

RELATO.

## INDICACIONES QUIRURGICAS Y RESULTADOS DE LA GASTROPILORECTOMIA EN EL ULCUS GASTRODUODENAL

*Dr. ORLANDO M. PEREIRA*

La gastrectomía está siendo cuestionada, esto es un hecho; las razones que se esgrimen son variadas, pero todas ellas revelan una realidad impostergable: no satisface como solución del problema de la úlcera gastroduodenal.

Los cirujanos a menudo reprochan los malos resultados a los defectos de técnica, pocos a la mala indicación; pero tenemos la convicción de que los reproches que se le hacen, en parte son justificados, porque médicos y cirujanos no participan de criterios similares para considerar la misma enfermedad.

Si se aceptara que la úlcera simple pertenece al médico y las complicaciones de la misma al cirujano, sólo cabría considerar qué se entiende por complicación de la úlcera gastroduodenal. Existen situaciones límites en que cabe la duda con respecto a la terapéutica, pero lo que no debe existir es en cuanto al concepto sobre la enfermedad.

La cirugía de la úlcera duodenal y gástrica se rigen por distintos conceptos quirúrgicos; en efecto, al duodenal se le considera un ulceroso y al gástrico un precanceroso, lo cual da por sentado lo primero que hay que demostrar, aun aceptando que la transformación sea un hecho indiscutible, cosa que no está del todo admitida. Bevan dice que, dado que el cáncer gástrico es tan frecuente, nada extraña que también pueda asentar en una úlcera; si el temor al cáncer lleva a la mutilación gástrica, la cirugía del ulcus gástrico no es tal, pues sustituye el concepto de enfermo por el de enfermedad. Se conoce además innumerables casos de coexistencia de úlcera crónica de estómago y cáncer gástrico que asienta en otro lugar del estómago. Estos hechos

deben hacer meditar sobre si se transforman o no en cáncer o si éste se injerta en la úlcera. Otro problema que no está resuelto es si puede aparecer cáncer en un estómago sano, o si precisa siempre un estadio previo, la gastritis crónica, que también lo sería de la úlcera, de donde no resulta desatinado el practicar la gastrectomía a los gastríticos crónicos, como preconizó Konjetzni, constituyendo así el ideal cancerológico.

El ulcus gastroduodenal tiene una fisonomía perfectamente definida, no precisando temores ajenos para justificar una conducta quirúrgica.

Vamos a precisar algunas características y luego trataremos de extraer las conclusiones.

Básicamente el ulcus gastroduodenal es una enfermedad benigna compatible con una larga vida, sobre todo el duodenal.

Es una enfermedad que evoluciona por empujes, con remisiones a veces de muchos años, lo que dificulta establecer un criterio terapéutico.

Según Bockus el 80 % *cura clínicamente*, aun sin el auxilio del médico.

Cuando se plantee la resección como tratamiento del ulcus, hay que estar seguros de ofrecerle al enfermo condiciones de vida superior a la que llevaba antes de la operación, salvo casos excepcionales. No debe bastar al cirujano la idea de que le ha resuelto el problema de la posible transformación en cáncer.

Creo que el cirujano valora demasiado esta posibilidad y no medita lo suficiente sobre el futuro del gastrectomizado. En el estudio de 600 casos de úlcera gástrica practicado por Smith y Jordan, publicado en el libro de la Clínica de Lahey, se lee esta reflexión: "La opinión establecida y aceptada por todos de que las úlceras gástricas han de tratarse irremediamente por medio de la resección, significa que, en cualquier lugar del país en que se efectúen tratamientos quirúrgicos, se procederá sin más trámite a la resección de la úlcera benigna, si ésta se localiza en lado proximal del píloro. Como consecuencia de este erróneo modo de obrar, habrá pacientes que morirán como resultado de la operación, cuando podrían haber curado fácilmente con un tratamiento sencillo y habrá también un número bastante elevado de pacientes que deberán transcurrir el resto de su vida con el estómago reducido a la tercera parte o aún menos".

Los pilares básicos de la cirugía del úlcus gastroduodenal se asentaron hace ochenta años; desde entonces apenas si se ha modificado la conducta. Se mejoró la técnica, adecuándola a los nuevos conocimientos de fisiopatología, pero la idea original sigue incambiada; sin embargo la medicina ha modificado sus criterios, ha ampliado su campo visual integrando finalmente la idea de enfermedad como expresión de daño local, dentro de un concepto más amplio de enfermedad general con exteriorización en un órgano. Esta evolución ha sido necesaria porque las explicaciones patogénicas no contemplan íntegramente al úlcero gastroduodenal; demasiados hechos escapan a cada una y los tratamientos, quirúrgicos y médicos, incluyendo los psicoterápicos, por el sueño, etc., tampoco resuelven el problema del úlcus, porque en último término lo que subsiste es el problema del individuo y no el de la ulceración.

Si quitamos todo el estómago es obvio que no habrá más úlceras; pero, ¿el enfermo curó, lo devolvemos sano?

En la primera etapa de la cirugía gastroduodenal se pensó que era suficiente la extirpación de la úlcera, pero las recidivas a las pocas semanas mostraron que era necesario aumentar la exéresis. Con el perfeccionamiento de las técnicas de investigación de laboratorio y la experimentación en perros, se llegó a determinar con cierta precisión que el tenor de ácido condicionaba la resección; así un tenor alto de ácido exigía una más amplia exéresis y que la gastrectomía subtotal,  $\frac{3}{4}$  ó  $\frac{4}{5}$ , sin aumento mayor del riesgo quirúrgico daba mayores garantías de éxito. Este éxito se refiere en principio: a) colocarlo al abrigo de recidivas, b) recuperación del estado anterior al de la operación, c) posibilidades de no estar sometido a régimen controlado y d) período de incapacidad mínimo para el desempeño de trabajos. Sin embargo estos resultados no siempre se obtienen y un porcentaje, que varía con las estadísticas, pueden ser considerados como fracasos. En reciente publicación se puso de manifiesto que aparecen más neoplasmas de esfagocardias en los gastrectomizados por úlcus gastroduodenal que en los úlcerosos no operados, además aunque el porcentaje de mortalidad es muy bajo, no por ello deja de ser un factor a considerar. Según Crile (Jr.), "cuando el riesgo operatorio alcanza al 1 % conviene rever la conducta, pues no estamos autorizados a manejar un

procedimiento tan riesgoso”. Desde hace diez años la mortalidad operatoria de la gastrectomía no constituye un problema que limite la intervención. Actualmente no se mide la sobrevida, sino cómo es ésta.

¿Pero acaso el tratamiento médico da mayores éxitos? ¿Las curas que obtienen son permanentes? Evidentemente no y eso es en virtud de que los resultados están condicionados por los factores que entran en juego.

Creemos que es útil pasar revista a las teorías etiopatogénicas y su importancia para la clasificación del enfermo, a las condiciones anatómicas que se invocan como determinantes de la localización de la enfermedad, los caracteres de la úlcera y su evolución, a la función secretoria gástrica y sus modificaciones en el ulceroso, las relaciones entre úlcera y cáncer, las complicaciones “perforación, hemorragia y estenosis”, a la rebeldía a todo tratamiento médico que obliga a la resección.

Estas consideraciones previas son necesarias, pues de ellas surgen o debieran surgir las determinantes del concepto y tratamiento del *ulcus gastroduodenal*.

Los resultados se referirán exclusivamente a la gastrectomía parcial, estudiándose las complicaciones que condicionan mayor número de fracasos por su entidad o frecuencia.

## PATOGENIA

Se puede resumir de la siguiente manera: diez factores distintos han sido invocados, desde los factores locales a las causas generales.

*Factores locales.*— Defectos anatómicos congénitos o adquiridos, ligados a trastornos vasculares obstructivos (Virchow), diferente disposición de las ramas que abordan la pequeña curva, flexuosas en la porción vertical, rectas en la porción horizontal y “sinus angularis”; esta desigual disposición anatómica supone fisiológicamente, por lo menos teóricamente, que en los momentos de plenitud gástrica, sobre todo en la posición erecta, el descenso del estómago provocaría la elongación de las arterias con la consiguiente disminución de la luz vascular, lo que traería aparejado menor irrigación, desvitalizando esas zonas. De allí

surgió la terapia por el reposo y la alimentación fraccionada para no someter a tironeamientos la región.

Von Bergman imaginó que no era necesario la alteración anatómica de los vasos arteriales, pues el espasmo vascular provocando la isquemia relativa de la zona, la expondría a la acción del ácido clorhídrico, produciéndose la ulceración.

Aparece asociado un trastorno nervioso actuando sobre los vasos y además sobre las células secretoras esitmulando la secreción.

El estudio de las piezas operatorias y del material de experimentación, le hizo pensar a Aschoff que existirían erosiones previas de la mucosa en la zona que llamó "calle gástrica", por donde se realiza el tránsito hacia el duodeno y a tal efecto llamaba la atención de las características que ofrecen los bordes de las úlceras, que del lado aboral son más pendientes que del lado oral cuyos bordes son más abruptos y a menudo excavados.

Konjetzny encuentra prácticamente en el 100 % de los casos gastritis hipertrófica, erosiva o no, acompañando a la úlcera, suponiendo que ésta fuera el estado previo. Buscando siempre las causas locales, se pensó en la insuficiencia de la secreción del moco gástrico que protege normalmente la mucosa del tubo digestivo. Los estudios de la secreción gástrica fraccionada realizados en perros utilizando pequeños estómagos tipo Pavlov, Armour, Heidenhan, mostraron frente a los diversos estímulos, que la secreción que se obtiene no es uniforme en su calidad y cantidad, pudiéndose diferenciar fases dentro de la secreción gástrica. Los estudios de Pavlov mostraron que el mecanismo de los reflejos condicionados, explicaba el aumento de la secreción, en ausencia de alimento, en cantidades mayores que el provocado por los alimentos introducidos por sonda en el estómago de los perros. Este hecho tiene enorme importancia desde el punto de vista de su aplicabilidad a la clínica, pues lo que condiciona el fracaso en el tratamiento del duodenal, es el aumento de la secreción en los períodos interdigestivos y para la formación de un reflejo condicionado se precisa la asociación de un estímulo específico, el alimento y uno inespecífico, que puede ser de cualquier naturaleza, psíquico, físico, etc., endógeno o exógeno, pero una vez aparecido el reflejo sólo se necesita para provocarlo el estímulo inespecífico. Esta concepción de Pavlov, evidentemente

subtrae a la úlcera su carácter de enfermedad local, para colocarla dentro de un complejo mecanismo general. Pero no es solamente la cantidad la que estaría aumentada, también la calidad, pues Batkins encontró que la secreción cefálica tendría un tenor más alto de ácido y pepsina y una disminución de la mucina, comparándola a la segunda fase o humoral, lo que haría a la mucosa más fácilmente vulnerable a los traumatismos. Hasta ahora habíamos considerado a las zonas ulcerígenas como inespecíficas desde el punto de vista fisiológico, pero estudios posteriores mostraron que lejos de serlo, se trataba de zonas altamente reflexógenas iniciadoras de las fases secretorias y motoras gástricas, comparándolas al nódulo de Keith y Flack. La vía que se utilizaría para la secreción cefálica sería los vagos, pues su estimulación la provoca y su bloqueo la anula.

(La prueba de Hollander o test de la hipoglucemia, provocada por inyección intravenosa de 10 a 15 U. de insulina, muestra que la secreción se hace por intermedio de los vagos, desapareciendo con la sección de los mismos. Este test se practica para comprobar si fue completa o no la sección de los vagos que se practica con fines terapéuticos, o cuando actuando sobre los efectores colinérgicos se utilizan drogas anticolinérgicas.)

*Factores no locales.*— Hemos dejado sentada la importancia de la secreción cefálica como factor etiológico o por lo menos como causa del mantenimiento de la misma y hemos dicho también que la estimulación de los vagos la provoca. ¿Qué es lo que estimula o irrita a los vagos y en qué sector actúa? Es evidente que puede actuar en cualquier sector: desde el núcleo de origen, hasta su terminación en el estómago; surge así la teoría de la perturbación neurovegetativa. Teoría neurotrófica de Spersanski y neurorrefleja de Ressler. "Cualquier parte del sistema nervioso puede convertirse en punto de partida de un proceso neurodistrófico". Según Ressler, la formación de la úlcera se produce a consecuencia de influencias reflejas sobre el estómago, provenientes de otros órganos internos, reflejo viscerovisceral. Destaca las influencias reflejas provenientes de la región ileocecal en los casos de apendicitis, que según Ressler se verían en un 45 % de los ulcerosos.

De allí surge la conducta terapéutica de extirpar el apéndice enfermo en todo ulceroso, especialmente si es duodenal.

“Los núcleos superiores neurovegetativos no son independientes, actúan regulados e influidos por los centros superiores de la vida de relación, los hemisferios cerebrales. Cuando se produce el agotamiento de las células cerebrales, los centros subcorticales se liberan de su influencia, provocándose una actividad caótica de los centros subcorticales que se refleja en la región tálamo-hipotalámica, creándose un foco estable de excitación prolongada, que puede conducir a la aparición de fenómenos patológicos muy variados: espasmo prolongado de los vasos sanguíneos y de la musculatura lisa de los órganos internos, con desorganización de la función secretoria y motriz del tubo digestivo, etc. A este estado se puede llegar por una fuerte vivencia emocional que aumente la excitabilidad de la corteza, produciéndose una inhibición anormal; también diversas excitaciones exteroceptivas e interoceptivas, provocan la activación de los procesos corticales inhibitorios predominando sobre los procesos de excitación. Una vez aparecida la lesión, ésta se mantiene por la nueva conexión creada patológicamente, entre los centros reguladores superiores y el órgano lesionado.”

He aquí expuesta la teoría córticovisceral de Bikov y su corolario terapéutico, consistente en el uso del sueño provocado, para permitir la recuperación de las células corticales, volver a la regulación normal y romper las conexiones patológicas creadas por la enfermedad.

Pasamos insensiblemente de esta teoría psicósomática, a la psicoanalista, a poco que aceptemos que los estímulos perturbadores pudieran haber actuado en una época muy temprana, en la lactancia (época oral digestiva), pasar al inconsciente y desde allí actuar provocando conflictos, cuyo reconocimiento no es fácil pues el enfermo lo ignora y sólo el psicólogo consigue interpretarlo. En general en estos casos se encuentra cierta constitución psicofísica que no es constante, a menudo negada y sobre la cual se han ocupado entre otros Alexander y Draper. Para Robison el 95 % de las úlceras serían psicógenas, considerando que esta enfermedad sería el tributo de la vida civilizada, pues no existiría en los pueblos atrasados pastoriles; por vía de ejemplo se puede citar que los chinos que viven en Java y Sumatra presentan altos índices de úlceras y carcinomas gástricos, que contrastan con los bajísimos que presentan los malayos de esas islas,

siendo que el índice de acidez de los malayos es mayor que el de los chinos y la ocurrencia de erosiones gástricas es similar entre ambos.

Antes de poner punto final a esta reseña patogénica, queremos decir que es frecuente encontrar úlceras de estómago con normoacidez, hipoacidez e incluso se discute si existen con anacididad verdadera. Se comprende que en estos casos, la resección tiene menos para ofrecer que en los casos con hiperclorhidria.

El objeto de esta síntesis etiopatogénica muy incompleta, es mostrar que todas y cada una de ellas tienen su base clínica comprobable, aunque no abarcan la totalidad de los casos, pero sí, que cada caso está incluido en alguna de ellas y si no es individualizada, se corre el riesgo que al aplicarse el denominador común de las terapéuticas "standard" se condene al fracaso un tratamiento y al enfermo a una intervención quizás no necesaria.

Resumiendo: entendemos que el fracaso de los planes terapéuticos médicos o quirúrgicos, especialmente estos últimos, se deben más, a la mala indicación, que a la enfermedad.

Considerada como solución del problema, la resección dista mucho del ideal médico, pues no se debe aceptar que para tratar una lesión de un centímetro de diámetro, haya que sacrificar la casi totalidad de un órgano con funciones específicas: de depósito, mecánicas, digestivas y absortivas, anular un mecanismo esfinteriano y crear condiciones nuevas para un sector no creado para ese fin y que en el 80 % de los casos origina un sistema diverticular (Chifflet) fuente de problemas.

## SECRECIÓN GÁSTRICA

Se sabe que un factor importante en la formación de las úlceras duodenales es la hiperacidez gástrica, hipersecreción. El ácido clorhídrico, principal componente de la secreción, lo producen las células oxínticas existentes principalmente en el fundus, cuerpo del estómago y también en cierto grado, en la porción pilórica.

Se reconocen tres fases en la secreción: cefálica, gástrica o humoral y la intestinal. La cefálica es responsable de la acidez en los períodos interdigestivos, alcanza normalmente al 45 % del total, siendo su aumento responsable de los fracasos del trata-



miento médico o quirúrgico. La estimulación se hace por vía vagal y la anulación de los vagos la suprime. Esta es una de las bases en que se funda la vagotomía, procedimiento exhumado por Dragstedt y preconizado por él en los últimos años, para el tratamiento de la úlcera duodenal.

La fase gástrica o humoral alcanza también al 45 % del total en los sujetos sanos, no es tan bien comprendida y sigue siendo objeto de investigación; es estimulada por la presencia de alimentos en el estómago y se ha demostrado que en este mecanismo interviene un agente humoral, llamado gastrina, que se produce sobre todo en el antro gástrico y región pilórica. Por consiguiente, muchos denominan al antro, zona de la gastrina. La extirpación de esa zona trae aparejada una disminución de la acidez y los trabajos publicados por Dragstedt sobre trasplante del antro, demuestran en forma concluyente que el hiperestímulo del antro aislado y enervado, provoca un considerable aumento de la secreción gástrica.

La tercera fase o intestinal, reviste poca importancia en el mantenimiento de la úlcera, pues alcanza al 5 % del total de la secreción. Actúa por vía humoral y es activada por la llegada de los alimentos al intestino.

En el estudio de la secreción se emplea: a) la comida de prueba, b) la inyección de fosfato de histamina, c) la inyección de 10 a 15 U. de insulina. Aunque se pueden emplear muchas otras sustancias secretagogas, la generalidad de los casos se estudia con los procedimientos antes descriptos.

La comida de prueba o la histamina, estudian fundamentalmente la secreción humoral (segunda fase, gástrica) siendo la secreción obtenida de "tipo antral", la misma que se encuentra por la estimulación del antro denervado e implantado en el colon, según las experiencias concluyentes de Dragstedt. Actuaría por intermedio de la secretina gástrica o gastrina, siguiendo la vía humoral.

La prueba de la insulina o test de Hollander, muy utilizada en los EE. UU. para el control de la vagotomía, estudia la primera fase según ya habíamos dicho, pero el mecanismo de acción es por intermedio de la provocación de un estado patológico de hipoglucemia, que provoca una respuesta vagal secretoria y debe ser considerada desde el punto de vista del síndrome general de

adaptación, como una respuesta o reacción de alarma frente a un agente stresante, como lo es la inyección de insulina. Esta respuesta se consigue a costa de la puesta en marcha de un complejo mecanismo hormonal (con abundante secreción de corticoides) que finaliza en la estimulación vagal o mejor, irritación vagal; de allí que volvamos a destacar la importancia de los mecanismos reguladores y del intento de tratamiento en base a estos conceptos actuando en el sector, ya sea suprimiendo el stress (nada impide que sea considerado al stress como el agente inespecífico de la teoría de Pavlov) o cortando la vía de irritación del vago.

En general se aconseja, que una vez resuelta la intervención, ésta debe llevarse a cabo previa normalización de los valores ácidos de la secreción; pero esto no siempre se cumple y tampoco parece ser factor importante en la evolución del operado o en la recidivas. Es así que día a día se es más reseccionista frente a las complicaciones, tales como la perforación y la hemorragia, sin que se detenga a pensar que se está operando en plena fase aguda de la evolución de la úlcera, que es cuando no se debe actuar, por los posibles fracasos.

Naturalmente que dentro de este planteamiento, estamos tratando de poner frente a frente aparentes paradojas clínicas, ya que caben numerosas circunstancias que justifican se abandonen ciertas condiciones ideales para tratar lo urgente, que es el enfermo.

Nos vamos a ocupar ahora del capítulo referente a la *falta de respuesta al tratamiento médico o sea al "sufrimiento persistente a pesar del régimen"*. En este punto volvemos a insistir en lo siguiente: existen múltiples teorías patogénicas para explicar la aparición y el mantenimiento del *ulcus gastroduodenal* y cada una de estas teorías tienen sus correspondientes casos clínicos correctamente individualizados y perfectamente válidos. Existen *ulcerosos* en los cuales toda su enfermedad se resume en una alteración vascular que comporta una zona de menor resistencia, futuro asiento de la ulceración y nada más. Los valores de la secreción son casi normales, la historia clínica es simple, corta y, amenudo, se inicia el sufrimiento por la complicación, la

perforación o la hemorragia, sobre todo en las úlceras gástricas, pues la perforación de las duodenales, en general está precedida por pródromos de varios días de duración.

Pero también existen los ulcerosos con un gran cortejo sintomático de larga evolución, con evidente participación de otros sectores del organismo y repercusión psíquica, con evidentes trastornos del carácter, en los cuales lo que domina no es la úlcera, sino lo demás. En estos casos, obtenemos dos tipos de respuestas antagónicas: malos resultados operatorios, lo más frecuente o, por el contrario, resultado espectacular, con desaparición de todas las alteraciones psíquicas y orgánicas, cuya aparición y mantenimiento estaban condicionadas por la ulceración.

Es de todos conocido, que a veces, el ulceroso sometido a riguroso tratamiento dietético y antiácido no mejora y con el cambio de vida, descanso, alejamiento del trabajo o del medio familiar, mejora espectacularmente; no sigue ningún régimen, come de todo, como si la fase de actividad de la úlcera hubiera cesado bruscamente. Podemos imaginar que por bien conducido que haya sido el tratamiento médico dietético, no cumple con los postulados de la terapia del *ulcus*, dado que lo fundamental es obtener la disminución de la secreción cefálica, en estos casos aumentada, de los períodos interdigestivos y no la neutralización de la misma una vez producida. Es innegable que ésta puede ser bloqueada con las drogas anticolinérgicas, pero tampoco es esto lo que debemos buscar, sino la causa que condiciona y mantiene el aumento de la secreción. Milstein insiste que el porcentaje de malos resultados de las gastrectomías, es notablemente más alto en los sujetos con síntomas psíquicos, hasta el 35 % de fracasos, que en los que no lo presentan.

Sin embargo, es difícil encontrar en todos los casos cuál es el factor actuante que provoca la hipersecreción, de tal manera que la "terapéutica etiológica" no siempre es posible, teniéndonos que conformar con las neutralizantes o con las resecciones.

La diferencia, del punto de vista del clínico y del cirujano, radica en que éste desea devolver rápidamente al seno de la sociedad al individuo sano y, el clínico, considera preferible conservar un enfermo con síntomas controlables, con pocos riesgos de vida, antes que hacerle correr el albur de una intervención.

Otro punto que debemos tener en cuenta, es el llamado período de incapacidad del postoperado, que en general se estima en tres meses, término medio. La pregunta es esta: ¿si se sometiera por igual período de tiempo a los enfermos a un tratamiento adecuado, no quirúrgico, no se obtendrían mejores resultados? Si el médico tratante recordara que lo característico de la enfermedad es la recurrencia y aconsejara tratamiento durante los períodos de acalmia también, las curas obtenidas ¿no serían más duraderas? Según algunos es completamente ineficaz.

Es frecuente decir que la cirugía es la solución para aquellos que por distintas razones no pueden hacer tratamiento médico; en general, por razones económicas. Creo que el planteamiento de esta situación por parte del enfermo, ya presupone que está actuando un factor psíquico, una situación conflictual y la cirugía es una solución escapista y no una terapéutica de fondo. Si se le dice al enfermo que igualmente después de operado deberá hacer régimen, el mismo que creía no podía hacer, por un tiempo más o menos prolongado, se le dice una verdad en más del 50 % de los casos, a la vez que se le cierran las puertas a la esperanza de curación, aumentándose el porcentaje de complicaciones de la úlcera.

Personalmente no me siento inclinado a aconsejar la intervención, cuando se esgrimen razones económicas que impidan el tratamiento médico, dado que la mayoría de estos enfermos son duodenales. El gástrico en general no plantea tantos problemas, siendo la curación de la úlcera más permanente y definitiva, pero presenta otros tan o más importantes que la recidiva del sufrimiento ulceroso, por ejemplo, dificultad para alcanzar el peso anterior, anemia, etc.

## ANATOMIA PATOLOGICA

Con respecto a la anatomía patológica, sólo cabe en este trabajo hacer ciertas consideraciones sobre algunos detalles que se refieren a la úlcera, a las adenopatías y a los órganos vecinos, en lo referente a los trastornos asociados que pueden hacer fracasar el resultado operatorio.

*La úlcera.*—Según Crohn y sus colaboradores, se formaría con bastante rapidez alcanzando su tamaño máximo en dos o tres

semanas y raras veces se hacen mayores después de ese tiempo. Su curso anatomopatológico sería paralelo con la marcha clínica. En muchos casos, los síntomas se presenta pocos días antes de la hemorragia o perforación, lo que hace suponer que se producirían en la fase activa de erosión o de penetración de la úlcera. Según estos mismos autores, se observaron pocas perforaciones en el período tardío de la evolución de la úlcera.

*Curación de la úlcera.*— Muchas curan sin dejar cicatrices que puedan ser reconocidas al examen anatomopatológico.

La retracción del tejido fibroso de la base de la úlcera contribuye a la curación, pues disminuye el tamaño del cráter, aproximando los bordes; esto no ocurre con facilidad cuando están adheridos a los órganos vecinos. Antes de producirse la cicatrización debe haber desaparecido el edema y la inflamación de la pared de la úlcera. Si la base está formada por tejido conjuntivo muy denso, con pocos capilares, es probable que no se produzca la transformación fibroplástica. Si no es muy intensa y hay abundantes capilares, se produce de abajo arriba un crecimiento de fibroblastos jóvenes y tejido de granulación que empiezan a llenar la luz del cráter; las glándulas y el epitelio de los bordes proliferan cubriendo poco a poco el tejido de granulación, si se ha formado, *pero la muscularis mucosa no se regenera*. El tiempo de curación varía, pero se estima que si no existe una fibrosis muy marcada, se necesita de cinco a siete semanas, en algunos casos varios meses y en otros, no se consigue nunca. La curación total está precedida por la desaparición del nicho radiográfico. El tamaño, la cantidad de tejido cicatrizal y la edad, son los factores principales. Se ha observado la curación más rápida en los pacientes jóvenes, con historia corta de sufrimientos o con períodos largos de remisión. Si el período de sufrimiento es largo, la remisión corta y la edad del paciente pasa de los 45 años, disminuyen las posibilidades de curación completa o rápida.

*Formación de la cicatriz.*— Las cicatrices de la pared anterior del cuerpo gástrico no suelen dar gran deformación. Las perforadas frente al hígado, pueden originar, cuando curan, deformación en reloj de arena. Generalmente han tenido una base ancha y el hecho de que se hallen adheridas al hígado dificulta su retracción; a consecuencia de ello, el proceso de curación se

prolonga y se asocia con abundante proliferación de tejido conjuntivo, el cual finalmente, circunda el estómago dando la deformación en reloj de arena. La curación de la úlcera del canal pilórico puede ir seguida a veces, de un estrechamiento que puede impedir la evacuación normal del estómago. En otros casos la hiperplasia e induración de la pared puede dar lugar a confusión con un proceso maligno del píloro. Las grandes úlceras indolentes de la pared posterior del canal pilórico o antro, que han penetrado en el páncreas, ofrecen a los rayos X un defecto de repleción.

Las úlceras duodenales al cicatrizar, pueden dar lugar a una deformación permanente, el llamado divertículo ulceroso, que se forma entre la úlcera y el píloro; el tamaño es variable, desde el pequeño que puede ser confundido con una lesión duodenal activa, hasta el grande de tres o cuatro centímetros de largo. Estos divertículos preestenósicos no ocasionan síntomas y rara vez se produce ulceración del saco. Se diferencian fácilmente del divertículo verdadero del duodeno dado que prácticamente no existen en el bulbo duodenal.

*En cuanto al tamaño*, se puede agregar que las gástricas son mayores que las duodenales y que raramente sobrepasan los cuatro centímetros, lo que contrasta con las úlceras malignas que los rebasan en el 70 % de los casos; pero el tamaño no establece por sí solo diferencias entre benignas y malignas, pues se pueden encontrar lesiones más grandes de cuatro centímetros y ser benignas y úlceras malignas pequeñas. Las úlceras gigantes de los viejos, llamadas arterioescleróticas, aunque sobrepasan a menudo los cuatro centímetros, son de naturaleza benigna pero de curación difícil en razón de su etiopatogenia y con frecuencia son tributarias de la cirugía por sus complicaciones, sobre todo la hemorragia.

La mayor parte de las úlceras gástricas *asientan* en la curvatura menor, desde el píloro hasta la cisura angularis, en general en cara posterior. Las de cara anterior de estómago y duodeno, tienen tendencia a perforarse con más frecuencia que las de otros asientos, dado que hay poca posibilidad que se adhieran a los órganos vecinos.

En general las úlceras de la zona vecina al cardias son mayores que las prepilóricas, sin que esto constituya un signo de

malignidad. Las de la curvatura mayor del estómago son, con excepciones, malignas y así deben ser consideradas a los efectos de la terapéutica. Las del bulbo duodenal asientan a uno o dos centímetros del píloro, con igual frecuencia en la cara anterior o posterior.

En el 90 % de los casos, la úlcera gastroduodenal es única, tiene tendencia a recidivar y ésta es una de las características más salientes de la enfermedad.

Puede producirse la *recidiva* verdadera, es decir, después de curada la úlcera completamente, o la falsa recidiva, cuando ésta no había curado, constituyendo una reactivación del proceso. A veces aparecen úlceras adyacentes al asiento de la primitiva o a distancia, lo que es menos frecuente.

Con respecto a los *ganglios*, sólo se desea destacar, que es frecuente encontrar en el acto operatorio adenopatías en las lesiones benignas, que están en relación con el grado de infección existente; son de tipo catarral común, pero si la historia de sufrimiento es larga y con empujes, los ganglios son más duros; el cirujano no debe confundirlas con las adenopatías neoplásicas, dado que la confusión trae aparejado una resección amplia con criterio cancerológico, con mayor mortalidad operatoria y con trastornos alejados importantes, que deben ser pesados. La exploración y búsqueda de los mismos, debe practicarse rápidamente pues, por la exposición al aire y por las ligaduras vasculares, los ganglios se ingurgitan, dando origen a confusiones.

Es frecuente la *asociación de ulcus* con colecistitis crónicas y pancreatitis, sobre todo si ha existido perforación en el páncreas; estas lesiones pueden ser preexistentes, concomitantes o secundarias a la úlcera. Pueden asociarse: cirrosis portal, divertículos de Meckel, carcinoide del yeyuno, carcinoma del transversal y del ciego, hernia esofágica hiatal, etc.

Este capítulo de la anatomía patológica, que ha sido tomado de Bockus con algunos agregados, pretendió mostrar algunas características de la úlcera gastroduodenal que deben ser tenidas en cuenta en el momento de decidir la conducta terapéutica, pues así hemos visto dar por fracasados a los tratamientos mal llamados de prueba, cuando no se habían tomado en consideración los plazos elementales de curación o cuando se confundían procesos residuales, secuelas cicatrizales, por procesos activos y se

practicaba la resección. Sirve además, como explicación suficiente para algunos casos de cura después de la hemorragia o perforación, que podrían corresponder a úlceras jóvenes de poca evolución y en sujetos jóvenes, con poca induración y fibrosis, que hacen innecesarias las resecciones.

También se ha querido dejar sentado, que en el proceso cicatrizal la muscularis mucosa no se regenera, pero que ésta está siempre destruída en la verdadera úlcera crónica, cosa que no sucede en el cáncer ulcerado y que sirve para el diagnóstico diferencial. Pretende además dejar bien sentado, que la tendencia natural es hacia la curación, a poco se supriman las causas que provocan su mantenimiento.

Finalmente queremos recordar, que una vez que aparece la fibrosis, es imposible determinar la edad de la úlcera, por eso algunos aforismos, tales como: "la que sangra es joven y la que se perfora es vieja", pueden, en algunos casos, inducir a terapéuticas reseccionistas en base a la dificultad de cicatrización de las úlceras viejas. La tendencia a la fibrosis es una modalidad del organismo y es independiente del tiempo, estadio de resistencia (síndrome general de adaptación).

Cuando estudiamos la etiopatogenia, omitimos considerar un mecanismo, una teoría, "el síndrome general de adaptación, el stress", su forma de actuar, las respuestas a que da lugar en sus tres períodos, las vías que sigue, neurohormonales y su corolario: la posibilidad de curación permanente de la úlcera actuando sobre el neurovegetativo en el sector del simpático, punto este aún sometido a controversia, pero que desde el punto de vista especulativo tiene el extraordinario interés de que utiliza un concepto más racional, más amplio y que responde a una serie de preguntas no resueltas por otras teorías. Explica también las particularidades de esta enfermedad, que excepcionalmente se ve en los hipertiroideos y estados de hipersimpaticotonía.

## COMPLICACIONES

Con respecto a las complicaciones de la úlcera gastroduodenal, habíamos mencionado la perforación, la hemorragia y la estenosis. Cada una de estas complicaciones es causa suficiente



para plantear la pílorogastrectomía, pero deben llenar ciertos requisitos que vamos a estudiar.

*La perforación*, que casi siempre asienta en la zona yuxtapiórica, puede hacerse en cavidad libre, las de pared anterior, o en los órganos vecinos, hígado, pequeño epiplón y páncreas, las de cara posterior.

Se entiende como úlcera perforada, al episodio agudo abdominal que se realiza en cavidad libre y que corresponde a la perforación de las de cara anterior; plantea problemas quirúrgicos urgentes, pues el riesgo de la peritonitis en general mortal, no permite dilaciones.

Hasta hace poco tiempo sólo se practicaba la terapéutica quirúrgica, ya sea cierre simple o la gastrectomía. En los contados casos que no se intervenía, era porque la etapa quirúrgica había pasado, ya sea por lo avanzado de la evolución peritonítica o porque procesos naturales habían llevado a la obliteración secundaria de la úlcera, que es justamente lo que la cirugía buscaba, desapareciendo la oportunidad operatoria. La tendencia natural hacia la curación espontánea, sólo impedida por la fibrosis, o por la intervención del proceso peritonítico, hizo que se planteara que esta situación, lejos de ser rara, era lo bastante frecuente como para que pudiera ser contemplada como algo en principio posible de lograr, a poco se dieran las condiciones mínimas que garantizan el tratamiento médico.

En la revisión del tratamiento de la úlcera perforada gastroduodenal, basada en 197 casos, Cendan analiza el panorama quirúrgico, estableciendo las directivas imperantes hasta 1945, en que Hermon Taylor ("Lancet", London) se pronuncia contra el principio de la operación sistemática y considera que en condiciones especiales, la aspiración gástrica, creando las condiciones necesarias para la obliteración espontánea de la perforación, haría inútil la intervención. Esta terapéutica es resistida en los centros quirúrgicos donde se manejan grandes estadísticas; pero de acuerdo a lo que habíamos insistido sobre la anatomía patológica de la úlcera y su cicatrización, el grado de la fibrosis condiciona la rapidez de la cura. Es innegable que para determinados casos dicha conducta está perfectamente justificada, sobre todo si recordamos que no es un hallazgo infrecuente la no comprobación del

nicho radiológico después de un episodio perforativo o hemorrágico. Lo que se puede oponer en principio, es la imposibilidad de conocer a ciencia cierta la evolución de la peritonitis, la reproducción de la misma y su grado de peligrosidad. Sin embargo, por los antecedentes cuidadosamente estudiados, podemos sospechar las posibilidades de curación espontánea que tiene la úlcera por sí misma, y por la relación del episodio perforativo con la última ingestión de alimentos, se puede prever si la contaminación peritoneal ha sido pequeña o grande, si estaba constituida casi exclusivamente por jugo gástrico o si participaban alimentos y en qué grado.

En principio, y basándonos en la experiencia presentada por Cendan, esta conducta es muy aplicable en los medios quirúrgicos no muy desarrollados, en los que no contándose con un equipo quirúrgico bien estrenado y equipado, los riesgos operatorios pueden justificarla. Pero esta consideración no debe ser tenida en cuenta, frente a la realidad de que por sí misma, la conducta expectante basada en la aspiración gástrica, es suficiente por sí para garantizar la cura de la perforación y de la úlcera, sin necesidad de la intervención.

No creo, pues, que deba ser utilizada en base a la precariedad de recursos técnicos, sino que, por el contrario, exige gran experiencia del cirujano que la emplea, estando pronto a recurrir a la cirugía si no se obtiene la mejoría buscada, constituyendo el primer tiempo de la preparación del enfermo.

La conducta quirúrgica oscila entre el cierre simple y la gastrectomía. En el momento actual, existe la tendencia a proceder a la gastrectomía "d'emblée", tanto en las duodenales como en las gástricas. La razón de esta conducta estaría en el hecho de que, contrariamente a lo presumible, no arroja una mortalidad mayor que la del cierre simple, dentro de las seis horas; además, en el caso de las gástricas, se evitaría el riesgo de cancerización, o de recidivas postoperatorias. Debe recordarse que esta igualdad de porcentaje de mortalidad se debe: 1<sup>o</sup>) a que el cierre simple es a menudo todo lo que se puede hacer, 2<sup>o</sup>) a que se seleccionan los casos para la resección.

En los casos de muerte por cierre simple, mata la enfermedad; en las gastrectomías, además, mata el procedimiento: dehiscencia de las suturas, etc.

El cierre simple tiene a su favor de que a menudo es curativo, que es fácil, tiene menor mortalidad y está al alcance de cualquier cirujano.

Las estadísticas muestran, que el porcentaje de recidivas dentro de los cinco primeros años de cierre simple, sobrepasa al 60 %, obligando a la gastrectomía secundaria, en el 30 % lo que justificaría el tratamiento radical como procedimiento de rutina; pero podemos decir, utilizando los mismos números, que aproximadamente en la mitad de los casos, la gastrectomía era innecesaria, por lo que no se justifica un procedimiento tan riesgoso, y sujeto también a recidivas y malos resultados en un porcentaje bajo (10 %) pero que debe contar en las decisiones.

Las gastrectomías tendrían que estar indicadas solamente, en los casos en que el cierre simple no diera garantía de seguridad, o en las úlceras gástricas que por la edad del enfermo, de la úlcera, o la situación de la misma, se sospechara la posible transformación neoplásica. Si se confirmara la naturaleza neoplásica de la ulceración, la gastrectomía tendría que ser realizada con criterio cancerológico, lo que agravaría el pronóstico en base a la precariedad del estado general, y la existencia de una peritonitis en evolución séptica, pues en estos casos no se puede contar con la acción bactericida del jugo gástrico, que habitualmente tiene un tenor bajo de ácido clorhídrico ó no existe.

En los casos de perforaciones agudas en peritoneo libre, la conducta reseccionista de entrada chocaría además con el escaso conocimiento del estado anterior del paciente, en relación a los otros parénquimas, siendo frecuente el desconocimiento de taras renales (habiendo visto morir varios pacientes en anuria por transfusiones intempestivas) fallas cardíacas, además de complicaciones respiratorias agudas y crónicas que inciden grandemente agravando la evolución.

En los duodenales, en los cuales se plantea la resección por el riesgo de una estenosis residual, no constituye este temor una causa de gastrectomía, pues son excepcionales las estenosis secundarias al cierre simple.

Auchincloss (Jr.) respondiendo a cuándo se debe practicar la gastrectomía en la perforación aguda, dice: 1) Los índices de mortalidad y morbilidad del propio cirujano para la gastrectomía

deben ser bajos. 2) Anestesiista competente y banco de sangre. 3) El estado general del paciente y su edad deben ser tales que le permita soportar una intervención de tres a cuatro horas. 4) No debe fijarse ningún plazo de tiempo arbitrario entre el accidente perforativo y el momento operatorio, pues la mortalidad depende más de la edad fisiológica del paciente, de su estado general y del contenido bacteriológico del exudado peritoneal, que del tiempo transcurrido. 5) La obesidad acentuada o el íleo paralítico son causas de shock. Tales pacientes toleran mal la contaminación, siendo el cierre simple más seguro. 6) Es preciso estudiar el estado del duodeno: si fuera difícil el cierre y manejo del cabo duodenal por edema, proceso inflamatorio, o presencia de una segunda úlcera, es preferible el cierre simple. 7) Se practicará la gastrectomía si es posible frente a una úlcera gástrica, si se halla presente una hemorragia concomitante originada en el asiento de la úlcera.

*Hemorragia.*— Se desea destacar algunas características de las hemorragias digestivas por ulcus gastroduodenales:

1) Constituyen el 70 % del total de las hemorragias digestivas.

2) Que en este porcentaje se incluyen las ulceraciones agudas, las erosiones sangrantes, y la gastritis hemorrágica.

3) Sólo plantea problemas urgentes la hemorragia masiva, aquélla que pone en peligro la vida.

4) Son poco frecuentes las hemorragias masivas debidas a ulceración de gruesos vasos.

5) Los casos de muerte registrados muestran que ésta ocurre en la primera hemorragia; salvada ésta, es rara la muerte en las siguientes.

6) Las hemorragias de los viejos son a menudo mortales, pues la etiología es arterioesclerótica o por hipoxia.

7) Más del 90 % de las muertes ocurren en enfermos de más de 45 años de edad.

8) La intervención de urgencia debe ser afectuada dentro de las cuarenta y ocho horas.

9) Si existen dudas acerca del emunctorio renal, no deben practicarse transfusiones con el objeto de reponer la sangre perdida, pues el riesgo de la anuria por shock puede ser acre-

centado por un accidente o reacción postransfusional. Bockus insiste que la reposición de la volemia debe ser realizada en base a la administración de plasma; sin embargo por las lecturas, se comprueba que esta medida de prudencia no es seguida corrientemente, siendo lo habitual, la reposición por sangre.

10) La tendencia a curar rápidamente de las úlceras pépticas después de una hemorragia grave, ha sido señalada por Crohn y este hecho tiene una gran importancia, pues la persistencia de dolor después de una hemorragia intensa, indica el mantenimiento de la misma y su falta de curación.

11) Una pérdida menor de 350 c.c. no suele provocar síntomas, por lo tanto, el repentino deseo de evacuar el intestino, acompañado de debilidad, escalofríos y náuseas, hacen suponer una hemorragia importante.

12) Aunque no hay definición uniforme de lo que es hemorragia masiva, todo enfermo shockado debe ser considerado como de causa oligohémica, siendo habitual la cifra de 2.000.000 de glóbulos rojos.

13) Una tasa de urea por encima de 0,70 supone un riesgo operatorio muy importante; en general contraindica la intervención urgente.

14) Cuando la hemorragia no es precedida de historia de sufrimientos dispépticos, el pronóstico es favorable, pues se puede suponer que la hemorragia procede más bien de una ulceración superficial o erosión, que de una úlcera profunda con hiposensibilidad del enfermo al dolor.

15) La exacerbación de una hemorragia grave a los pocos días de restablecerse de una hemorragia masiva, puede terminar fatalmente.

16) Se prefiere como tratamiento para la hemorragia masiva, en los casos comprobados de úlcus péptico, la gastrectomía.

17) El tratamiento médico se preferirá en todos los casos en que no pueda precisarse con relativa seguridad el origen ulceroso, en base a que en el 30 % de los casos de hematemesis y melenas, la causa puede ser extragástrica, o corresponder a erosiones o úlceras agudas que curan con la hemorragia, sin necesidad de la operación.

Según Thompson y Stewart, son contraindicaciones para la cirugía de urgencia: a) Hemorragias de origen dudoso. b) He

morragias de várices esofágicas. c) Pronta cesación de la hemorragia con tratamiento conservador. d) Presencia de otra enfermedad grave que por sí misma sea una contraindicación para la operación. (Thompson y Stewart, Vol. 13, N<sup>o</sup> 6.)

Cuando no se encuentra la lesión sangrante, se plantean tres posibilidades: no hacer nada, practicar la gastrectomía previa gastrotomía para comprobar la indemnidad del cardias, y la vagotomía de acuerdo con los consejos de Mixter, Imparato e Hinton.

Chifflet considera que frente a las *hemorragias postoperatorias* hay que ser francamente intervencionista; sin embargo esta opinión no es compartida por otros cirujanos, que destacan que aquéllas excepcionalmente son mortales, por lo que no hay que apresurarse a intervenir. Esta controversia sobre la responsabilidad del cirujano por las consecuencias del acto operatorio, ha sido objeto de preocupación en cuanto a si las reintervenciones son o no bien toleradas, y en qué momento deben realizarse.

Lo que debe primar es el sentido común para asignar al enfermo la gravedad que realmente tiene y no, si es más o menos riesgosa la reintervención. Si la complicación necesita la reintervención inmediata, ésta no debe ser demorada, porque la tolerancia a la reintervención está en relación a la necesidad del caso y las contemporizaciones no mejoran la evolución del proceso. Si lo que se plantea se debe a la inexperiencia del técnico sobre evolución inmediata del gastrectomizado, es bueno recordar que existen trabajos clínicos y de laboratorio en que se estudian las alteraciones del metabolismo de los operados, donde se muestran las alteraciones del equilibrio de los electrólitos y de las proteínas, que hacen que se consideren que en los tres primeros días el balance es negativo y que cualquier operación no estrictamente justificada, agrava este estado, por lo que no debe ser practicada; después del séptimo día los balances son positivos desde el punto de vista laboratorial y las reintervenciones que se practiquen tendrán una evolución en un todo comparables a las primeras.

Esta interpretación se deduce en base a los hechos clínicos y se ajusta a la teoría de Seyle, al síndrome general de adaptación, considerando que el acto operatorio supone un stress que da motivo a la primera fase del shock y contra shock, seguido luego de la segunda fase o estadio de resistencia. La estabilización de este período se alcanza al séptimo día. Estas conside-

raciones sirven para plantear la conducta, frente al caso poco frecuente, de encontrarnos después de practicada una gastrectomía por úlcus, que el examen anatomopatológico revela que se trata de un cáncer. Si después de hacer el inventario de lo que se encontró en el acto operatorio, de las reservas con que cuenta el enfermo, y de las complicaciones postoperatorias secundarias a una gastrectomía ensanchada o total, se resolviera practicar la reintervención, habría que esperar por lo menos los siete días necesarios para el establecimiento del período de resistencia.

Creo, por otra parte, que *la comprobación anatomopatológica postoperatoria de un carcinoma después de una gastrectomía por úlcus gástrico*, no obliga necesariamente a la reintervención para obtener mejores plazos de sobrevida, que dependen de varios factores, entre los que cuentan, la ausencia de adenopatías, la amplitud de la exéresis en el sentido cancerológico y el determinismo biológico, además de la experiencia del cirujano y su índice de mortalidad para la gastrectomía ensanchada. El estudio de las estadísticas da como resultado, que las sobrevidas por encima de los cinco años, en las gastrectomías simples, distan mucho de ser la excepción.

*La estenosis.*— En cuanto a las estenosis orgánicas, para llevar a la cirugía, se deben acompañar de retención, es decir, de síntomas digestivos que constituyan una complicación importante, pues un tiempo de evacuación prolongado sin acompañarse de otro trastorno, corresponde a una forma cicatrizal definitiva que puede ser bien tolerada. En aquéllos casos, el motivo que lleva a la cirugía es la corrección del trastorno mecánico y no la fase de actividad de la úlcera, por lo tanto, lo primero a saber es si estamos frente a un empuje ulceroso, o si la patología es residual. La simple píloroplastia gastroenterostomía puede ser toda la conducta quirúrgica, sin recurrir a la gastrectomía, que es excesiva.

La historia cuidadosa de los sufrimientos puede servir de guía, así como los datos de laboratorio, que deben mostrar siempre, si la úlcera es duodenal, aumentados los valores de acidez y la radiología, previo lavado gástrico, que nos mostrará el asiento de la lesión.

Dado que esta no es una complicación que demanda una terapéutica urgente, hay tiempo para poner en reposo el estómago antes de proceder a la cirugía.