencia de la úlcera gástrica y de la posibilidad de la coexistencia con un cáncer o de la transformación de úlcera en neoplasma. Este es un tema que me ha preocupado desde hace largo tiempo como ya lo expresó el Dr. Suiffet en uno de los diapositivos.

Han habido los adelantos de la fibroscopia desde que publiqué el trabajo en el Congreso Uruguayo de Cirugía como correlato del trabajo del Prof. Del Campo; evidentemente se ha adelantado mucho pero persisten las inquietudes. Desde el punto de vista del porcentaje de los neoplasmas que aparecen en los enfermos según la topografía me gustaría preguntarle a Sojo, en los enfermos que se piensa que es una úlcera, si es el mismo porcentaje en las porciones altas del estómago, en el sinus angular o en la porción horizontal.

Con respecto a lo que dijo el Dr. Suiffet estamos en absoluto de acuerdo. Nosotros hemos encontrado, no vamos a discutir si es transformación o es una lesión que aparentemente es úlcera y que después resulta que tiene un neoplasma; nosotros encontramos esa asociación lesional en el 6%. Pero al clasificar a los enfermos por edad encontramos que debajo de los 50 años el porcentaje de un neoplasma en una úlcera gástrica era despreciable y por encima de los 70 años también. Comprobamos que todos los casos estaban entre los 50 y 70 años. Si juntábamos esos casos en nuestra estadística la proporción entre 50 y 70 años pasaba a ser un 20%.

La otra cosa que buscamos fue establecer la proporción en relación a las topografías de las lesiones y encontramos que las úlceras en las cuales había un neoplasma en la porción horizontal del estómago llegaba a un 33%, que a nivel del sinus angular llegaban a 50% y que a nivel de la parte vertical era 1 en 64 casos y que en la zona yuxta cardial había nada más que 4 casos y de los cuales 2 tenían evolución neoplásica.

También con lo que estamos de acuerdo y lo pusimos de manifiesto en aquel trabajo es que una úlcera

puede mejorar y estar cancerizada, puede mejorar clínica y radiológicamente y después hacerse evidente el neoplasma.

El conjunto del trabajo es excelente, creo que vale la pena pensarlo y nos hace pensar también la mayoría de los enfermos con úlcera gástrica deben ser tratados mediante gastrectomía.

DR. ANAVITARTE.—Primero, que estoy de acuerdo con todo lo que se ha dicho. Segundo, que creo que no se insiste lo suficiente en que la cicatrización de la úlcera se hace en un lecho fibroso, se produce una cicatriz fibrosa y sobre ella se desliza un epitelio precario que no vive. No puede vivir sobre un lecho fibroso y la úlcera fatalmente se reproduce, esa es la causa por la cual la úlcera se reproduce. Por lo tanto no sólo porque se transforme en cáncer o porque sea ya un cáncer de entrada sino porque tampoco puede cicatrizar. Me sumo a los que creen que la úlcera gástrica es un problema quirúrgico y que hay que resolverlo con resección.

DR. WALTER SUIFFET.—Nuestro interés al presentar este trabajo era despertar una discusión sobre este tema que siempre ha sido muy controvertido y sobre el cual han surgido adelantos notorios. Al Dr. Valls le repetimos lo que dijo el Dr. Sojo. Si bien es cierto que puede haber una mayor incidencia de neoplasma en ciertos sectores del estómago y en ciertas décadas de la vida, se está de acuerdo en el momento actual, que no existe ninguna zona de predilección para la aparición de una lesión neoplásica maligna. Al Dr. Per-

domo le respondemos a sus comentarios diciendo que es decepcionante que se tenga que llegar a una resección gástrica amplia, porque no se puedan llevar a cabo otros métodos de diagnóstico mucho más sencillos. La intervención quirúrgica, además de una mutilación que puede ser exagerada o evitada, tiene su morbimortalidad. En cambio el estudio radiológico bien realizado, el estudio endoscópico-citológico y biopsico y el control evolutivo, pueden llevar a una orientación terapéutica, que correctamente realizada y controlada, pueden llevar a la curación sin los riesgos de una terapéutica más agresiva. La terapéutica quirúrgica debe ser realizada cuando está formalmente indicada, luego de los estudios que permitan llegar a esa conclusión. Lo mismo le decimos al señor Presidente y por eso dejamos para el final expresar que nuestro interés es despertar una inquietud de futuro en este problema. Tratar de solucionar las dificultades que puedan existir en los métodos de estudio, para no tener que llegar a una intervención delicada, por no poder realizar una correcta pesquisa en cada caso clínico.

Recordamos también que Dragsted inició hace 32 años, la práctica de la vagotomía en la úlcera gástrica. Posteriormente se continuaron estudios sobre el punto y en el momento actual, hay abundante experiencia con los resultados de los distintos tipos de vagotomía en la úlcera gástrica. Este es un punto en revisión y el futuro dirá de lo real de la indicación de este procedimiento quirúrgico en el tratamiento de la úlcera gástrica. Muchas gracias al Sr. Presidente y los que han escuchado esta comunicación.