

RELATO.

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA ULCERA GASTRICA

Dres. JORGE BURJEL, ARNOLDO LISCHINSKY,
WASHINGTON LANTERNA e ITALO MULATTIERI

SUMARIO

- I. Introducción.
- II.—Razones para separar la úlcera gástrica de la úlcera duodenal.
- III. Diagnóstico clínico y radiológico.
- IV. El problema úlcera-cáncer.
- V. Indicaciones operatorias de la úlcera gástrica.
- VI.—Tratamiento quirúrgico de la úlcera gástrica no complicada.
 - 1) Bases fisiológicas del tratamiento quirúrgico de la úlcera gástrica.
 - 2) Bases patogénicas del tratamiento quirúrgico de la úlcera gástrica.
 - 3) Exploración quirúrgica de la úlcera gástrica.
 - 4) Aspectos anatómicos de la úlcera gástrica.
 - 5) Gastrectomía subtotal.
 - 6) Métodos alternativos con la gastrectomía subtotal.
 - 7) Úlcera gástrica de localizaciones especiales.
 - Yuxtacardial.
 - Pilóricas y prepilóricas.
 - Asociadas.
- VII.—Tratamiento quirúrgico de la úlcera gástrica complicada.
 - 1) Hemorragia.
 - 2) Perforación.
 - 3) Estenosis.
- VIII.—Recurrencia.
- IX. Complicaciones del tratamiento quirúrgico.
- X.—Conclusiones.

I.— INTRODUCCION

Este relato pretende señalar algunos perfiles del tratamiento quirúrgico de la úlcera gástrica, en un Hospital Regional que comprende una población de aproximadamente 75.000 habitantes, extendida en un área urbana y rural. Incluiremos en este estudio los pacientes vistos exclusivamente en la última década.

Las conclusiones que aquí se establecen, tienen como base:

- a) El análisis de 368 casos en los que se estableció un diagnóstico radiológico de úlcera gástrica.
- b) El tratamiento quirúrgico de 80 de esos pacientes, acompañado por el testimonio del patólogo que ha estudiado el espécimen resecado.
- c) El "follow-up" casi obligado, ya que nuestro medio nos exige una convivencia casi diaria con los pacientes.

Los métodos de diagnóstico preoperatorio utilizados fueron fundamentalmente el estudio clínico y radiológico, y secundariamente el quimismo gástrico. No hemos empleado la gastroscopia, la citología gástrica ni la biopsia preoperatoria, por carecer de dichos elementos.

Pretendemos con este relato entablar un diálogo de doble propósito; uno hacia los cirujanos de Centros similares al nuestro, con los mismos problemas y las mismas limitaciones, y el otro hacia el cirujano especializado a fin de recibir su experiencia y su enseñanza.

Nos proponemos como finalidad, plantear los siguientes conceptos:

- a) La úlcera gástrica (U.G.) y la úlcera duodenal (U.D.) presentan al cirujano general problemas de resolución diferente. Son dos tipos de pacientes que requieren una conducta distinta.
- b) La U.G. es una enfermedad fundamentalmente quirúrgica. La resección del píloro, antro y sus zonas intermedias, es la terapéutica de elección.
- c) Los tratamientos quirúrgicos conservadores de la U.G. deben ser empleados por razones de necesidad y no de elección.

Es necesario puntualizar que nuestras observaciones son de pacientes que clínicamente presentaron historia de enfermedad ulcerosa crónica, y en los cuales anatómicamente se demostró una ulceración crónica, no específica, que responde a los conceptos de Newcomb y Ewing.

Quedan excluidos de nuestra casuística:

- a) Los pacientes de U.G. que han sido sometidos a tratamiento médico exclusivo.
- b) Las lesiones gástricas ulceradas notoriamente malignas.
- c) Las U.G. de causa local, sífilis, lifogranulomatosis, tuberculosis, schwannomas.
- d) Úlceras medicamentosas; por corticoides, aspirina, butazolidina, etc.
- e) Úlceras por stress.
- f) Úlceras del síndrome de Zollinger-Ellison.
- g) Exulceraciones simples y gastritis ulcerosa.

La bibliografía, estadística, y conceptos patogénicos aquí recopilados, tienen como propósito racionalizar nuestra acción quirúrgica.

II.— RAZONES PARA SEPARAR LA ULCERA GÁSTRICA DE LA ULCERA DUODENAL

Parece imprescindible con la evolución de los conceptos clínicos, y sobre todo patogénicos y terapéuticos, separar la U.G. de la U.D. El estudio conjunto de ambos procesos bajo un capítulo general de *ulcus gastroduodenal*, crea una sensación de uniformidad que no es real. “La U.G. se ha transformado, en la última década, en una entidad de especial significado, aislada de su hermana mayor la U.D.” (Harkins) (63, 76).

Analicemos, por lo tanto, las diferencias entre uno y otro proceso.

—La U.G. es una afección que aparece a una edad promedialmente más tardía que la U.D.

—La U.G. estadísticamente se presenta con una frecuencia proporcionada en ambos sexos. La U.D. es predominante en el sexo masculino.

—La U.G. es una afección con síntomas fundamentalmente locales. Los trastornos psíquicos que definen la clásica personalidad del ulceroso, son mucho más comunes en la U.D.

—El diagnóstico diferencial de la U.G. se plantea sobre todo con el cáncer gástrico, lo cual constituye el eje de la orientación terapéutica de esa enfermedad. Este diagnóstico diferencial no se plantea en la U.D. (69).

—Los enfermos con U.D. son casi uniformemente hipersecretores de HCL a alta concentración, mientras que en la U.G. los resultados son menos uniformes, y esto varía según el sexo y sitio de la úlcera (2, 6) (fig. 1).

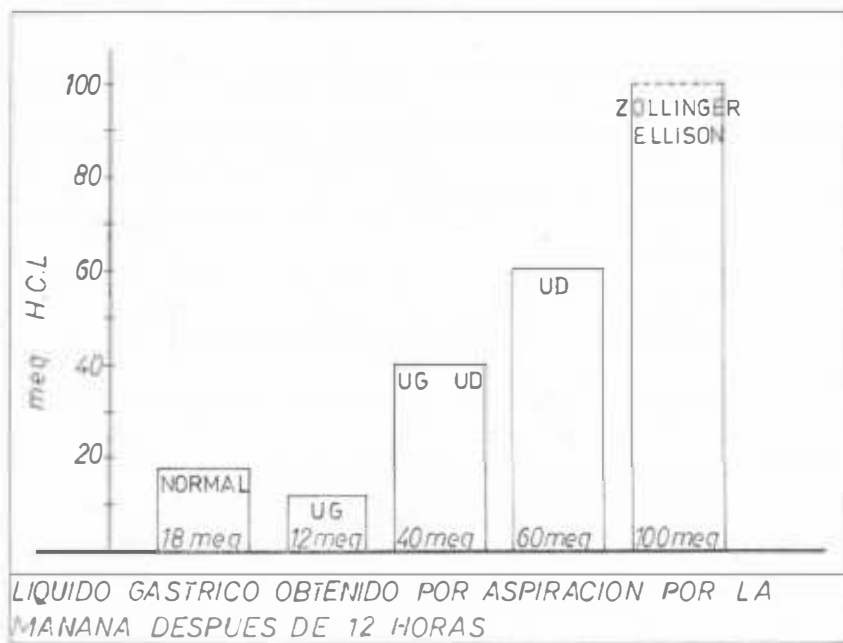


Fig. 1. Diferencia de la secreción de H.C.L. en las distintas formas de úlcera péptica [imitado por Oberhelman (66)].

—La motilidad gástrica observada radioscópicamente, se presenta disminuida y con un retardo en la evacuación en la U.G. La hiperquinesia y la evacuación normal o acelerada son casi constantes en la U.D. (66).

—Las complicaciones, sobre todo la hemorragia y la perforación, se acompañan de una morbimortalidad estadísticamente mayor en la U.G. que en la U.D. (56).

—En la respuesta al tratamiento médico de prueba, observamos que cuando ambos procesos van a la curación, en la U.G., ésta es rápida, mientras que en la U.D. es tórpida y difícil. Esta terapéutica de prueba debe ser de corta duración, y sometida a controles clínicos y radiológicos muy estrictos en la U.G. donde el peligro del cáncer acecha, mientras que puede ser mucho más liberal en la U.D. (21, 26).

—Si observamos la evolución de las teorías patogénicas de la enfermedad ulcerosa, nos sorprende ver, como a medida que ha transcurrido el tiempo, la U.G. es producida por un defecto en la fisiología antral y una disminución de la defensa tisular de carácter local. En cambio, en la U.D., la falla primaria estaría en el estímulo vagal y en la respuesta de la masa de células parietales (17).

—Cuando se llega a la resolución quirúrgica, es evidente que en el momento actual frente a la U.G., los cirujanos son eminentemente reseccionistas, mientras que ante una U.D. existe una evolución progresiva hacia el empleo de técnicas conservadoras.

—La biología distinta de ambos procesos, está presente en el ánimo del cirujano que los interviene. Cuando se opera una U.G. no existe una preocupación real por la recidiva de la enfermedad, que es insignificante, pero sí por el posible carácter maligno de la lesión. En la U.D., en cambio, la posibilidad de recidiva es muy importante y condiciona en gran parte la táctica quirúrgica a emplear.

—En el caso de la úlcera pilórica las diferencias señaladas son menos evidentes desde el punto de vista patogénico y biológico, pero persiste la posibilidad de su malignización.

Las diferencias señaladas, justifican según pensamos, la separación de la U.G. del capítulo general de ulcus gastroduodenal.

III.— DIAGNOSTICO

1) *Diagnóstico clínico*

No entraremos, por supuesto, a hacer un estudio clínico completo del sufrimiento ulceroso gástrico (7).

Nos limitaremos a transcribir algunos datos de nuestra casuística haciendo énfasis en la larga evolución clínica de los pacientes antes de llegar al Servicio de Cirugía.

—*Distribución por sexos: 65 % hombres, 35 % mujeres.*

—*Tiempo de evolución de los síntomas:*

Menos de 1 año	18 %
1 a 4 años	53 "
5 a 10 años	20 "
Más de 10 años	9 "
Subaguda	3 "

—*Edad:*

20 a 30 años	5,5 %
31 " 40 "	12,5 "
41 " 50 "	33,3 "
51 " 60 "	16,6 "
61 " 70 "	11,1 "
71 " 80 "	12,5 "
81 " 90 "	4 "

—Síntomas:

Dolor: como síntoma predominante	33	casos
Síndrome ulceroso típico	25	”
Ardor	17	”
Adelgazamiento	11	”
Vómitos	5	”
Anemia	5	”
Anorexia	4	”
Dispepsia postprandial	4	”
Desnutrición	2	”
Disfagia	2	”
Psicosis	2	”
Dispepsia atípica	4	”

2) *Diagnóstico radiológico*

Trataremos de resumir en forma breve nuestra experiencia sobre algunos aspectos radiológicos de la U.G.

En la ciudad de Paysandú, en los últimos 20 años, practicamos personalmente 30.000 estudios radiológicos gastroduodenales. A los efectos estadísticos, tomaremos de estos estudios, una serie mejor documentada, realizada últimamente, y que comprende el estudio de 10.000 enfermos.

Dentro de esta serie encontramos 368 pacientes portadores de U.G. (fig. 2).

Los estudios se realizaron con las técnicas clásicas y desde 1965 empleamos intensificador de imágenes y circuito de T.V.

a) *Nicho.*

El síntoma radiológico fundamental en el diagnóstico de la enfermedad ulcerosa gástrica es la imagen de nicho. La enfermedad ulcerosa duodenal presenta con frecuencia una rica sintomatología funcional, que permite un diagnóstico aún cuando no se objetive el nicho. Esto no ocurre en la U.G. En ésta los signos funcionales sobreagregados son mucho menos expresivos, y las secuelas de tipo retracción, no son constantes ni tienen la especificidad de la deformación en trébol del bulbo duodenal.

La imagen de nicho no plantea en general diagnóstico diferencial alguno, si exceptuamos el divertículo gástrico. Esta rara afección, se diferencia del nicho ulceroso por su topografía, generalmente subcardial (como hemos observado en 2 casos) y la existencia del cuello del divertículo propiamente dicho.

EST. RADIOLOGICA

EST. RX

SERIE DE GD DE 10000 CASOS

368 U.G 3.6 %

368 U.G 35 MALIGNAS 9.2 %

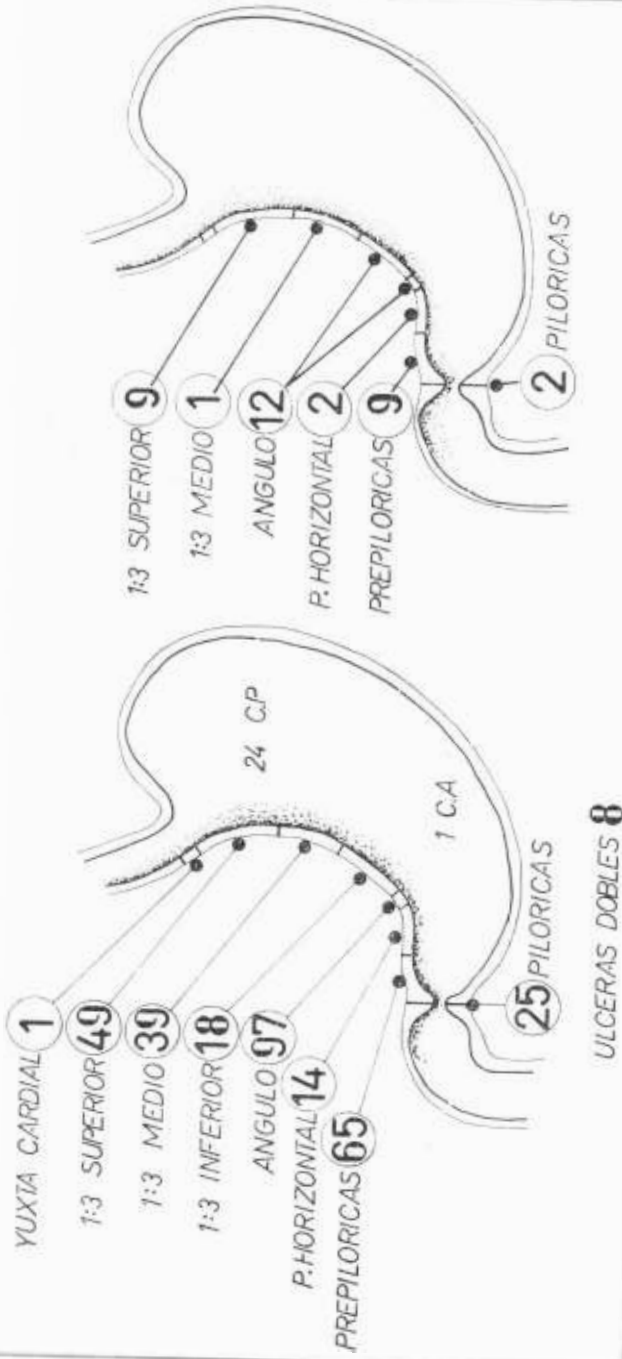


Fig. 2. Localización radiológica (insuficiente subyacente)

Para la objetivación radiográfica del nicho se exige una participación activa del radiólogo que practica la fluoroscopia, de manera de obtener la posición del enfermo y la incidencia de rayos más apropiada. De esta manera obtendremos la visualización del nicho en su situación exacta y valoraremos mejor su tamaño.

b) *Localizaciones del nicho.*

—La visualización del nicho en la pequeña curva es, en general, fácil, si la U.G. no está complicada con retracción. Se le observa ya durante la ingestión del contraste, distinguiéndose por su morfología, su constancia y su menor opacidad con respecto a la del cuerpo gástrico, como consecuencia de su menor espesor.

La imagen así observada se confirma posteriormente en los decúbitos.

—La U.G. de cara posterior no se observa con facilidad en la posición de pie a pesar de que puede ser sospechada en esta posición gracias a la inclinación hacia adelante y hacia abajo del cuerpo gástrico. La evidencia se obtiene en decúbito dorsal o semireclinado, con o sin compresión.

—Los nichos de cara anterior de la porción vertical, son felizmente muy raros, pues son de objetivación muy difícil debido justamente a la mencionada inclinación del cuerpo gástrico y a la situación posterior de la cámara gástrica superior. Estos factores provocan un relleno masivo de la porción vertical en el decúbito ventral, que dificulta mucho la objetivación de los nichos de cara anterior.

—Los nichos de pequeña curva prepilórica son también con frecuencia de diagnóstico difícil, exigiendo un examen detallado, a veces repetido, de la región. Son habitualmente de tamaño muy pequeño. Además la dirección hacia atrás y a la derecha del antro hacen que el nicho se evacúe con facilidad, al rotar el paciente hacia la izquierda, tratando de desplazar la imagen antral de la proyección bulbar.

—En la región subcardial, las dificultades están dadas por lo complejo del relieve mucoso normal, y por la imposibilidad de practicar compresión en la zona oculta tras la parrilla costal. En la posición decúbito, el relleno en la cámara gástrica superior por el contraste impide la visualización de algún posible nicho subcardial, y aún de parte alta de pequeña curva en los estómagos hipertónicos. Para esta zona resulta sumamente útil la fluoroscopia, en especial si es con intensificador de imágenes, para visualizar un posible nicho durante la ingestión, estando el paciente en posición de pie.

—Sobre la gran curva gástrica, hemos observado neoplasias ulceradas, pero nunca en nuestra experiencia personal, hemos observado imágenes que planteen el diagnóstico de úlcera péptica.

—En ciertos casos la localización de la lesión está dada por las complicaciones. Esto sucede, por ejemplo, en la pequeña curva retraída hacia arriba, como tironeada desde el punto lesionado, o en los pliegues radiados que convergen hacia el asiento de la ulceración o su cicatriz.

c) *Otros caracteres del nicho.*

Una vez objetivado un nicho en la pantalla, se emplean las maniobras que nos permitan en lo posible establecer el tamaño, el grado de extensión en superficie y en profundidad, la actividad inflamatoria, las posibles complicaciones y la etiología del proceso.

—Respecto al tamaño, señalaremos que las grandes ulceraciones que no se acompañan de infiltración perilesional, habitualmente corresponden a procesos benignos. Se observan en enfermos carenciados y es frecuente la rápida disminución del tamaño después de instituir un régimen hiperproteico.

—La profundidad del nicho, así como su fijeza pese a los cambios posturales del enfermo, son habitualmente índice revelador de una úlcera que ha invadido órganos o tejidos vecinos. Cuando tienden a la curación, se observan deformaciones del fondo de la úlcera por las retracciones esclerosas.

—La actividad inflamatoria, importante para establecer la oportunidad operatoria, está indicada por el edema perilesional de la mucosa, que borra los pliegues mucosos y se continúa en forma gradual con la mucosa normal. Cuando se trata de una infiltración neoplásica esta transición es más abrupta. Este edema se ve a veces como un rodete claro cuando observamos la ulceración de perfil. En cuanto a la valla que circunda el nicho es de interpretación dificultosa, pues cuando es regular y retrocede fácilmente con tratamiento médico, puede corresponder a edema. Se la supone neoplásica cuando es irregular y persistente.

—Cuando el proceso inflamatorio ha invadido la pared gástrica en las proximidades del nicho, ésta pierde parcialmente su flexibilidad normal a la compresión y aplana las ondas de contracción gástrica. Este fenómeno sólo se diferencia por cuestión de grados de la infiltración neoplásica, y con frecuencia es difícil de evaluar a los efectos de establecer el diagnóstico diferencial.

—Los nichos en su evolución hacia la curación, reducen su tamaño en forma progresiva, y modifican su forma redondeada adquiriendo un aspecto cónico, o deforman su fondo por retracción esclerosa como sucede a veces en los nichos penetrados.

La evolución favorable puede llevar a la desaparición total del nicho y normalización del aspecto de la mucosa, pero en otros casos persiste un nicho-secuela calloso o alteraciones esclerosas de la mucosa. Esta esclerosis puede llegar a ser muy importante, dándole al estómago una forma acaracolada sobre la pequeña curva. En estos casos puede resultar difícil la objetivación de una recidiva ulcerosa, sobre todo si el radiólogo actuante no es el mismo que hizo el diagnóstico primario.

—El diagnóstico radiológico de otros caracteres evolutivos, como ser la preperforación, o la prehemorragia, no lo hemos logrado hacer en ningún caso hasta el presente.

d) *Lesiones asociadas.*

Después de objetivado un nicho, se debe continuar con un prolijo examen del resto del gastroduodeno, pues aunque la lesión es habitualmente única, puede ser múltiple, hallándose otros nichos en otra localización dentro del estómago, o lo que es mucho más frecuente, en el píloro o en el bulbo duodenal.

En los pacientes que tienen un sufrimiento ulceroso gástrico de larga evolución, repetidos estudios radiológicos pueden mostrar una imagen de nicho en una sola oportunidad. Otras veces en esta situación, el nicho adquiere un carácter recidivante, observándose en algunos estudios y en otros no.

Es importante estudiar la frecuente concomitancia de una úlcera gástrica con un bulbo duodenal patológico, para valorar este hecho en el momento en que el cirujano debe decidir el tipo de anastomosis digestiva a utilizar.

Es muy importante que los estómagos que son o van a ser asiento de una U.G. tienen un retardo de la evacuación con dilatación antral. A veces la causa de esta retención se objetiva por una lesión orgánica o funcional del píloro o de la base del bulbo duodenal. Asociado a este hecho se observa la mucosa gástrica con un relieve inhomogéneo, debido probablemente a un exceso de mucus. Este aspecto, que podríamos llamar sucio de la mucosa gástrica, mejora habitualmente con tratamiento médico adecuado.

e) *Evolución radiológica.*

Ya hemos señalado varios aspectos de la curación de una U.G. desde el punto de vista radiológico. Debemos decir que radiológicamente hablando por curación entendemos la desaparición del empuje activo, pues lo habitual es que el nicho recidive.

La U.G. a diferencia de la U.D. cuando tiene tendencia a curar con el tratamiento médico, lo hace rápidamente dejando o no secuelas objetivables.

Agreguemos además que en empujes posteriores, la localización del nicho puede ser distinta, ya sea en el propio estómago o en el duodeno. La sucesión inversa, duodeno-estómago es más frecuente.

f) *Errores de diagnóstico.*

Algunos se cometen por defectos de técnica del radiólogo y otros son originados por las condiciones gástricas locales.

Un error elemental, pero que sucede, es el de no utilizar una correcta incidencia en las tomas radiográficas, que ignoran o muestran reducidos de tamaño un nicho. Este hecho tiene importancia para el criterio evolutivo de la lesión.

Otras veces la observación se centra sobre un detalle patológico, dejando escapar otras lesiones concomitantes. A veces la objetivación del nicho es fugaz, sea porque no se utilicen la posición y el grado de relleno adecuados, o sea porque sustancias orgánicas radiolúcidas ocupan la cavidad del nicho, impidiendo su relleno por el contraste opaco. También puede ocurrir que el líquido gástrico residual o el mucus se mezclen con el contraste, dando un medio inhomogéneo, inapropiado para la correcta objetivación de las lesiones. De acuerdo con todo lo dicho anteriormente, la mayor dificultad y el mayor porcentaje de errores, se encuentra en las lesiones prepilóricas, tanto para el diagnóstico positivo como para el diagnóstico excluyente de úlcus.

Debemos insistir que frente a un retardo de evacuación gástrica, debe extremarse la prolijidad del estudio de la región prepilórica, por la frecuencia con que se hallan lesiones a este nivel.

Señalemos ahora que frente a una lesión del canal pilórico o de sus proximidades, no es posible radiológicamente definirse sobre la naturaleza duodenal o gástrica de la úlcera histológicamente hablando; y más aún que no es raro el caso en que una lesión de evolución lenta, provoca tales alteraciones de la anastomía radiológica que resulta muy difícil y para nosotros a veces imposible, definir la localización exacta del píloro y, por lo tanto, de la lesión con respecto a él.

Como contrapartida de los errores cometidos por la radiología, señalemos que puede ocurrir que en el campo operatorio sea muy difícil encontrar una ulceración señalada en el estudio radiológico.

g) *Problema de úlcera-cáncer.*

Es seguramente el problema más difícil de la radiología de la U.G.

Hay casos en que es evidente la infiltración neoplásica alrededor de la lesión ulcerada. En otras situaciones están presentes

todos los elementos clásicamente considerados como signos de benignidad. Entre estos dos extremos todas las situaciones son posibles.

Para el diagnóstico diferencial nos guiamos por la flexibilidad de las paredes a la compresión, por la regularidad de las ondas contráctiles, la localización del nicho, la regularidad de los bordes y del fondo, la evolución del síntoma nicho en sentido de disminución del tamaño, o a la inversa su persistencia pese al tratamiento, o su recurrencia en poco tiempo.

Pero todos los signos descritos son solamente elementos de probabilidad, jamás de certeza, pues en muchos de ellos, nos manejamos con grados y matices donde interviene la experiencia y el criterio del observador. Aún debemos señalar que en algunas ocasiones, un nicho con todos los caracteres clásicos señalados como signos de benignidad, corresponden a un proceso neoplásico. Como punto final diremos que el criterio definitivo de conducta debe estar reglado por el balance clínico y estadístico de esta afección.

h) *Radiología del estómago operado.*

Nuestra experiencia a este respecto es muy limitada, pero según lo observado hasta el presente cuando se realizó una gastroduodenostomía la evacuación se hace en forma más lenta y regular que después de una gastroyeyunostomía, aparentemente por la influencia reguladora del arco duodenal con su tono y antiperistaltismo normales. Entre los operados en nuestro medio, el ritmo de evacuación llega a ser bastante similar al del estómago normal.

Según Porcher y Buffard, en el postoperatorio inmediato, el estómago está inerte y su evacuación se hace por gravedad; después de un mes el tono mejora y aparece un peristaltismo discreto; después de tres meses el tono es normal y aparece un bajo fondo que interpretamos como una "antralización radiológica" de la parte distal del muñón gástrico residual.

i) *Casuística radiológica.*

En 10.000 estudios radiológicos de gastroduodeno analizados, se encontraron 368 úlceras gástricas (3,6 %).

De 368 diagnósticos radiológicos de U.G., 35 fueron malignas (9,2 %).

—Localización de las U.G. benignas.

Angulo: 97. Prepilóricas: 65. Tercio superior de pequeña curva: 49. Tercio medio: 39. Pilóricas: 25. Cara posterior: 24. Tercio inferior: 18. Porción horizontal: 14. Úlceras dobles: 8. Úlcera yuxtacardial: 1. Cara anterior: 1.

—Localización de las U.G. malignas.

Angulo: 12. Tercio superior de pequeña curva: 9. Prepilóricas: 9. Porción horizontal: 2. Tercio medio: 1.

IV.— EL PROBLEMA ULCERA-CANCER

Cuando el médico se ve enfrentado a un paciente en el que hace el diagnóstico de U.G., inmediatamente se plantea el interrogante de si se trata de un proceso benigno o maligno (14, 50, 72, 82).

El problema así planteado tiene dos aspectos: uno clínico, práctico, que plantea la posibilidad del error diagnóstico; y otro doctrinario, patogénico, que discute el hecho de si una úlcera gástrica benigna puede malignizarse o si ya es maligna de entrada.

1) *Problema práctico*

En 73 U.G. cursadas al Servicio de Cirugía, 87 % eran benignas y 13 % malignas.

a) *Clínica.*

En nuestros enfermos portadores de úlcera-cáncer, hemos comprobado los siguientes elementos en la historia clínica:

- Edad. El más joven tiene 42 años y el de mayor edad, 77; promedio: 65 años.
- Sexo. Seis hombres y tres mujeres.
- Caracteres de los síntomas. No se observó nada llamativo en las características del síndrome ulceroso, ni variaciones importantes en el peso que justificaran una sospecha clínica de malignidad.
- Tiempo de evolución de los síntomas. Predomina el sufrimiento ulceroso de más de cinco años. Tres pacientes tenían una historia de menos de un año.
- Complicaciones. Dos pacientes presentaron hemorragia digestiva; uno síndrome pilórico y uno perforación de su lesión.
- Tratamiento de prueba. Demostró una mejoría en algunos casos y una remisión casi total de los síntomas en otro, excepto en un paciente que no demostró ninguna evolución clínica ni radiológica. La respuesta favorable al tratamiento médico, fue el factor que más influyó para demorar la indicación operatoria (10).



Fig. 3.— Localización de las úlceras gástricas benignas en círculos blancos, malignas en puntos negros (casuística personal).

En suma: los elementos clínicos permitieron la sospecha de malignidad en un solo caso. El error clínico fue de casi un 100 %.

b) Radiología.

Los datos suministrados por el radiólogo, mostraron que topográficamente, sobre un total de 10 casos localizados en el tercio superior de la pequeña curva, 4 eran malignos (33 % (fig. 3).

Sobre 37 casos de tercio medio, 4 eran malignas (10 %).

En 10 casos de úlceras prepilóricas, 2 eran malignas (20 %).

Analizando en conjunto los signos radiológicos que permitirían despistar los casos malignos, comprobamos que en 47 casos de diagnóstico radiológico de benignidad, 4 fueron malignos (8,5 % de error). En 2 casos de diagnóstico radiológico de malignidad, ambos fueron benignos (100 % de error) (fig. 4).

En 9 casos en que el radiólogo planteaba una duda diagnóstica, 3 fueron malignos.

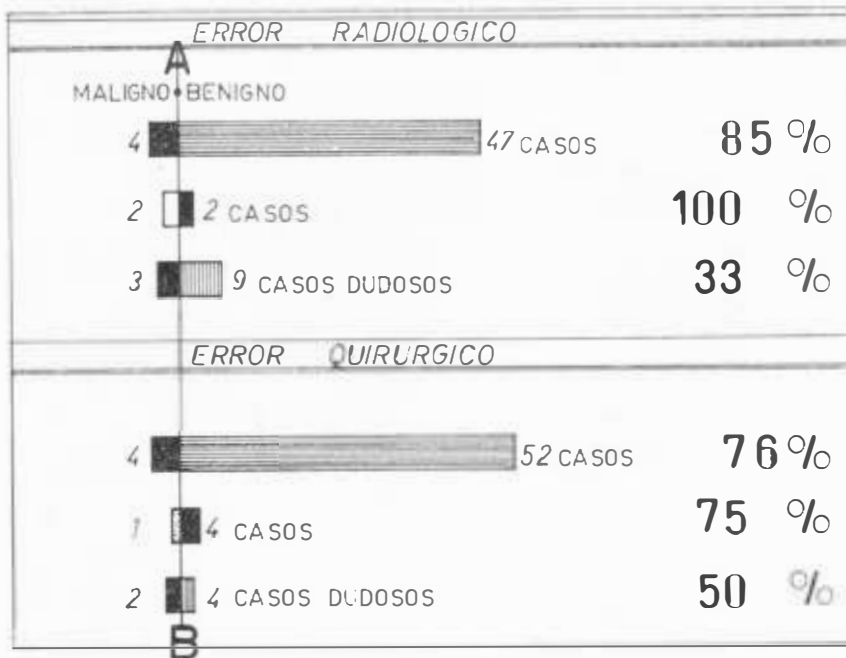


Fig. 4.— Porcentaje de error radiológico y quirúrgico en el diagnóstico entre úlceras benignas y malignas operadas en nuestra serie. Líneas A-B; a izquierda casos malignos; a la derecha benignos (casuística personal).

Hacemos notar que esta estadística se basa en los estudios radiológicos de los enfermos operados que presentamos en este trabajo, y no en el total de U.G. diagnosticadas por nuestro radiólogo.

c) Exploración quirúrgica.

La exploración quirúrgica arrojó los siguientes resultados: En 52 casos se hizo el diagnóstico de U.G. benigna y el estudio del patólogo demostró cuatro úlceras malignas. Se cometió un error del 7,3 %.

En 4 casos de diagnósticos intraoperatorio de U.G. maligna, 3 resultaron benignas (error del 75 %) (fig. 5).

En 4 casos en que el diagnóstico fue dudoso, 2 fueron benignos.

d) Anatomía patológica.

No hemos realizado estudio anatomopatológico peroperatorio.

El estudio anatomopatológico postoperatorio, demostró que hemos cometido un error del 13 % en el diagnóstico preoperatorio de benignidad.

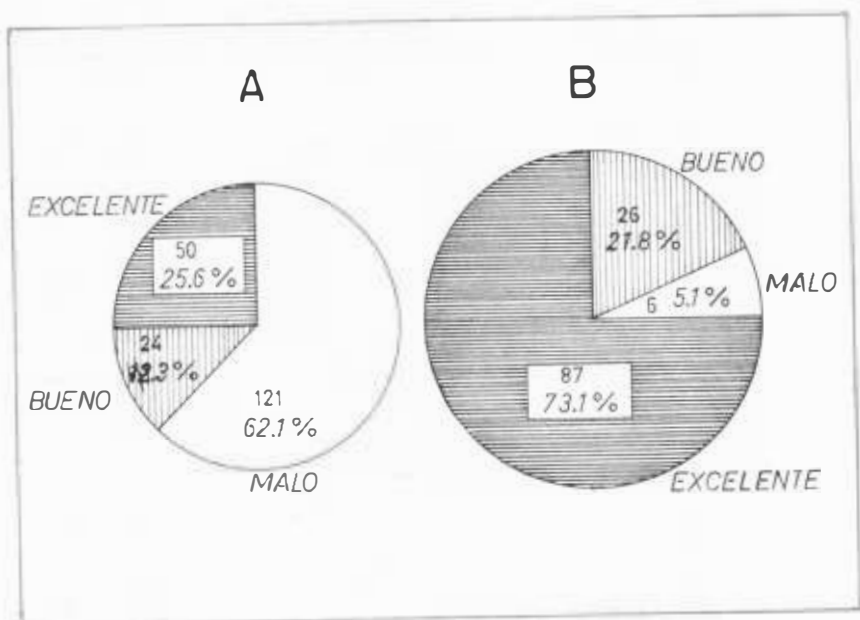


Fig. 5.— A) Tratamiento médico. B) Tratamiento quirúrgico. Resultados del tratamiento médico y quirúrgico en la úlcera gástrica [imitado de Angel-Giacobin y Jordán (2)].

Otros autores hablan de un acierto diagnóstico del 92 % (Etala) (77) y 99,3 % (Arnold) (73), como consecuencia de utilizar en el estudio clínico la gastroscopia, la citología gástrica y los estudios con tetraciclina y fluorescencia. Estos métodos no están actualmente a nuestro alcance.

Para los cirujanos que actúen en medios similares al nuestro, es evidente que la única seguridad diagnóstica la otorga el estudio anatomopatológico.

2) Problema doctrinario

Desde este punto de vista, el problema se centra como decíamos, en la discusión de si una U.G. benigna puede malignizarse, o si el proceso es maligno desde su iniciación.

Newcomb y Ewing (73) señalaron claramente que el sello de benignidad inicial de una lesión ulcerosa, está dado por: completa destrucción del músculo en la base de la úlcera y su alrededor; presencia de tejido cicatricial tenso en la base y alrededor de la úlcera, y en la capa subserosa contigua; lesiones de arteritis obliterativa en los vasos regionales, y fusión de la muscularis mucosas con la capa muscular en los bordes de la lesión.

Sin la presencia de estos signos histológicos no se puede hablar de cancerización de una úlcera benigna.

Las opiniones de los patólogos se dividen en tres corrientes:

- a) Los que admiten que la malignización de la úlcera es un hecho muy frecuente (Finsterer, Lahey).
- b) Los que afirman que este hecho biológico no ocurre nunca (Welch Mallory).
- c) Los que admiten que es un hecho que se produce en un porcentaje variable: Demole y Nichaud, 13,9 %; Lange, 1,9 %; Marshall, 13,2 %; Newcomb, 13 %; Steward, 11 %. En nuestro medio, el Dr. J. Cassinelli participa de esta posición.

V.—INDICACIONES OPERATORIAS DE LA ULCERA GASTRICA (61)

Un hecho de trascendencia que hemos observado en el análisis de los 80 pacientes que han sido operados en esta serie, es el retardo injustificado de la indicación quirúrgica, no debido a rebeldía del paciente, ni a errores diagnósticos, sino por desconocimiento del médico tratante, de conceptos básicos de la indicación operatoria.

El origen de esta confusión estriba en manejar el paciente U.G., de la misma forma que el paciente con U.D., olvidando el signo de virulencia oculta que siempre acecha en la primera. Debido a ello, en nuestros casos la intervención quirúrgica fue realizada en enfermos con un promedio mayor de 3 años de evolución clínica de su afección.

Por lo expuesto, analizaremos las indicaciones indiscutibles de cirugía y posteriormente aquellas que son objeto de polémica.

1) *Indicaciones quirúrgicas indiscutibles (4, 12, 51, 108)*

- La menor sospecha, clínica o radiológica de malignidad.
- La hemorragia en cualquiera de sus formas clínicas, ya sea masiva u oculta.
- La perforación, en su doble aspecto, como riesgo de vida inmediato por peritonitis, o alejado por malignización de la lesión.
- La estenosis a cualquier nivel del estómago, demuestra la cronicidad de un proceso benigno o su naturaleza maligna.

- La recurrencia tiene el mismo significado que el signo antes mencionado (26).
- La topografía. En nuestra serie no hemos encontrado ningún caso de úlcera de gran curva, pero la literatura señala la alta frecuencia de malignización de las U.G. con esta localización.
- La U.G. de gran tamaño o gigante, no se considera como seguramente maligna, pero indica una alta evolutividad de la lesión y su penetración en órganos vecinos, que hacen difícil aceptar otro tratamiento que no sea el quirúrgico (1).
- La ausencia de HCl libre en el producto de aspiración gástrica, debe hacer sospechar la naturaleza maligna del proceso, a menos que se obtenga una curación rápida, completa y mantenida.
- La asociación de cualquiera de los factores enumerados hace más obligatoria aún la pronta sanción quirúrgica.

Bentley P. Colcock dice que en estos pacientes, el tratamiento médico persigue como única finalidad, la preparación preoperatoria.

2) *Indicaciones quirúrgicas discutibles*

Entre los cirujanos que piensan que todo ulceroso gástrico debe ser operado, y los que creen posible preceder a una selección, se encuentran los criterios más diversos (14, 21, 46, 71).

Nuestra forma de proceder se basa en los siguientes elementos:

- a) El tratamiento de prueba es muy difícil realizarlo en las condiciones estrictas de internación, ya sea por razones económicas o por rebeldía del paciente.
- b) Los controles necesarios para certificar una curación médica radical, no son realizables, por la inconstancia de nuestros pacientes.
- c) La recurrencia de la U.G. es un hecho muy frecuente, más frecuente cuanto mayores son los plazos de observación. En muchas situaciones hemos observado reaparición parcial de los síntomas clínicos, con discutible recurrencia radiológica. Si bien creemos que la selección quirúrgica es individual para cada paciente y según el medio en que actúa el cirujano, nosotros hemos establecido como norma, no responsabilizarnos de un enfermo que no acepta nuestra indicación operatoria luego de seis semanas de intenso tratamiento de prueba con persistencia de síntomas clínicos o radiológicos (39).

El punto radical del clínico es que debe establecer una seguridad absoluta en el diagnóstico diferencial entre úlcera y cáncer en cada enfermo. En el capítulo anterior ya analizamos las estadísticas en este sentido, pero cuando se trata de cada enfermo separadamente, aparece la duda, porque todos recordamos casos desgraciados que recibieron tratamiento médico, en los cuales la evolución clínica o el estudio del patólogo mostraron un cáncer gástrico. Es necesario enfatizar el hecho de que las posibilidades de curación de un carcinoma gástrico dependen de la precocidad de su diagnóstico (2).

En la Clínica Mayo se operan el 70 % de los pacientes que consultan por U.G. y el 10 al 20 % resultan lesiones malignas.

De 368 casos de U.G. diagnosticados radiológicamente en Paysandú, fueron intervenidos 80 casos. De ellos hubo 10 malignos.

En una serie citada por Mac Halding, de 146 casos tratados médicamente, el error diagnóstico fue del 1,3 %. De 221 casos quirúrgicos, la mortalidad fue del 3,6 %. A esta opinión suscribe Bolt quien observa que el error diagnóstico diferencial entre U.G.B. y U.G.M. puede ser mantenido por debajo del promedio de mortalidad quirúrgica, pero exige como condición fundamental la aplicación de todas las técnicas diagnósticas actuales y el control permanente del paciente.

Estas dos exigencias son difíciles de lograr en el medio donde actuamos.

Encarado el problema desde otro ángulo, citemos a Henley y Lowers, quienes estiman que la mortalidad de la U.G. con tratamiento médico es del 4,5 % y la recurrencia del 70 %, a lo que se agrega un riesgo de malignización del 10 %. En cambio, con tratamiento quirúrgico la mortalidad es del 2 al 4,5 %, las posibilidades de recurrencia despreciables, y la casi absoluta seguridad de cura quirúrgica de una malignización no sospechada.

En nuestra casuística el 13 % de las U.G. operadas eran malignas, no habiéndose hecho en ellos el diagnóstico clínico ni radiológico. Angel, Giacobine y Jordan, presentan una interesante estadística comparativa de los resultados obtenidos con tratamiento médico y quirúrgico (2) (fig. 6).

El factor socioeconómico de los enfermos de nuestra campaña, que realizan un trabajo intenso y están sometidos a una alimentación a base de carnes, con imposibilidad de realizar un tratamiento dietético adecuado, nos obliga muchas veces a acentuar nuestro criterio intervencionista.

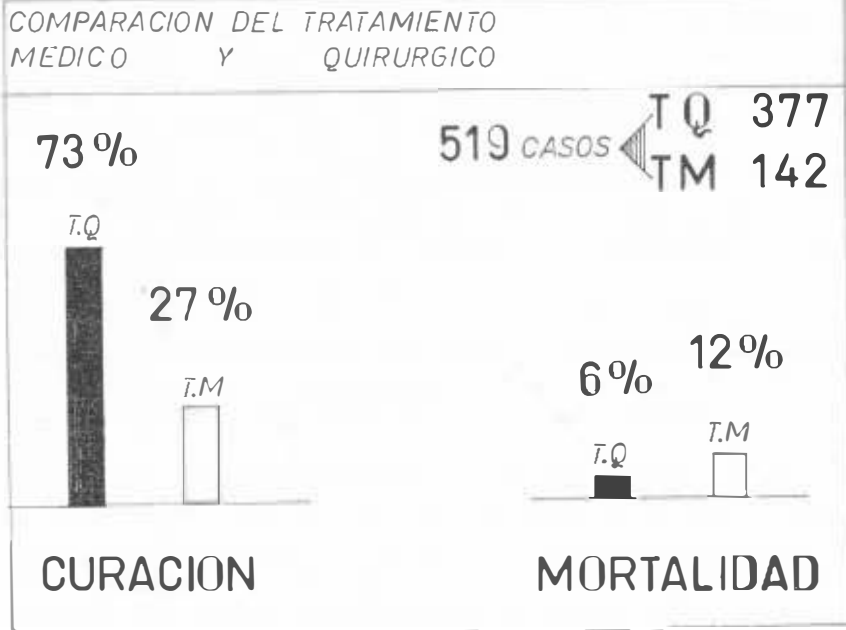


Fig. 6.— Esta gráfica demuestra el mayor índice de curaciones y el menor porcentaje de mortalidad con el tratamiento quirúrgico (imitado de John Bernardo).

Como colofón de un tema tan polémico como son las indicaciones quirúrgicas discutibles en la U.G. citaremos el criterioso trabajo de Smith y Jordán, quienes luego de estudiar el “follow-up” de 600 casos de U.G. concluyen diciendo (85):

- a) La U.G. puede indudablemente ser el origen de lesiones malignas; pero es menos peligroso un tratamiento médico individual, que una política de resección en todos los casos.
- b) En el inicio de una U.G., se debe hacer un tratamiento médico intenso y persistente, hasta obtener una curación completa con ausencia de recurrencia.
- c) La falla de una completa curación, después de 6 a 8 semanas como máximo, y todos los casos de recurrencia, deben ser tratadas tan rápido como sea posible por resección quirúrgica.