

# Endoscopia

## NUESTRA CASUISTICA

Dr. Enrique Sojo

La casuística que analizaremos fue extraída de nuestros archivos en los Dptos. de Endoscopia Digestiva de los Hospitales Pasteur e Italiano. Abarca desde el año 1973 a 1982, y está constituida por 370 pacientes gastrectomizados parcialmente y que fueron enviados a examen endoscópico esofagogástrico para estudio de sus sufrimientos. Doscientos sesenta y dos casos pertenecen al sexo masculino y ciento ocho al femenino. Las edades de los pacientes eran menores de 30 años en cuatro casos; veintiseis estaban en la 3a. década de vida; cincuenta y cuatro en la cuarta década; noventa en la quinta década; ciento veintiuno en la sexta; cincuenta y nueve en la séptima y trece en la octava década.

La restitución del tránsito, en estos pacientes gastrectomizados se había hecho del tipo Billroth II en 326 casos, y en 34 casos era del tipo Billroth I. O sea que favorecía la gastroyeyunostomía en una proporción de 10 a 1.

El 27% del total de esta casuística cursaba diez o más años de su operación inicial.

Los diagnósticos endoscópicos más frecuentemente realizados en estos 370 pacientes fueron los siguientes: 258 presentaban alteraciones inflamatorias del remanente gástrico en grados variados; 50 tenían úlcera de neoboca y en 16 se diagnosticó cáncer del muñón gástrico.

Es decir que el 15.8% del total de gastrectomizados, con diez o más años de operados, que consultó por síntomas, presentaba cáncer gástrico. Las edades de estos 16 casos correspondían a la 5a. década de vida en 2 casos; a la 6a. década en 6 casos; a la séptima en 7 casos y un caso tenía más de ochenta años. Catorce eran del sexo masculino y 2 del femenino.

Las causas de su primitiva gastrectomía eran úlcera duodenal en 5; úlcera gástrica en 6. En los 5 casos restantes, su intervención databa de 30 o más años y no se pudo encontrar en los archivos la exacta topografía de la úlcera que había motivado su operación. Deseamos señalar que ninguno de estos 16 casos había sido operado previamente de cáncer gástrico.

El restablecimiento del tránsito en todos ellos se había hecho mediante gastroyeyunostomía.

En los 16 casos, el intervalo entre la operación inicial y el diagnóstico de cáncer era de 10 o más años. El promedio fue de 27.6 años. En 5 el intervalo era de 10 a 20 años: en 7 de 21 a 30 años; en 2 de 31 a 40 años y en otros dos de más de 40.

Los 5 casos con intervalo de 10 a 20 años habían sido operados de úlcera gástrica. En los casos que se pudo detectar habían sido operados por úlcus duodenal, el intervalo era mayor y oscilaba entre 26 y 40 años.

Las manifestaciones clínicas que llevaron a estos pacientes a consultar fueron variadas y dado, como veremos más adelante, lo avanzado de las lesiones, en la mayoría de los casos los síntomas fueron múltiples.

En casi la mitad predominó la hemorragia digestiva, seguida en frecuencia por la anorexia y el dolor epigástrico. Le siguen vómitos, el adelgazamiento y anemia. En tres casos se palpaba un tumor epigástrico y dos presentaron flebotrombosis de miembros inferiores asociados a otros síntomas (anemia y repercusión general). Es interesante destacar que en los 258 casos que presentaban patología inflamatoria del remanente gástrico los síntomas más frecuentes también eran la hemorragia y el dolor. Lo cual enfatiza la importancia de no guiarse definitivamente por la clínica en los pacientes gastrectomizados.

En la gran mayoría de los casos los síntomas fueron de muy corta evolución. Ocho casos presentaban sufrimientos que databan de 1 a 4 meses. En cuatro casos solo databan de días. Tres pacientes sufrían desde 1 a 2 años y en un caso no tenemos consignada la evolución de los síntomas.

Como veremos más adelante, todas las lesiones eran avanzadas en el momento de su diagnóstico y solo 6 pudieron ser resecaadas. Lo cual enfatiza la importancia de realizar controles evolutivos en los gastrectomizados con 8 o más años de operados.

Doce de los 16 casos fueron estudiados radiológicamente previo al examen endoscópico. Se totalizaron 15 estudios radiológicos esofagogastroyeyunales en esos 12 casos. En 9 casos se pudo encontrar signología positiva (rigidez de gran curva, estenosis irregular de la neoboca o defectos de reflexión) que

orientaba el diagnóstico. Pero cinco estudios fueron informados como sin lesiones y uno como gastritis. Todos los exámenes radiológicos fueron hechos según la técnica convencional. En ninguno se completó el examen con la técnica de doble contraste.

El examen endoscópico se practicó en los 16 casos; habiéndose totalizado 17 estudios. En trece pacientes se hizo diagnóstico endoscópico de cáncer, que se confirmó por el estudio histológico de las piezas de biopsia.

En dos casos se diagnosticó gastritis y en uno de ellos la biopsia demostró el cáncer. En el otro la biopsia fue negativa y sólo se hizo el diagnóstico correcto al año, cuando el paciente consultó nuevamente. Pero ya en etapa de inoperabilidad. El otro caso de error diagnóstico se presentó como una estenosis cardinal infranqueable al instrumento, que se interpretó como estenosis por reflujo y la biopsia fue negativa. En el acto operatorio se hizo el diagnóstico correcto.

De modo tal que la endoscopia, en estos 16 casos, presentó un 12% de error diagnóstico que no se corrigió con la Anatomía Patológica, pues seguramente la biopsia no fue bien apuntada.

En cuanto al aspecto macroscópico endoscópico y extensión local de estas lesiones diremos que todas eran de aspecto avanzado, tipos 3 y 4 de Bormann.

En trece casos se trataba de extensas ulceraciones alternando con zonas vegetantes e infiltrantes. En 8 de ellos la lesión se extendía desde la neoboca hasta 2 a 5 centímetros del cardias y en otros cinco tomaba todo el remanente, desde la neoboca hasta el cardias. En 2 casos la lesión sólo era infiltrante y si bien tomaba todo el remanente se podía confundir con una intensa gastritis, cosa que ocurrió. En un caso, finalmente, la lesión también era infiltrante pero solo tomaba un sector de la gran curva.

El estudio anatómopatológico de los casos en que la biopsia demostró de entrada el cáncer permitió establecer que cuatro casos tenían un adenocarcinoma indiferenciado; 7 medianamente diferenciado y 3 de tipo diferenciado. No encontramos relación de los diversos grados de diferenciación neoplásica con la data de evolución de los síntomas ni con el pronóstico.

El tratamiento de los casos que analizamos fue quirúrgico en 11 de ellos; no se operaron cinco dada la extensión lesional y grave repercusión, que los llevó a la muerte en menos de dos meses. De los casos operados, 6 pudieron ser resecaos y en cinco la laparotomía demostró su irresecaibilidad.

La exploración operatoria de los seis casos resecaos demostró adenopatías metastásicas regionales en cuatro casos, sin diseminación a distancia. Otro caso presentaba invasión del esófago distal del pedículo

renal, cuerpo y cola de páncreas y pedículo esplénico. El caso restante no tenía adenopatías palpables a pesar de lo avanzado de la lesión.

Cinco de estos seis casos, en quienes la lesión no llegaba al cardias, pudieron ser tratados exclusivamente por vía abdominal, practicándose gastrectomía total en cuatro de ellos y yuxtatotal en el otro.

En cambio el caso que infiltraba cardias y esófago abdominal se complementó la laparotomía con una toracotomía izquierda. En este paciente, de 63 años y que no presentaba gran toque del estado general, se realizó gastrectomía total, esofagectomía distal, nefrectomía izquierda, esplenectomía y pancreatomectomía corporo caudal.

Este enfermo falleció en el post operatorio. La sobrevivencia de los demás osciló entre un mes.

Salvo el mencionado en primer término, los demás murieron en caquexia neoplásica.

## Comentario

En 370 gastrectomizados por diversas lesiones y que consultaron por síntomas encontramos 16 casos de cáncer del remanente gástrico. (4.3%).

La causa de la operación inicial en estos 16 casos fue úlcera gástrica o duodenal y el diagnóstico de cáncer del remanente gástrico, surgió con un intervalo de diez o más años después de aquella intervención inicial. De esta manera hemos seleccionado un grupo de pacientes en los cuales excluimos la posibilidad de recidiva cancerosa o de errores en el diagnóstico que los llevó a su primer operación. En este sentido, un solo caso de la serie había sido operado diez años antes y los demás presentaban un intervalo de 14 años o más. El intervalo promedio, en nuestra casuística, entre la operación inicial y el diagnóstico de cáncer fue de 27.6 años. Similar al de otras casuísticas (27 años para Mazzoleni; 24 para Chevillotte (40); 26 años para Dougherty (64). En cuanto a la edad de estos casos predomina la 6a. y la 7a. década de vida (13 casos). Siendo el promedio de 68.9. El cual es un poco mayor al que encontramos como máxima incidencia del cáncer gástrico en no operados previamente.

Lo cual daría pie a lo sostenido por diversos autores de que la gastrectomía parcial protegería, por un tiempo, de la aparición del cáncer. Al menos en el sector gástrico donde suele ser más frecuente.

En cuanto al sexo (14 hombres y 2 mujeres) hay una incidencia mayor por el sexo masculino (87,5%) que la del cáncer gástrico en la población no gastrectomizada previamente y que es del 78% en nuestro medio.

El predominio del sexo masculino en el cáncer del remanente gástrico es señalado por todos los autores y en algunas estadísticas todos los casos eran del sexo masculino (Mazzoleni 7/7; Chevillotte 10/10; Francillon 8/8; Dommello 9/9; (Y. Book C. 1979). En estadísticas mayores la relación hombre-mujer se sitúa entre 3 - 4 a 1. (Lygidakis).

Cualquiera sea la explicación que se intente dar a este predominio no podemos desconocer que los gastrectomizados del sexo masculino constituyen un grupo de riesgo que debe ser controlado con particular cuidado. La causa de la operación inicial se pudo establecer en 11 de los 16 casos; 5 gastrectomizados por ulcus gástrico y 6 por ulcus duodenal. El promedio de edad cuando se realizó la gastrectomía por ulcus gástrico fue de 48 años y el tiempo promedio que transcurrió en ellos hasta el diagnóstico de cáncer fue de 16 años. Los operados por ulcus duodenal lo fueron, promedialmente, a los 37 años y el intervalo hasta el diagnóstico de cáncer fue de 30 años. En la casuística de Mazzoleni, todos habían sido operados por ulcus duodenal y el intervalo promedio fue similar, 27 años. Creemos que la causa de la gastrectomía, así como la edad en que fue hecha y el intervalo hasta la aparición del cáncer están estrechamente vinculados. No sólo en el sentido que mencionan algunos autores, mayor período de latencia cuanto más joven en el momento de la operación inicial (Dougherty (64) y Likenixe. Sino que vemos también que la topografía gástrica o duodenal de la úlcera juega un estrecho papel en la longitud de ese período de latencia. Es un hecho de que los ulcerosos duodenales se operan a edades menores que los gástricos, pero si tomamos los casos operados por ulcus gástrico que estaban en la 4a. década de vida en su operación inicial y los comparamos con los operados por ulcus duodenal de la misma década, vemos que para los primeros el intervalo libre fue de 26.7 años y para el segundo de sólo 12 años.

A nuestro modo de ver esto significa que la topografía de la úlcera juega un importante papel en este intervalo y probablemente en la patogenia del cáncer del remanente gástrico. Pues lo que cuenta en realidad no es tanto la topografía gástrica o duodenal de una úlcera, sino las alteraciones subyacentes de la mucosa del estómago. Que son inexistentes o poco importantes en la úlcera duodenal pero que siempre están presentes en el portador de úlcera gástrica crónica (Cir., del Urug. 47:208).

Y estas alteraciones, predominantemente metaplasia intestinal, persisten en algunos sectores del remanente gástrico de quien fue operado por ulcus gástrico, como lo hemos demostrado por biopsia en estudios endoscópicos de gastrectomizados por ulcus en controles realizados a los meses de operados. También hemos podido demostrar que la metaplasia intestinal aparece en los gastrectomizados por ulcus duodenales, pero después de un período, en el que jugó su papel el reflujo yeyuno gástrico facilitado por la anastomosis gástrico yeyunal. La aparición de los síntomas fue más o menos brusca en 12 de los 15 casos en quienes los tenemos consignados. Coincide con el hecho de que las manifestaciones del cáncer de cuerpo y cúpula gástrica son más tardías que las de los tumores antropilóricos. Con el agra-

vante de que pueden, durante un tiempo, pasar disimuladas como simples sufrimientos post gastrectomía. Particularmente por su similitud con algunas de las manifestaciones de las gastritis del muñón.

La corta evolución de los síntomas a que hemos hecho mención obliga a controlar a los gastrectomizados particularmente varones, en quienes han transcurrido años de su gastrectomía y aún cuando estén asintomáticos.

En trabajos anteriores hemos señalado la lenta evolución del cáncer gástrico, particularmente en su etapa sub-clínica, que puede llegar a los 8 años. Si consideramos que en los gastrectomizados por ulcus gástrico, en quienes el intervalo entre operación inicial y diagnóstico del cáncer es promedialmente de 12 años, resulta fácil deducir que los gastrectomizados deben ser controlados a partir de su tercer o cuarto año de operados.

Es posible que la detección de sangre oculta en materias constituya el método de control más fácil y económico. Pero todavía no hay trabajos prospectivos que nos permitan asegurar la eficacia de este procedimiento. En el interín lo más indicado parece ser un control endoscópico cada 3 años, a partir del tercer o cuarto año de la gastrectomía. Intervalos que se pueden incrementar en la medida que la biopsia endoscópica, realizada sistemáticamente, lo permita.

La gravedad del pronóstico de los casos afectados por cáncer del remanente gástrico obliga a que los medios paraclínicos de diagnóstico permitan detectar este tipo de lesión en etapas poco evolucionadas. Si consideramos que la radiología Convencional, empleada en doce de los 16 casos de la casuística, fue informada como "sin lesiones" en cinco oportunidades, tratándose todos ellos de cánceres muy avanzados, podemos deducir las limitaciones de este procedimiento. Son conocidas las dificultades del estudio radiológico en los gastrectomizados y en trabajos recientes se menciona un 30 a 36% de falsos negativos en el diagnóstico del cáncer del muñón gástrico (Bernaldez), (Moreno). Es deseable que en el futuro se emplee, además de la técnica convencional, el doble contraste para disminuir el porcentaje de error diagnóstico. Máxime si se pretende emplearlo como control de los gastrectomizados asintomáticos.

Entre tanto no se emplee esta técnica, creemos que la endoscopia constituye el método de indicación formal. Deseamos destacar que hemos encontrado que la forma infiltrante del cáncer, no ulcerada, es más frecuente en los gastrectomizados que en el resto de la población (2 en 16 casos). Y ello puede inducir a error al endoscopista, como nos ocurrió, pues es fácilmente confundible con una intensa gastritis. Insistimos, por ello, en la necesidad de la biopsia sistemática, pues merced a ella se pudo llegar al

diagnóstico correcto en 14 de los 16 casos. En los casos de diagnóstico de intensa gastritis y biopsia negativa es aconsejable un nuevo control endoscópico al mes de tratamiento.

Lo avanzado y extenso de las lesiones de esta casuística no permite presumir sobre su posible origen en un determinado sector del remanente. Pero como ya señalamos anteriormente, el neoplasma infiltra la neoboca en quince casos; en tanto que en solo siete de ellos la lesión llegaba al cardias.

Este grado evolutivo de las lesiones es el que determinó que solamente 6 casos pudieron ser tratados mediante resección; o sea el 37.5% de esta casuística. Siendo este índice de reseccabilidad similar al que encontramos en los neoplasmas del cuerpo gástrico en la población general (34.5%) y menor al de los situados en antro 44.6 o/o.

Varios elementos se conjugan para determinar el mal pronóstico del cáncer del remanente gástrico. Ya mencionamos lo tardío de la sintomatología; lo cual atenta contra un diagnóstico, en etapas menos evolucionadas. Además influye la modificación de

las relaciones del estómago, que queda en contacto a nivel de la anastomosis con el colon o el páncreas, según esta anastomosis sea precólica o transmesocólica. A lo que puede sumarse adherencias post operatorias a otras vísceras, que favorecen su infiltración neoplásica. También cuenta la diseminación linfática, que se hace en forma atípica y siguiendo nuevas vías.

Esto se ve reflejado en el hecho de que 5 de los 16 casos estaban ya fuera del recurso quirúrgico y en otros 5 la laparotomía demostró su irreseccabilidad.

Una mortalidad operatoria del 16% gravó las 5 gastrectomías totales y una yuxtatotal con que fueron tratados estos casos.

#### RIESGO DE CANCER GASTRICO

EN POBLACION GENERAL. . . . . 0.024 o/o  
 EN GASTRECTOMIZADOS SINTOM. . . . . 4 o/o  
 EN GASTRECTOM  $\geq$  10 AÑOS. . . . . 15.8 o/o

## CONCLUSIONES

De lo expuesto en esta Mesa Redonda se pueden extraer numerosas conclusiones, algunas de ellas polémicas.

Existe total acuerdo en cuanto a los métodos diagnósticos, del escaso valor de la Radiología Convencional frente a las imágenes que nos brinda la Radiología con doble contraste.

Es innegable la importancia fundamental de la Endoscopia por fibro y el estudio histopatológico de la biopsia para el diagnóstico y tratamiento de estas afecciones, haciendo resaltar que para que dicho logro se realice con éxito es de necesidad contar con técnicos en dichas disciplinas con gran experiencia y dedicación.

Con respecto a la resección gástrica, cualquiera sea su real dimensión en el diagnóstico fisiopatológico de la recurrencia ulcerosa, fracaso de la cirugía primaria que no debe repetirse y para lo cual es indispensable el estudio de la secreción clorídrica por diferentes tests, adquiriendo gran jerarquía el estudio de la gastrinemia para despistar un síndrome de Zollinger-Ellison o un antro persistente.

La Esófago gastritis por reflujo entérico nos plantea un aspecto quizás polémico, ya que a la luz de lo expuesto, sería conveniente efectuar reconstrucción del tránsito gastrointestinal por técnicas que eviten en lo posible el reflujo entero gástrico y prevenir, sobre todo en pacientes jóvenes, la posibilidad remota, pero real de cáncer del remanente gástrico.

En lo que atañe al cáncer del muñón gástrico, se siguen viendo casos avanzados, casi irreseccables.

Cómo mejorar esto? Creemos que la respuesta se encuentra en el correcto control radiológico y sobre todo endoscópico-biópsico, de todos los gastrectomizados, con o sin síntomas, sobre todo luego de 5 años de operados.

Se debe hacer énfasis en el concepto de Displasia epitelial y vigilar rigurosamente al paciente que la presenta, ya que en casos seleccionados, solo una terapéutica agresiva, como puede ser una gastrectomía total puede significar la diferencia entre la curación y un cáncer irreseccable años más tarde.

Por último, agradecemos a los ponentes de esta mesa el esfuerzo desarrollado en la confección y realización de la misma.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ALEXANDER - WILLIAMS, J.: Alkaline reflux gastritis. A myth or a disease? *Am. J. Surg.* 143: 17; 1982
2. ALEXANDER - WILLIAMS, J.: Duodenogastric reflux after gastric operations. *Br. J. Surg.*, 68:685, 1981.
3. ANDROS, G.; DONALDSON, G.A.; HEDBERG, S.E. and col.: Anastomotic Ulcer. *Ann. Surg.* 165: 955, 1967. 1967.
4. BADANO REPETTO, J. L.: Ulcera de la línea de sutura por uso de material no reabsorbible en cirugía gástrica. *Cir. Urug.*, 45:337, 1975.
5. BAHR R., ROHRLE - LEHMANN S., GEISBE H.: Statistische Untersuchungen zur Aetiologie des Magenstumpfkarcinoms. *Med. Welt.* 31:123, 1980.
6. BALFOUR DC.: Factors influencing the life expectancy of patients operated on for gastric ulcer, *Ann. Surg.* 76:405, 1922.
7. BANCROFT, F. W.: Modification of devine operation of piloric exclusion for duodenal ulcer. *Am. J. Surg.*, 16:223, 1932.
8. BARRERAS, R.F.: Calcium and gastric secretion. *Gastroenterology*, 64:1168, 1973.
9. BARTRAM, CL., KUMAR, P. The post-operative stomach. En: Cap. 3 de *Clinical Radiology in Gastroenterology*, London: Blackwell, 1981.
10. BEAHR, O. M.: Tratamiento quirúrgico de la úlcera péptica postoperatoria recidivante. *Clin. Quir. Norte Am.* 51:878, 1971.
11. BEAL, J.M.: The surgical treatment of marginal ulcer. *Ann. Surg.* 25:1, 1959.
12. BECKER HD., CASPARY WF.: Gastric remnant carcinoma, En: Becker HD, Caspary WF: "Postgastroctomy and postvagotomy syndromes", New York, Springer Verlag, 1980.
13. BENFIELD, J. R.; TANAKA, Y; y MORRISEY, J.: The role of gastrocámara in the diagnosis of marginal ulcer. *Arch. Surg.* 95: 609, 1967.
14. BERKOWITZ D., COONEY B., BRALOW SP.: Cancer of the stomach appearing after previous gastric surgery for benign ulcer disease, *Gastroenterology* 36:691, 1959.
15. BLACK, B.M.: Hiperparatiroidismo primario y úlcera péptica. *Clin. Quir. Norte. Am.* 51:955, 1971.
16. BLEGVAD. B.: "A.B.O. Blood groups and stomal ulcer". *Dinimed. Bull.* 7:72, 1960.
17. BOHMAN, T.; MYREN, J. and CARSEN, S.: Inhibition of the histamine-stimuled gastric secretion in healthy subjects by the H2 - receptor antagonist ranitidine. *Scand. J. Gastroenterol* 15:183, 1980.
18. BOLES, R.S. (Jr); MARSHALL, S.F.; and BERSEUX R.V.: Followup Study of 127 patients with Stomal Ulcer. *Gastroenterology*, 38:763, 1960.
19. BRAASCH, J.W.; BROOKE-COWDEN, G.L.: Incapacidad después de cirugía gástrica. *Clin. Quir. Norte. Am.* 56:607, 1976.
20. BRUCK, B.E.; BLOCK, M.A.; GEOGHAGAN, T., et al. Steroid induced peptic ulcer. *Arch. Surg* 74:675, 1957.
21. BUQUET JAG., PESSAGNO JH., POLZINETTI JF., MONDZAK E., YOIRIS E. - Ineficacia de la técnica de Warren para obtener la desfuncionalización de un asa intestinal - observaciones clínicas y experimentales. *Bol. Trab. Soc. Argent. Cir.* 32:447, 1971.
22. BURNS et al. (citado por Menguy, R.)
23. BUSHKIN, F.L.: Gastric recurrent carcinoma. *Postgastroctomy Syndromes. Maj. Probl. Clin. Surg.* 20:106, 1976.
24. BUSHKIN FL.: Gastric remnant carcinoma. En: Bushkin FL., Woodward E.: "Postgastroctomy syndromes" Philadelphia, WB Saunders, 1976.
25. BUSHKIN, F.L. and WOODWARD, E.R.: En: "Postgastroctomy syndromes". Philadelphia. W.B. Saunders, 1976.
26. BUSHKIN, F.L., WOODWARD, E.R.: Postgastroctomy Syndromes. *Mayor Prom. Clin. Surg.* 20:83, 1976.
27. CARDOZO de OLIVEIRA, M.; AZEVEDO, I.: Long-term effects of bil on the gastric mucosa of the dogs. *World J. Surg.* 4:471, 1980.
28. CARRIQUIRY, L.: Gastritis por reflujo alcalino. *Monografía. Fac. Med. Montevideo.* 1980. Inédito.
29. CARRIQUIRY, L.; BERGALLI, L.: Gastritis alcalina por reflujo. *Cir. Urug.* 52:472, 1982.
30. CARRIQUIRY, L.; BERGALLI, L.: Gastritis alcalina por reflujo. 10 observaciones. *Congreso Argentino de Cirugía*, 53o., 1982 (inédito).
31. CLEATOR, I.G.; HOLUBITSKY, I.B., and HARRISON, R.C.: Anastomotic Ulceration. *Ann. Surg.* 179:339, 1974.
32. CLEMENÇON G., BAUMGARTNER A., LEUTHOLD F., MILLER G., NEIGER A.: Das Karzinoms des operierten Magens, *Dtsch. Med. Wochenschr.* 101: 1015, 1976.
33. CONDON, J.R. y TANNER, I.C.: Retrospective view of 208 proved cases of anastomotic ulcer. *Gut.* 9: 438 1968.
34. COOPERMAN, A.M.: Gastritis post operatoria por reflujo alcalino. *Clin. Quir. Norte. Am.* 56:1457, 1976.
35. COOPERMAN, A.M.: PostGastroctomy Syndromes. En: Nyhus, LM, *Surgery Annual.* New York - Appleton Cent., 1981, V. 13 p. 139.
36. COPPINGER, W.R.; JOB,H.; DELAURO, J.; WESTERBUHR, L.; McGLONE, F.; PHILLIPS, R.G.: Surgical treatment of reflux gastritis and esophagitis. *Arch. Surg.* 106:463, 1973.
37. CORVINI, O.; DURAN, M.O.; TAULLARD, J.: Úlcera gástrica y duodenal. Buenos Aires, EUDEBA 1981.
38. COTE R., DOCKERTY M., CAIN J.: Cáncer of the stomach after gastric resection for peptic ulcer, *Surg. Gynecol. Obstet.* 107:200, 1958.
39. CHELI R., SANTI L., GIANCAMERLA G., CANCIANI G.: A clinical and statistical follow-up study of atrophic gastritis, *Dig. Dis.* 18:1061, 1973.
40. CHEVILLOTTE P., CAYOR M., FAVRE JP., TRIGALOU D., VIARD H.: Le cancer du moignon gastrique — a propos de 10 observations— (sur une série de 235 cas de cáncer gastrique), *Ann. Chir.* 35:409, 1981
41. CHIFFLET, A.: Gastrectomía-obstrucción del sistema diverticular. Fístula duodenal - ulcus yeyunal. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 25:289, 1954.
42. CHIFFLET, A.; Gastrectomía Suprapilórica y ulcus yeyunal. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 24:615, 1953.
43. CHIFFLET, A.: Reintervenciones alejadas sobre el estómago (p. 123). En: *Cirugía del estómago* (Publicaciones de la clínica) Montevideo Uruguay 1956.
44. CHIFFLET, A. y AGUIAR, A.A.: La región de la Neoboca en una gastropilorectomía parcial antigua. Estudio macroscópico e Histológico. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 27:644, 1956.
45. DAHM K., WERNER B.: Das Karzinom in operierten Magen, *Dtsch. Med. Wochenschr.* 100:1073, 1975.
46. DAHM K., WERNER B.: Experimentelles Anastomosenkarzinom. Ein Beitrag zur Pathogenese des Magens-tumpcarcinom. *Langenbecks Arch. Chir.* 333:211, 1973.
47. DAMMAND, H.G.; KATHER, H.; AUGUSTIN, M.J. Und SIMON B.: Untersuchung über Die Wirkungsdauer Von Ramitidin. *Deusch. Med. Wschr.* 105:603, 1980.
48. D'ARMENTO MD., LOBELLO R.: Cancer of the gastric stump after Billroth II gastrectomy, *Digestion* 16:236, 1977.
49. DAVENPORT, H. W.: Destruction of the gastric mucosal barrier by detergents and urea. *Gastroenterology*, 54:175, 1968.
50. DEANSE S.A., GATEHOUSE D. YOUNGS DJ et al.: Bacterial flora of the postoperative stomach, *Gut* 20: 931, 1979.
51. DEBRAY CH., ROUX M. CHEVILLOTTE R., SEGAL S.: Les cancers du moignon gastrique après gastrectomie pour ulcus, *Arch. Mal. App. Dig.* 39:702, 1950.
52. DEMLING, L.; OTTENRANN, R.; and ELSTER, K. Endoscopy and Biopsy of the esophagus and stomach. Philadelphia. W.B. Saunders, 1972., p 117
53. DE ORIO, A.J.; GREENLEE, H.B.: Cirugía de la úlcera péptica. *Clin. Quir. Norte. Am.* 57: 1161, 15 7
54. DESCHAMPS, J.H.: Secuelas de la cirugía gastroduodenal. *Rev. Argentina Cir.* (p. 95), (vol. extraord.) Relato al 53 Cong. Arg. de Cirug. 1982.
55. DESCHNER EE., WINAWER SJ., LIPKIN M.- Patterns of nucleic acid and protein synthesis in normal human gastric mucosa and atrophic gastritis, *J. Nat. Cancer Inst.* 48:1567, 1972.
56. DEVENEY C., FREEMAN H., WAY L.- Experimental gastric carcinogenesis in the rat: effects of hypergastrinemia and acid secretion, *Am J. Surg.* 139: 49, 1980.
57. DOMELLOF L., ERIKSSON S., JANUNGER KG.- Carcinoma and possible precancerous changes of the gastric stump after Billroth II, resection, *Gastroenterology* 73:462, 1977.

58. DOMELLOF L., ERIKSON S., JANUNGER KG.- Late precancerous changes and carcinoma of the gastric stump after Billroth I resection, *Am. J. Surg.* 132:26, 1976.
59. DOMELLOF L., ERIKSSON S., MORI H., WEISBURGER JH., WILLIAMS GM.- Effect of bile acid gavage and vagotomy and pyloroplasty on gastrointestinal carcinogenesis, *Am. J. Surg.* 142:551, 1981.
60. DOMELLOF L., JANUNGER KG.- The risk of gastric carcinoma after partial gastrectomy, *Am. J. Surg.* 134: 581, 1977.
61. DOMELLOF L., REDDY BS., WEISBURGER JH.- Microflora and deconjugation of bile acids in alkaline reflux after partial gastrectomy, *Am. J. Surg.* 140:291, 1980.
62. DOMSCHER, W.; LUX, G.; DOMSCHER, S.; Gastric inhibitory action of H2 antagonists Ranitidine and Cimetidine. *Lancet*, 1979.
63. DOSWERT, J.M.; FISHER, J.E.: Tratamiento quirúrgico de la úlcera péptica crónica. Valoración preoperatoria. elección de operaciones y consecuencias. *Clin. Quir. Norte Am.* 54:529, 1974.
64. DOUGHERTY SH., FOSTER C.A., EISENBERG MM.- Stomach cancer following gastric surgery for benign lesions, *Arch. Surg.* 117: 294, 1982.
65. DRAPANAS, T.; BETHEA, M.: Reflux gastritis following gastric Surgery. *Ann. Surg.* 179:618; 1974
66. DU PLESSIS DJ.- The distribution of gastritis in carcinoma of the stomach, *Br. J. Surg.* 61:522, 1974.
67. DU PLESSIS, D.J.; Gastric mucosal changes after operations on the stomach, *South Af. Med. J.*, 36: 471 1962.
68. DU PLESSIS, D.J.: The pathogenesis of gastric ulceration. *Lancet*, 974, 1965.
69. EBERLEIN TJ., LORENZO FJ., WEBSTER MW. Gastric carcinoma following operation for peptic ulcer, *Ann. Surg.* 187:251, 1978.
70. ELLIS, K.: Gastroyeunal ulcer *Radiology.* 71:187-196, 1958.
71. ELLIS, D.J., KINGSTON R.D., BROOKES V.S., WATERHOUSE JAH. Gastric carcinoma and previous peptic ulceration, *Br. J. Surg.* 66:117, 1979.
72. ELLSION, E.H.; and WILSON, S.D.; Ulcerogenic tumor of the pancreas. *Prog. Clin. Cáncer*, 3:225, 1967.
73. ESTEFAN A., PRADERI RC., GOMEZ FOSSATI C., MAZZA M., PATINO V. Evolución alejada del montaje yeyunal en el procedimiento de Hivat-Warren, *Cir. Urug.* 43:126, 1973.
74. EWERTH S., BERGSTRAND O., HELLERS G., OST A. The incidence of cancer in the gastric remnant after resection for benign ulcer disease, *Acta Chir. Scand.* 482 (Suppl): 2, 1978.
75. FAGNIEZ, P.L.; HIVET, M.; y LAGADEC, B.: Les ulcères anastomotiques propositions thérapeutiques a propos de 50 observations. *Med. Chir. Dig.*, 3:203, 1974.
76. FINEBERG, C.; TEMPLETON, J.; WIRTS, C.; GOLDSTEIN, F.: Corrección por interposición yeyunal de la mala absorción después de la gastrectomía. *Clin. Quir. Norte. Am.* 53:582, 1973.
77. FRANCILLON J., FOREST G., TISSOT E., BAUDET R., VIGNAL H.— Le cancer de l'estomac après chirurgie de l'ulcère gastroduodenale - à propos de 8 cas, *Chirurgie* 103:157, 1977.
78. FREDERICK, P.L.: A Physiologic approach to recurrent peptic ulcer *Surg. Gynecol Obstet* - 118:1093, 1964.
79. FREEDMAN MA., BERNE C.- Gastric carcinoma of gastrojejunal stoma, *Gastroenterology* 27:210, 1954.
80. GADAEZ TR., ZUIDEMA GR.— Bile acid composition in patients with and without symptoms of postoperative reflux gastritis, *Am. J. Surg.* 192:179, 1980.
81. GEBOES K., RUTGEERTS P., BROCKAERT L., VANTRAPPEN G., DESMET V.— Histologic appearances of endoscopic gastric mucosal biopsies 10-20 years after partial gastrectomy, *Ann. Surg.* 192:179, 1980.
82. GLASS, GEORGE B.; PITCHUMONI, C.S.— Atrophic Gastritis. Symposium on Pathology of the gastrointestinal tract. Part II. *Human Pathology*, 6:219, 1975.
83. GOBBEL, W.G., and SHOULDERS, H. H. Jr. Gastric resection, in postleth wait, R.W. (ED): Results of surgery for peptic ulcer. Philadelphia, W.B. Saunders, 1963, p. 142.
84. GOHEL, V.K.; LAUFER, I. Double contrast examination of the postoperative stomach. *Radiology* 129:601 1978.
85. GOLDMAN, HARVEY and ANTONIOLI, Donald A.: Mucosal biopsy of the esophagus, stomach, and proximal duodenum. *Human Pathology*. 13:423, 1984
86. GOUCH DC., CRAVEN JL.— Is a gastroenterostomy a premalignant condition?, *Gut* 16:843, 1975.
87. GREGG, J.A. y GARABEDIAN, M.: Gastroscopia. *Clin. Quir. Norte. Am.* 653, 51:653, 1971.
88. GRIESSER G., SCHMIDT H.— Statistische Erhebungen über die Häufigkeit des Karzinoms nach Magenoperation wegen eines Geschwursleidens, *Med. Welt.* 35:1836, 1964.
89. HAMMAR E.— The localization of precancerous changes and carcinoma after previous gastric operation for benign conditions, *Acta Path. Microbiol. Scand. Sect. A*, 84:495, 1976.
90. HARKINS, M.N.; y NYHUS, LL. N.: Cirugía del estómago y duodeno, Buenos Aires, Intermédica, 1974.
91. HARMON, J.W., DOONG, T., GADACZ, T.R.: Bile acids are not equally damaging to the gastric mucosa, *Surgery* 84:79, 1978.
92. HAWKWORTH GM., HILL MJ.— Bacteria and N-nitrosation of secondary amines, *Br. J. Cancer* 25:520, 1971.
93. HELSINGEN N., HILLESTAD L.— Cancer development in the gastric stump after partial gastrectomy for ulcer, *Ann. Surg.* 143:173, 1956.
94. HERRINGTON JL.— Roux-en-Y diversion as an alternative method of reconstruction of the alimentary tract after primary resection of the stomach, *Surg. Gynecol. Obstet.* 143:92, 1976.
95. HERRINGTON, J.; SAWYORS, J.: Surgical management of alkaline reflux gastritis and esophagitis. En: NYHUS, L.M.: Surgery annual. New York. Appleton-Century-Crofts. 1981, p. 341.
96. HILBE G., SALZER GM., HUSSL H., KUTSCHERA H.— Die Carcinomgefahrdung des Restmagens, *Langenbecks Arch. Chir.* 143:142, 1968.
97. HILL MJ.— The role of colonic anaerobes in the metabolism of bile acids and steroids, and its relationship with colon cancer, *Cancer* 36:2387, 1975.
98. HILL MJ., ARIES VC.— Faecal steroid composition and its relationship to cancer of the large bowel. *J. Pathol.* 104:129, 1971.
99. HILL MJ., DRASAR BS., WILLIAMS REO et al.— Faecal bile acids and Clostridia in patients with cancer of the large bowel, *Lancet* 535, 1975.
100. HORTE P., ELEVANT A., MORTIER G., BARBIER F.— The role of endoscopy in the diagnosis of esophageal and gastric disease in patients following gastric surgery, *Acta Gastroenteral. Belg.* 41:18, 1978.
101. INGRAM, G.; HERRING, A.W.; VENABLES, C.W., et al: Plasma gastrin activity in patients with recurrent peptic ulceration. *Br. J. Surg.* 58:298, 1971.
102. JANUNGER KG., DOMELLOF L.— Gastric polyps and precancerous mucosal changes after partial gastrectomy, *Acta Chir. Scand.* 144:293, 1978.
103. JANUNGER KG., DOMELLOF L., ERIKSSON S.— The development of mucosal changes after gastric surgery for ulcer disease, *Scand. J. Gastroenterol* 13:217, 1978.
104. JASS JR.— Role of intestinal metaplasia in the histogenesis of gastric carcinoma, *J. Clin. Pathol.* 133:801, 1980.
105. JEW W, P.W. (H); LAYOWITZ, B.S.; y FISHER, B.: Alteration of the effects of yeyunocolic fistula: "An experimental study". *Ann Surg.* 155:175, 1962.
106. JOHNSTON, D.P. (Jr); y FERRIS, D.O.: Diagnóstico de la úlcera en boca. *Clin. Quir. Norte. Am.* 871, 51: 871, 1971.
107. JONES, T.W.; DE VITO, T.V.; NYHUS, L.M.; y HARKINS, H.N.: A prime physiologic mechanism for the failure of gastroyeyunostomy in the treatment of peptic ulcer disease. *Surgery* 43:781, 1958.
108. JORDON, P.M. (Jr) and Condon, R.E.: A prospective evaluation of vagotomy pyloroplasty an vagotomy-antrectomy for treatment of duodenal ulcer. *Ann. Surg.* 172:547, 1970.
109. JUNGHANNS K.— Incidence of gastric cancer after vagotomy and pyloroplasty in the rat, *Chir. Gastroenteral.* 12:27, 1978.
110. KELLY, K.A.: Gastric motility, applied physiology. En: Najarian, J.S. and Delaney, J.P.: *Gastrointestinal Surgery*, Chicago, Year Book Medical Publishers. 1979 p. 143.
111. KESTENBAUM, D.; BEHAR, J.: Pathogenesis, diagnosis and management of reflux esophagitis. *Ann. Rev. Med.* 32:443, 1981.

112. KETT, K., AADLAND, E.; BERSTAD, A.: Inhibition of gastric secretion in man with a new H2 receptor Antagonist, Ranitidine. *Scand. J. Gastroenterol.*, 15:245-9 1980.
113. KIRSNER, J.B.; and FORD, H. Phenylbutazone (Butazolidin) Studies on the stimulation of gastril secretion and the formation of peptic ulcer in man-gastroenterology 29: 1, 1955.
114. KIVILAAKSO E., HAKKILUOTO A., KALIMA TV.— Relative risk of stump cancer following partial gastrectomy. *Br. J. Surg.* 64: 336, 1977.
115. KLARFELD J., RESNICK G.— Gastric remnant carcinoma. *Cancer* 44:1129, 1979.
116. KOO, J.; LAM, S.K.; Ong, G.B.; Cimetidine versus Surgery for recurrent ulcer after gastric surgery. *Ann. Surg.* 195:406, 1982.
117. KRAUSE U.— Late prognosis after partial gastrectomy for ulcer. *Acta Chir. Scand.* 114:1836, 1958.
118. KRAUSE U.— Long term results of medical and surgical treatment for peptic ulcer a follow-up investigation in patients initially treated conservatively between 1925-1934. *Acta Chir. Scand.* (Supp. 310): 1, 1963.
119. KRONBERG, O.: "Valoración de la integridad de la vagotomía" *Clin. Quir. Norte Am.* 56:1431, 1976.
120. KÜHLMAYER R., ROKITANSKY O. Das Magenschnupfkarcinom als Spätproblem der Ulcuschirurgie. *Langenbecks Arch. Chir.* 278:477, 1954.
121. LAMEY, F.M.: "Experiences with postoperative jejunal ulcer and gastrojejunocolic fistula". *Am. J. Dig. Dis.* 2:673, 1936.
122. LARGHERO, P.; CARRERA, I.: Ulcera péptica gastroyeyunal y fistula gastroyeyunocólica. 26 observaciones. *Bol. Soc. Cir. Urug.* 19: 569, 1948.
123. LAWSON H.H. Effect of duodenal contents on the gastric mucosa under experimental conditions, *Lancet* 1: 469, 1964.
124. LAWSON, H.H.: The reversibility of post-gastrectomy alkaline reflux gastritis by Roux en Y loop. *Br. J. Surg.*, 59:13, 1972.
125. LEVRAT, M.; and LAMBERT, R.: Aspirin, gastrointestinal bleeding and peptic ulcer. *J. Dig. Dis.* 5:623-631, 1960.
126. LEWIS R., GORBACH S. Modification of bile acids by intestinal bacteria, *Arch Int. Med.* 130:545, 1972.
127. Lewisohn, R.: Frequency of gastrojejunol ulcer. *Surg. Gynecol. Obstet.* 40:70, 1925.
128. LESISOHN, R.: "Frequency of gastrojejunol ulcer following simple gastroenterostomy for duodenal ulcers" *J.A.M.A.*, 154:1301, 1954.
129. LIAVAAG K. Cancer development in gastric stump after partial gastrectomy for ulcer, *Ann. Surg.* 143:173, 1956.
130. LOCALIO, S.A.; STONE, F.; y HINTON, J. W.: "Gastrojejunocolic fistula". *Surg. Gynecol. Obstet.* 96:455, 1953.
131. LONDONG W. STAL: H2 Receptor blockers and agonists Ranitidine + Pirenzepine inhibit gastric acid secretion. *Gut.* 22:542, 1981.
132. LOWDON, A.G.R.: Gastrojejunocolic Fistula. *Br. J. Surg.* 4:113, 1953.
133. LYGIDAKIS NJ. Gastric stump carcinoma after surgery for gastroduodenal ulcer, *Ann. R. Coll. Surg. Eng.* 63:203, 1981.
134. MC. DURNAY, R.P.; FARRAR, T.; and SANDERS, R.L.: Gastrojejunol ulcer and gastrojejunocolic fistula. *Ann. Surg.*: 24:709, 1958.
135. MACKIE, C.R.; WISBEY, M.L.; CUSCHIERI, A.: Milk<sup>99</sup> Tc<sup>m</sup> Ehlida test for enterogastric bile reflux. *Br. J. Surg.* 69:101, 1982.
136. MADDOCK, W.G.: Current concepts of the treatment of gastrojejunol ulcer. *Proc. Inst. Méd. Chicago.* 21:11, 1956.
137. MC. GUIGAN, J.E.: Gastric mucosal intracellular localization of gastrin by immunofluorescence. *Gastroenterology*, 55:315, 1968.
138. MARSHALL, S.F.; y KNUD-HANSEN, J.: Gastrojejunocolic and gastrocolic fistulas. *Ann. Surg.* 145:770, 1957.
139. MATTEUCCI, P., LATOURRETTE F.— Cancerización de la neoboca en las gastroenterostomías de antiguos operados por ulcus. *Rev. Cir. Urug.* 36:172, 1966.
140. MENGUY, R. Surgery of peptic ulcer: Management of postsurgical recurrent ulceration. Major problems in Clinical Surgery. Philadelphia W. B. Sanders 1976 cap.8
141. MEYER, K.A.; STEIN, I.F. (h): Management of recurrent peptic ulcer. *Clin. Amer.* 32:1, 1952.
142. MIGNON, M.; VALLOT, T.H.; MAYEUR, S. and BONFILS, S. Ranitidine and Cimetidine in Zollinger - Ellison syndrome. *Br. J. Clin. Pharmacol.* 10:173, 1980.
143. MILLER, L.; MALAGELADA, J.; LENGSTRET, H.; Go. V.L.: Dysfunctions of the stomach with gastric ulceration. *Dig. Dis. Sci.* 25:857, 1980.
144. MOOD, J.M.; SPENCER, E.F.A.; MACRAE, K.D. and KENNEDY, T. Value of Perioperative acid test in predicting recurrent ulceration after vagotomy. *Br. J. Surg.* 62:665, 1975.
145. MORGENSTERN L. Vagotomy, gastroenterostomy and experimental gastric cancer. *Arch. Surg.* 96:920, 1968.
146. MORGENSTERN L., YAMAKAWA T., SELTZER D.— Carcinoma of the gastric stump, *Am. J. Surg.* 125:29, 1973.
147. MORSON BC. Carcinoma arising from areas of intestinal metaplasia in the gastric mucosa, *Br. J. Cancer* 9: 377, 1955.
148. MORSON BC. Intestinal metaplasia of the gastric mucosa, *Br. J. Cancer* 9:365, 1955.
149. MORSON BC., SOBIN LH., GRUNDMANN E., JOHANSEN A., NAGAYO, T., SERCK-HANSEN A. Precancerous conditions and epithelial dysplasia of the stomach, *J. Clin. Pathol.* 33:711, 1980.
150. MUIR, A. and COSSAR, I.A.: Aspirin and ulcer. *Br. Méd. J.* 2: 7, 1955.
151. MUSCROFT, T.J., DEANE, S.A., YOUNGS, D.J., BURDON, D.W. and KEIGHLEY, M.R.B.: The microflora of the postoperative stomach. *Br. J. Surg.* 68:560, 1981.
152. NICOLOFF, D.M.; SOSIN, H.; PETER, E.T.: The effect of cortisone on peptic ulcer formation. *J.A.M.A.*, 183:1019, 1963.
153. NICHOLLS JC.— Stump cancer following gastric surgery, *World J. Surg.* 3:731, 1979.
154. NITTNER H., ENGELHART G., HARDMEIER T., AMMANN J. Spätuntersuchungen des Billroth II Magens: klinische, endoskopische und histologische Resultaten, *Helv. Chir. Acta* 47:561, 1980.
155. NUBOER, J.E. (citado por Rignault, D.
156. O'ERALY, J.P.; WOODWARD, ER.; HOLLENBECK, J.I., and DRAGSTEDT, L.A.: Vagotomy and drainage procedure for duodenal ulcer: The results of seventeen years' experience. *Ann. Surg.* 183:613, 1976.
157. OMINSKY, S.H.; MOSS, A.A. The postoperative stomach: a comparative study of double contrast barium examinations and endoscopy. *Gastrointest. Radiol.* 4: 17, 1979.
158. OP DEN ORTH, J.O. Double contrast gastrointestinal radiology. Philadelphia. J.B. Saunders, 1979. cap. 8.
159. ORIO, A.J. de; y GREENLEE, M.B., Cirugía de la úlcera péptica: complicaciones tardías. *Clin. Quir. Norte Am.* 57:1161, 1977.
160. ORLANDO R., WELCH JP. Carcinoma of the stomach after gastric operations, *Am. J. Surg.* 141:487, 1981.
161. OST A., EWERTH S., HELLERS G. - Intestinal metaplasia of the gastric remnant following resection for benign ulcer disease: a comparison between morphology and histochemistry, *Acta Chir. Scand. Supp.* 500: 23, 1980.
162. OTT, D.; MUNITZ, H.; GELFAND, D., LANE, T.; WU, W. The sensitivity of radiography of the postoperative stomach. *Radiology* 144:741, 1982.
163. PACK GT., BANNER RL. The late development of gastric cancer after gastroenterostomy and gastrostomy for peptic ulcer and benign pyloric stenosis, *Surgery* 44:1024, 1958.
164. PALMER, R.; SEAMAN, W.B. The primary double contrast examination of the postoperative stomach. *Radiology* 124:297, 1977.
165. PAPACHRISTOU DN., AGNANTI N., FORTNER JG. Gastric carcinoma after treatment of ulcer. *Am. J. Surg.* 139:193, 1980.
166. PASARO, E. (Jr); GORDON, H.E.; y STABILE, B.E.: Ulcera marginal; gufa para tratamiento. *Clin. Quir. Norte Amer.* 36:1447, 1976.
167. PATEL, J. et LUCIEN, L.: Tratado de técnica quirúrgica. Paris Masson, 1972.
168. PEDEN, N.R., et al: *Scand. Gastroenterol.* - 16:325, 1981.
169. PEDEN, N.R.; SAUNDERS, J.H.B.; WORMSLEY, K. G. Inhibition of pentagastrin, stimulated and nocturnal gastric secretion by ranitidine. *Lancet*; 690-691, 1979.
170. PEITSCH W., BECKER HD. Was ist gesichert in der Pathogenese und Häufigkeit des primären Carcinoms im operierten Magen, *Chirurg.* 50:33, 1979.



171. PERROTIN et HILLANDER. Ulceres recidivants postgastrectomie. Rapport. Congres Français de Chirurgie, 60o. Paris 6-11 oct. 1958. p. 226 y 362.
172. PFEIFFER, D.B.: The surgical treatment of gastrojejuno-colic fistula Surg. Gynecol. Obstet. 72:282, 1941.
173. POETET, F. et CAMILLERI, J.P.: Population a haut risque et dysplasies précancéreuses de l'estomac. Definition et attitude pratique. Gastroenterol. Clin. Biol., 6:454-461, 1982.
174. POTH, E.N.: The dumping syndrome and its surgical management. Am. Surg. 23:1097, 1957.
175. PRIESTLEY, J.T. y GIBSON, R.M.: "Gastrojejunal ulcer: Clinical features and late results". Arch. Surg. 56: 625, 1948.
176. RALOVEC S., KOVIC M. Predisposition of the resected stomach for malignancy, World J. Surg. 5:725, 1981.
177. RANSOM, H.K. Suntotal Gastrectomy for gastric ulcer study of end results. Ann. Surg. 126:633, 1947.
178. RAUWERDA J.A., DEN OTTER G. Surgical treatment of gastric stump carcinoma, Neth. J. Surg. 32: 97, 1980.
179. REDDY BS., WATANABE K., WEISBURGER JH, WYNDER FL. Promoting effects of bile acids in colon carcinogenesis in germfree and conventional F 344 rats Cancer Res. 37:3238, 1977.
180. REED PL, SMITH PLR., HAINES K., HOUSE FR., WALTERS CL. Gastric juice N-nitrosamines in health and gastroduodenal disease, Lancet 1:550, 1981.
181. REES, W.; RHODES, J.: Reflujo de bilis en la enfermedad gástrica. Clin. Gastroenterol. 188.
182. REGENT, D.; BIGARD, M. A.; HODEZ, Cl.; WATRIN B.; AVRIL, M.; ROUSSEL, J. Exploración radiológica en doble contraste de l'estomac operé. J. Radiol. Electrol. 57:683, 1976.
183. REHNER M., SOEHENDRA N., EICHFUSS HP., DAHM K., ECKERT P., MITSCHKE H. Frühkarzinom in Billroth II Resektionsmagen, Dtsch. Med. Wochensh. 99:533, 1974.
184. RHODES, J.: The clinical significance of bile reflux. Scand. J. Gastroenterol. 16(Suppl. 67) 173-175; 1981.
85. RIGNAULT, D.: En: Encyclopedie Medico Chirurgical (Paris) 9029 C10.7, 1971.
186. RITCHIE WP. Bile acids, the "barrier" and reflux related clinical disorders of the gastric mucosa, Surgery 82:192, 1977.
187. RITELIE, W.P.: Alkaline reflux gastritis: An objection assesment of its diagnosis and treatment. Ann. Surg. 192:288; 1980.
188. RITELIE, W.P.: Bile acids, the "barrier", and reflux related clinical disorders of the gastric mucosa. Surgery, 82:192, 1977.
189. ROBERTS, J.W.; HARDIN, W.J.: Gastritis biliar postoperatoria. Clin. Quir. Norte Am. 5:771, 1979.
190. ROBBINS, P.; BREADIE, T.; SESIN, H.; DELANEY, J.: Reflux gastritis. The consequences of intestinal juice in the stomach. Am. J. Surg. 131:23, 1976.
191. ROKKJAE, M.: Some aspects of intestin-gastric reflux. Dan. Med. Bull. 27:185, 1980.
192. ROSS, J.R.: Síndromes postgastrectomía y su tratamiento. Clin. Quir. Norte Am. 6:15, junio, 1971.
193. ROSS, B. and KAY, A.W.: The insulin test after vagotomy. Gastroenterology 46:379-386, 1964.
194. ROVELSTAD, R.A., MAHER, F.T. and ADSON, M. A.: Gastric analysis. Surg. Clin. North Am., 51:969, 1971.
195. RUDELL WSJ., BONE ES., HILL MJ., BLENDIS LM., WALTERS CL. Gastric juice nitrite, a risk factor in the hypochlorhidric stomach?, Lancet 1:1038, 1976
196. SAEGESSER F., JAMES D. Cancer of the gastric stump after partial gastrectomy for ulcer (Billroth II principle), Cancer 29:1150, 1972.
197. SAEGESSER F., TABRIZIAN M. Tumeurs malignes de l'estomac prealablement operé pour une maladie ulcerreuse gastroduodenale benigne ou pretendue telle, Chirurgie 103:730, 1977.
198. SAEGESSER, M. La úlcera péptica, problemas fisiopatológicos y quirúrgicos. Problemas actuales en cirugía, Barcelona, Científico Médica, 1969. V. 6.
199. SAITO S., SASAKI O., TAMADA R., IWAMATSU M. INOKUCHI K. Sequential studies of development of gastric carcinoma in dogs induced by n-methyl-n-nitro-N-nitrosoguanidine, Cancer 42:1246, 1978.
200. SAUKKONEN M., SIPPONEN P., VARIS K., SIURALA M.- Morphological and dynamic behaviour of the gastric mucosa after partial gastrectomy with special reference to the gastroenterostomy area, Hepatogastroenterology 27:48, 1980.
201. SAVAGE A., JONES S. Histological appearances of the gastric musoca 15-27 years after partial gastrectomy. J. Clin. Path. 32:179, 1979.
202. SCHLAG P., BOCKLER R., ULRICH H., PETER M., MERKLE P., HERFARTH C.- Are nitrite and N-nitroso compounds in gastric juice ris factors for carcinoma in the operated stomach?, Lancet 8171:727, 1980.
203. SCHLAG P., MEISTER H., FEYERABEND G., MERKLE P. Der Einfluss des duogenogastrischen Reflux auf des Epithel an der gastroenterale Anastomose, Langenbecks Arch. Chir. 344:207, 1977.
204. SCHRUMPF E., STADAAS J., MYREN J., SERCK-HANSEN A., AUNE S., OSNES M.- Mucosal changes in the gastric stump 20-25 years after partial gastrectomy, Lancet 2:467, 1977.
205. SCHUMPELICK, V.; BEGEMANN, F.: Grado de reflujo del estómago operado. Medoc. Alemana 2145. 1981
206. SCHUMPELICK V.; BEGEMANN F.- Refluxgrößen des operierten Magens, Dtsch. Med. Wochensh. 106: 497, 1981.
207. SCHUMPELICK, V.; WERNER, B.: Gastritis alvalina post-operatoria por reflujo. Med. Alemana, 19:1544, 1978.
208. SCHUMPELICK V., WERNER B. Postoperative alkalische Reflux-gastritis, Dtsch. Med. Wochensh. 103: 200, 1977.
209. SCOBIE, B.A. and Mc. GILL, D.B.: Priestley J.T. et a: Excludedi antrum simulating the Zollinger-Ellison Syndrome. Gastroenterology, 47:184, 1964.
210. SCOBIE, B.A., and Rovelsrad, R.A.: Anastomotic ulcer: Significance of the augmented histamine test. Gastroenterology, 48:318, 1965
211. SCOTT, H.W. (h); HERRINGTON, J.L. (H); EDWARDS, W.H.; y SHULL, H.J. The hazards of antral exclusion with vagotomy in the surgical treatment of duodenal ulcer. Ann. Surg. 151:181, 1960.
212. SCRATCHERD, T.: Gastric secretory mechanisms and peptic ulcer. Clin. Gastroenterol., 2:259, 1973.
213. SERCK HANSEN A., SCHRUMPF E., STADAAS J., AUNE S., MYREN J., OSNES M.- Mucosal changes in the gastric stump 20-25 years after Billroth II resection for peptic ulcer, Scand. J. Gastroenterol (Supp. 45): 95, 1977.
214. SILBER W. Gastric cancer developping after surgery for peptic ulcer lesions, Digestion 16:276, 1977.
215. SILVA, J.M.: Accidents de la gastroenterostomía. Bol. Soc. Cir. Urug. 3:5, 1932.
216. SIMON, B. UND KATHER, H.: Hemmung der Pentastrin-Stimulierten magensekretion durch ranitidin. Deuts. Med. Wschr: 104 (1979), 1976-1978.
217. SIURALA M., SIPPONEN P., VARIS K. Carcinogenesis in the foregut, En: Baron J.H., Moody F.G.; Butterworths International Medical Reviews. Gastroenterology. L. Foregut", Londres, Butterworths, 1981.
218. SIURALA M., VARIS K., WILJASALO M. Studies of patients with atrophic gastritis: a 10 - 15 years follow-up, Scand. J. Gastroenterol. 1:140, 1966.
219. SKINNER JM., HEENAN PJ., WHITEHEAD R. Atrophic gastritis in gastrectomy specimens, Br. J. Surg. 62:23, 1975.
220. SPERANZA, V., BASSO, N.; LEZOCHÉ, E; MATERIA, A.; BAGARAN, M. y PADUOS; A. Management an longterm results in patients with two thirds gastrectomy and stomal ulcer. Am J. Surg. 141:105, 1981.
221. STALSBERG H., TAKSDAL S.- Stomach cancer following gastric surgery for benign conditions, Lancet 2: 1175, 1971.
222. STEMPIEN SJ., DAGRADI AE., TAN, DTD. Endoscopic aspects of the gastric mucosa ten years or more after vagotomy-pyloroplasty, Gastrointest. Endoscopy, 18:21, 1971.
223. SWYNNERTON BFA., 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.
224. TANNER, N.C.: Comunicación Personal.
225. TANNER, N.C.: Observaciones y experiencias personales en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad ulcerosa e incapacidades consecutivas a las operaciones de úlcera péptica. Clin. Quir. Norte Am. 1361-1374, Dic. 1976.
226. TEPLIK, G.; HASKIN, M.E.- Diagnóstico Radiológico. 2a. ed., Bs. As., Interamericana, 1972 V. 2 p. 778.
227. TERJESEN T., ERICHSEN HG. Carcinoma of the gastric stump after operation for benign gastroduodenal ulcer, Acta Chir. Scand. 142:256, 1976.



228. THOMPSON, J.C.: Role of gastrointestinal hormones in gastric secretion. En: Nafarian, J.S. and Delaney, J. P.: *Gastrointestinal Surgery*. Chicago. Year Book Medical Publishers. 1979, p. 131.
229. THOMPSON, J.E.: Stomal ulceration after gastric surgery. *Ann. Surg.* 143:697, 1956.
230. THOMPSON, J.E.: and DAILEY, T.H.: Recurrent ulceration after operation for peptic ulcer results after gastroenterostomy, and vagotomy in 64 cases. *Ann. Surg.* 163:704, 1966.
231. VAN HEERDEN, J.A.; BERNATZ, P.E.; and ROVELSTAD, R.A.: The retained gastric antrum: Clinical Considerations. *Mayo Clin. Proc.* 46:25, 1971.
232. VAN HEERDEN, J.A.; PRIESTLEY, J.T.; FARROW, G.M.; PHILLIPS, S.F.: Post operative alkaline reflux gastritis. Surgical Implications. *Am. J. Surg.* 118: 427, 1969.
233. VENABLES, C.W.: The value of a combined pentastatin-insulin test in studies of stomal ulceration. *Br. J. Surg.* 57:757, 1970.
234. VERCELLI J. Cancer del muñón gástrico. *Cir. Urug.* 49:331, 1979.
235. VON KLEIST, D.; STOPIK, D.; HAMPEL, K.E. Effect of cimetidine on mucosal potential difference. *Lancet.* 1071-1072, 1979.
236. WALKER JR., STRICKLAND RG., UNGAR B., Mc KAY JR. Simple atrophic gastritis and gastric carcinoma. *Gut.* 12:906, 1971.
237. WALTERS, W.; CHANCE, D.P.; y BERKSON, J.: A comparison of vagotomy and gastril resection for gastrojejunal ulceration: a follow-up study of 301 cases. *Surg. Gynecol. Obstet.* 100:1, 1955.
238. WARSHAW, A.L.: Intra-gastric alkaline infusion. A simple accurate provocative test for diagnosis of symptomatic alkaline reflux gastritis. *Ann. Surg.* 194:297, 1981.
239. WEISS, PITMAN, E.R., and GRAHAM E.C.: Aspirin and gastril Bleedine, Gastroscopie, observations with review of literature. *Am. J. Med.* 31:266, 1961.
240. WELCH, C.: Tratamiento quirúrgico de la úlcera duodenal. *Prensa. Méd. Argent.* 68:570, 1981.
241. WHITEHEAD, Richard.: *Mucosal biopsy of the gastrointestinal tract.* 2a. ed. Philadelphia, W.B. Saunders, 1979.
242. WIEMAN J., MAX MH., VOYLES CR., BARROWS GH. Diversion of duodenal contents Its effect on the production of experimental gastric cancer. *Arch. Surg.* 115:959, 1980.
243. WILSON, S.D.; SHULTZE, W.J. and MEADE, R.C.: Longenty studies following total gastrectomy in children with the Zollinger-Ellison Syndrome: *Arch. Surg.* 103:108, 1971.
244. WOODINGS, E.P.; DIXON, G.T.; MARRISON, C.; CAREY, P; and RICHARDS, D.A.: Ranitidine - A new H2 receptor antagonist. Glaxo group research Ltd. Ware Herts. *Gut.* 21:187, 1980.
245. WOODWARD, E.R.: The early postprandial dumping syndrome. Clinical manifestations and pathogenesis. En: Bushkin, F.L. and Woodward, E.R.: *Postgastrectomy Syndromes.* Philadelphia. W.B. Saunders. 1976 p. 1
246. WOOLSEY, G.: The question of gastroenterostomy in duodenal ulcer. *Surg. Gynecol. Obstet.* 42:90, 1926.
247. WRIGHT H.K. and TILSON, M.D.: *Trastornos postoperatorios del conducto gastrointestinal.* Barcelona, Salvat, 1976.
248. WYCHULIS, A.R.; PRIESTLEY, J.T.; y FULK, W. T. A study of 360 patients with gastrojejunal ulcer, *Surg. Gynecol. Obstet.* 122:89, 1966.
249. ZOLLINGER, R.M. Cirugía gastrointestinal para úlcera rebelde. *Cln. Quir. Norte Am.* 5:943, 1978.