

RELACION ENTRE ULCERA GASTRICA Y CANCER GASTRICO

La degeneración maligna de una úlcera gástrica, ha sido considerada durante muchos años como hecho frecuente. Resulta sin embargo difícil, aportar la prueba histológica absoluta de que una úlcera gástrica experimente la degeneración maligna. Shields Warren afirma que en su material de la Clínica Lahey, donde todas las piezas de resección gástricas son estudiadas histológicamente, hubo sólo cuatro casos en que se comprobó el probable origen del cáncer, en base a la preexistencia de una úlcera gástrica benigna. Sólo cuando existen signos de una destrucción prolongada y fibrosis de la pared gástrica en relación con un cáncer, puede sospecharse su existencia a partir de la úlcera crónica; aún así, es difícil probar que la enfermedad prolongada no haya sido en realidad un cáncer de larga evolución.

Mallory, en 1940, estudiando la degeneración maligna de las úlceras gástricas, llegó a la conclusión de que las estadísticas clínicas concuerdan en que la úlcera crónica rara vez se canceriza. Finsterer, en 1924, afirmaba que la degeneración maligna de la úlcera era tan frecuente, que la resección gástrica debía ser considerada como intervención precoz del cáncer de estómago. Marshall opina que no existen suficientes pruebas histológicas para llegar a la conclusión de que muchos carcinomas se desarrollan a partir de la úlcera gástrica y que ésta interviene a lo sumo en un 5 % del total de los cánceres gástricos. Bockus afirma que los pacientes portadores de una úlcera duodenal con gran hiperclorhidria, rara vez mueren de carcinoma gástrico. El carcinoma es menos frecuente en aquellos que tienen úlcera duodenal y gástrica, que en los que no padecen de ningún trastorno gástrico. Fischer y colaboradores encuentran que la degeneración en estos casos se ve en el uno por mil, lo que equivaldría a una relativa seguridad. Sin embargo, el problema del diagnóstico precoz y su cirugía radical, no son los únicos factores que cuentan en la supervivencia en el cáncer gástrico. La naturaleza biológica de cualquier cáncer gástrico no puede ser evaluada, como tampoco su crecimiento, lo cual tiene mucha importancia para el pronóstico postoperatorio.

Como vemos, el problema no está en discutir si la úlcera degenera o no y en qué porcentaje lo hace; el problema radica en la dificultad de realizar el diagnóstico previo de cáncer ulceriforme, pues no existen elementos clínicos o de laboratorio que permitan diferenciarlos. Es conocida la tendencia a la recidiva que tienen las úlceras gástricas, sobre todo después de cierta edad, y la dificultad para la cicatrización anatómica, que no se corresponde con la mejoría clínica, ya que ésta se obtiene mucho antes, dando al clínico la sensación de cura.

Los cirujanos han dado la voz de alarma, para que no se pierda el momento útil para la resección. Walters afirma que todos los pacientes por encima de 40 años con úlcera gástrica crónica recidivante, deben ser sometidos a tratamiento quirúrgico por el riesgo de la degeneración maligna. Lahey resuelve esta situación, diciendo lo siguiente: si pudiéramos persuadir a los gastroenterólogos, que prácticamente no existe la degeneración de las úlceras gástricas, que éstas son carcinomas desde el comienzo, se mostrarían más reacios a prolongar los tratamientos médicos en las úlceras que recidivan. Las cosas están en su verdadero lugar, cuando se expresa y se procede de acuerdo a estos postulados, es decir, que la gastrectomía se debe practicar en todos los casos en que fracase el tratamiento médico del *ulcus gástrico*; notemos que aquí, más que en otros casos, es necesaria la individualización del tratamiento, pues el error imputable al médico se paga con una resección no justificada o con la vida del paciente. La perseverancia frente al fracaso del tratamiento supone desconocimiento del problema y negligencia culpable.

RESULTADOS

Del estudio de las estadísticas nacionales y extranjeras, hay un hecho que surge y es que la mortalidad operatoria es tan baja, como para que podamos basarnos en ella para justificar la operación. Es baja en todos los centros y en manos de cirujanos medianamente hábiles. *No se trata pues de la sobrevida operatoria sino, de cómo es ésta.* En nuestro medio la casi totalidad de las intervenciones que se practican por *ulcus gastroduodenal* son resecciones, gastrectomías subtotales o parciales, que se prac-

tican por el procedimiento Billroth II más o menos modificado, 90 % de los casos, en el resto, por el Billroth I.

Existe una copiosísima experiencia como para afirmar que el Billroth II es una buena operación, que es fácil de hacer, aplicable prácticamente a todos los casos de úlcera y con mortalidad muy baja (1 a 2 %). Los panegiristas del Billroth I reconocen que es aplicable a un porcentaje menor de ulcus gastroduodenales, pero que es más fisiológica, citando como prueba de su aserto, que cuando un Billroth II no marcha, se consigue la curación o la mejora, transformándolo en Billroth I. Actualmente se publican estadísticas muy favorables de este procedimiento y se nota cierta tendencia entre los cirujanos, a no utilizar en los duodenales las resecciones amplias, sino a practicar operaciones más económicas asociadas a la vagotomía.

En términos generales se puede decir, que cuando el tratamiento quirúrgico estaba indicado, los resultados se pueden considerar excelentes en el 80 % de los casos, buenos en el 15 % y malos en el 5 % restante. Esto resulta después de cotejar estadísticas y depurar los resultados; así, por ejemplo, tomados todos los casos globalmente, los resultados excelentes no alcanzan al 60 % del total y los buenos se mantienen en 15 %, apareciendo resultados regulares y malos en un 25 %.

¿En qué consiste la depuración? En primer término, en que no se catalogan basados en la respuesta del paciente, sino que del interrogatorio del enfermo se desprenden pequeños trastornos que para el enfermo son tolerables en comparación con los que tenía anteriormente y no los valoriza como para que pesen en la respuesta: parte de la base de que “algo” tiene que sentir. En otros casos el enfermo manifiesta desconformidad con el resultado operatorio, en base a que no puede comer de todo, en general es el médico el responsable, pues le había prometido régimen libre después de la intervención.

En lo que queremos hacer incapie, no es en los resultados de las gastrectomías practicadas con indicaciones correctas, pues en estos casos los resultados están de acuerdo a lo esperado, entrando en juego el estado local, la repercusión en los órganos vecinos, la coexistencia con otros procesos, y lo que se ha podido hacer en la intervención; *queremos insistir en que las malas indicaciones para el tratamiento quirúrgico son las que dan mal resultado. Así*

las resecciones practicadas en úlceras simples no complicadas, o en los casos perfectamente clasificables como psicósomáticas, los resultados son francamente descorazonadores, pues las recidivas pasan del 35 %, y las secuelas postoperatorias son frecuentes.

No creemos que determinado procedimiento sea superior o evite más secuelas; entendemos que el Billroth I o el II, bien manejados, dan resultados comparables, pero que en determinados casos son demasiada intervención; puede bastar una simple gastroenterostomía o una píloroplastia; lo que es fundamental es que el cirujano sepa discernir cuál es el procedimiento adecuado para ese enfermo.

Si se pesa el riesgo operatorio, el período de incapacidad para el trabajo, la necesidad de régimen postoperatorio por un plazo determinado, la dificultad para recuperar el peso anterior al de la intervención, los trastornos nutritivos, la falta de libido o su disminución, la instalación del "síndrome de Dumping" inmediato y tardío, los trastornos propios de la evolución de las heridas, la posibilidad de eventraciones, etc., se llega a la conclusión de que hay que ser cauto en la selección de los casos, pues todas estas complicaciones alcanzan al 25 %. Por ejemplo, el 40 % de los gastrectomizados no alcanzan el peso anterior aunque no tengan síntomas molestos; alrededor del 20 % presentan el síndrome de Dumping (especialmente este trastorno es el que ha sido juzgado de manera desigual en las estadísticas, apareciendo en algunas con porcentajes superiores al 35 % y en otras no se consigna). Consideramos que en estos casos, los resultados se basan en la respuesta del enfermo y no en la búsqueda sintemática, pues si no aparecería en la misma proporción; es curioso como un trastorno tan importante como éste, ha sido tan diversamente interpretado, ya sea como factor de incapacidad, como del punto de vista fisiopatológico, pues con el nombre de síndrome de evacuación rápida, inmediato y tardío, se agrupan fenómenos distintos en su fisiopatología y en su terapéutica.

Lo primero ha saber, es que existe el *síndrome de Dumping* antes de la operación, después de ésta, cualquiera sea la técnica empleada y que tiene varias interpretaciones, que no es patrimonio del Billroth II, pues se ve en el Billroth I.

William Scott, al referirse al síndrome de Dumping, manifiesta que todo individuo que haya perdido la integridad del es-

finter pilórico ya sea por gastrectomía, piloroplastia o derivación por gastroenterostomía, es un candidato en potencia a padecer el mencionado síndrome. Parecería que esta afirmación no fuera cierta, por el hecho de que en los enfermos que presentan rigidez del anillo pilórico con evacuación acelerada, ya sea por proceso cicatrizal o por invasión neoplásica en el caso de las linitis plásticas, no presentan trastornos digestivos de este tipo, aunque fueran más atenuados.

Randall y Roberts manifiestan que los síntomas de Dumping son producidos por la introducción rápida de soluciones hipertónicas en la porción inicial del intestino delgado. Los carbohidratos son los más dañosos, pero muchas soluciones, que van desde los aminoácidos, solución salina hipertónica, leche y sus derivados, hasta los catárticos salinos, pueden producir los síntomas. Las concentraciones hiperosmóticas en la luz duodenal, inician una rápida derivación de gran cantidad del agua del plasma circulante, hacia la luz del intestino. Puede, además, existir una dilatación importante en el lecho esplácnico.

Como resultado de esto, el paciente experimenta dos tipos de síntomas. El primero, es el que está relacionado con la distensión intestinal debida al flúido con hiperperistaltismo, distensión, calambres y a veces diarreas. El otro tipo de síntomas, lo constituyen la reducción del volumen de sangre circulante con debilidad, palidez, sudoración, taquicardia, palpitación y disminución del gasto circulatorio, síntomas similares a los que se ven cuando se pierde un litro o más de sangre en forma rápida.

El llamado síndrome de Dumping tardío, se caracteriza por síntomas parecidos de tendencia al colapso, mareos, sudoración, etcétera; estaría en relación con un estado de hipoglicemia y mejora con la introducción de alimentos, especialmente los carbohidratos, es decir, todo lo contrario del síndrome anterior. Hasta ahora sólo se habla de los trastornos que se suponen ligados al asa aferente, pero para la primera variedad de Dumping cabría suponer otra interpretación.

Entre nosotros, del Campo, en 1949, se ha ocupado de estudiar este síndrome, llegando a la conclusión, que existe en la gran mayoría de casos un síndrome mecánico, por mal funcionamiento del asa aferente, con obstrucción intermitente en los períodos digestivos, que es totalmente independiente del asa eferente, pues

se ve con frecuencia evacuación en tromba perfectamente toleradas. Illingworth, en Inglaterra, y del Campo, en el Uruguay, propusieron, simultáneamente, para este tipo de trastorno, la yeyuno yeyunostomía o duodeno yeyunostomía con resultados curativos.

Estos hechos sorprenden, porque se ha considerado a la anastomosis a la Braum, generadora de ulcus marginales al dejar sin la protección del líquido biliar que neutralizaría el excedente de acidez gástrica. Los hechos superan a las conjeturas, las premisas de ayer no son válidas para hoy, porque no se opera con el mismo criterio reseccionista, dado que son más amplias, con índices de acidez más bajos, sabiéndose, por otra parte, que la anacididad postoperatoria raramente es conseguida y que esta última está lejos de constituir el ideal. Se busca la normoacididad, evitar los empujes de hipersecreción, sobre todo nocturna (secreción cefálica) y eso se consigue o no, pero en sí misma la anastomosis a la Braum tiene sus indicaciones y ésta es una de ellas.

En cuanto al beneficio de la regurgitación alcalina para neutralizar el resto de secreción ácida, también es cuestionable, pues se ha visto que aumenta el volumen secretorio gástrico manteniendo un estado congestivo crónico, del cual se ha ocupado Schindler. En cuanto a la realidad de la interpretación del síndrome de Dumping mecánico, producido por el llenamiento del asa aferente, también cabe hacerle algunas objeciones, pues no es infrecuente encontrar radioscópicamente rellenos del asa aferente que vuelca su contenido por antiperistalsis en el estómago, siguiendo luego el asa eferente, sin acompañarse de trastorno alguno. Los factores que condicionan la aparición de la úlcera y su mantenimiento y su ritmo, son varios, por lo que no creo que exista una explicación única.

El hecho es que el síndrome de Dumping puede ser tratado con eficacia, por medio de la entero-entero-anastomosis a la Braum o en pantalón de Steimberg.

Con respecto al síndrome tardío de Dumping, referido a un estado transitorio de hipoglucemia, la patogenia podría ser la siguiente: el mecanismo de la glucorregulación puede estar alterado por la resección gástrica, en efecto, la insulina es fabricada por las células beta de los islotes y el glucagon por las células alfa.

Estas últimas se encuentran también distribuidas en el tubo digestivo, especialmente en el estómago; la resección de éste, al suprimir una parte del sector de células alfa, provocaría el desequilibrio entre la hormona hipoglucemiante y la hiperglucemiante representada por el glucagon. Se ha visto que en el caso de úlcus gastroduodenal y diabetes de contra regulación, en el cual el trastorno no radica en la insuficiencia insulínica sino en los mecanismos contra reguladores a cargo de la corteza suprarrenal y glucagon (asociación muy rara), la gastrectomía corrige la diabetes porque suprime parte del sector de las células alfa extrapancreáticas. Es probable que se pueda preveer este resultado, estudiando los mecanismos glucorreguladores.

Milstein, estudiando los resultados alejados de la gastrectomía parcial, manifiesta que el 86 % de los enfermos experimentaron tal mejoría, que merecía haberse practicado la gastrectomía parcial. Que sólo en el 33 % de los casos se obtiene la aclorhidria libre, entendiendo que ésta no es fundamental para asegurar buenos resultados postoperatorios. No considera importante el tipo de anastomosis en cuanto a los resultados. Los síndromes postprandiales precoces se encontraron en el 19 % y los tardíos en el 18 %. La úlcera marginal se presentó en un solo caso, 1 %.

En un estudio practicado por Hillemand sobre el resultado de las gastrectomías por úlcus, recalca que no se va a dirigir contra las gastrectomías por úlcus sino contra las gastrectomías mal indicadas o mal ejecutadas. En este sentido destaca, que es más importante conocer el resultado del conjunto de los cirujanos, que el de uno solo, pues éste si publica su estadística es porque sabe seleccionar las indicaciones y operar bien. Destaca tres hechos en los que, a su juicio, se debe insistir: 1) La resección insuficiente. 2) El reflujo del contenido gástrico en el asa aferente, 20 % de los casos. 3) Reflujo de bilis del asa aferente en el estómago, 18 % de los casos. Destaca que sobre 169 enfermos controlados, 103 están desconformes. Pero hace un distingo muy importante dividiendo en dos categorías de enfermos: aquellos a quienes seleccionó personalmente, en general de la clientela privada y los que constituyen la clientela hospitalaria, carente de todo recurso de orden social, alcoholistas, que no han seguido régimen postoperatorio, pésimo estado bucal.

Los malos resultados que han obtenido, son muy vecinos a los observados en las estadísticas hechas en los Servicios de Seguridad Social.

En cuanto a la técnica a emplear se pronuncia en contra del Pean-Billroth, recomendando el Polya o el Finsterer, desaconsejando el uso del material no reabsorbible, y achacando a la mala técnica los malos resultados operatorios.

Entre las complicaciones generales independientes de la técnica empleada, destaca las siguientes: a) La anemia, que en general es microcítica, obedece a la medicación marcial. b) La tuberculosis pulmonar, que la considera complicación importante y frecuente en el 28 % de los casos, haciendo la salvedad que la tuberculosis es rara en los viejos ulcerosos. Esto implica dos reglas formales, a saber: realizar sistemáticamente el estudio radiográfico pulmonar y no operar a ningún sujeto con pasado pulmonar o imagen torácica sospechosa; se excluyen, por supuesto, las indicaciones de urgencia. c) Los trastornos del comportamiento sexual, que alcanzan al 30 %; van desde la disminución de la libido hasta la impotencia, destacando que lo que más llama la atención es la falta de preocupación por parte del enfermo que no reclama la curación, se inclina a pensar que este estado es debido a la astenia de los operados, y en algunos casos a insuficiencias tiroideas. d) Trastornos psíquicos postoperatorios que los encuentra en el 25 % de los operados. e) Fatiga, astenia y adelgazamiento en el 40 % de los operados.

CONCLUSIONES

Dos criterios rigen la cirugía del ulceroso, según sea duodenal o gástrico. Para el primero, en el momento actual, se busca la terapéutica más fisiológica, evitando la exéresis o limitando ésta; la gastrectomía no es la operación adecuada, salvo para las complicaciones, y esto después de pesarlo mucho.

No consideramos ventajoso el Billroth I sobre el Billroth II, ni creemos que sea fundamental hacer exclusivamente una técnica, porque los enfermos son variados y el cirujano debe conocer todas las técnicas, aunque prefiera una de ellas. No creemos que se deban atribuir a defectos de técnica los fracasos, aunque

éstos existen, pues los cirujanos que cometen los defectos de técnica, tienen estadísticas favorables en la mayoría de los casos; sino más bien a la mala selección de los casos para la cirugía. Esto se debe en general, a que el estudio del ulceroso ha salido de la clínica para colocarse dentro de la radiología y del laboratorio, que si bien son fundamentales para el diagnóstico de la lesión, no pueden enfocar al enfermo en su totalidad, sino sólo afirmar la existencia de la úlcera; por tal motivo, el médico no conoce lo suficiente a su paciente y no lo cataloga adecuadamente, sólo sabe que es un ulceroso y no porqué es un ulceroso.

Consideramos además, que los tratamientos deben ser primera y fundamentalmente médicos, en la amplia acepción de la palabra, por lo que no cabe el distingo entre cirugía y medicina.

Se trata siquiera o no de una afección de carácter psicossomático en un enorme porcentaje de los casos, por lo que es adecuado el solicitar el asesoramiento del psicólogo antes de decidir la conducta terapéutica. El psicólogo debiera integrar el equipo médico en el mismo plano que el radiólogo.

La gastrectomía será una operación necesaria, en tanto el médico prescinda del estudio global del enfermo, es decir continuaremos haciendo gastrectomías mal indicadas, mientras desconozcamos el problema del enfermo ulceroso.

La gastrectomía tiene su lugar indiscutible en las complicaciones de la evolución de la úlcera, que el médico no evitó o no pudo evitar, pero usada como tratamiento para oponer al médico, lo consideramos un error. No constituye ninguna solución suprimir más del 60 % del estómago para evitar una recidiva; es un precio demasiado alto y debe ser rechazado.

En los casos seleccionados (complicaciones del ulcus gastroduodenal) la cirugía ofrece la mejor solución hasta el momento y los porcentajes de curación alcanzan cifras muy favorables, lejos de las que publica Hillerand, de criterio evidentemente pesimista, probablemente ligado al medio donde actúa, y de orientación médica. No es de extrañar que los porcentajes de curación sean bajos, debido a que los problemas de los ulcerosos no tienen fácil solución en los países devastados por la guerra. La similitud de su estadística con las del Socorro Social, dan más razón y apoyo a la teoría psicossomática del origen de la enfermedad.

Conclusiones parecidas obtiene Chifflet en el estudio efectuado como médico de las Cajas de Jubilaciones.

Por el momento y mientras no dispongamos de procedimientos que permitan hacer el distingo entre cáncer ulceriforme y úlcera gástrica, la gastrectomía tendrá que seguir practicándose, pero sólo en tanto esto no se consiga, pues dado que el fin de la cirugía del ulceroso es suprimir la hipersecreción ácida, y ésta no se encuentra aumentada en los gástricos, las razones fisiopatológicas para la operación no son muy valederas.