

HORACIO JINICH*

**CONSIDERACIONES
CLINICAS
SOBRE
LA
ULCERA
GASTRICA**

EL PROBLEMA de la úlcera gástrica es siempre de actualidad y tiene gran importancia tanto para el especialista como para el médico general. Ello obedece a numerosas razones: a la frecuencia de la enfermedad, a las dificultades que opone el diagnóstico, a sus complicaciones, a los problemas que plantea el diagnóstico diferencial con el cáncer gástrico, a los detalles de la terapéutica y a nuestra ignorancia sobre muchos aspectos fundamentales de su etiología.

El propósito del presente artículo es reflexionar sobre cada uno de los aspectos antes señalados, en cuanto repercuten en la actividad clínica del médico.

FRECUENCIA

Aunque no existen estadísticas precisas se ha calculado que, en las poblaciones urbanas, aproximadamente el 10 por ciento de los habitantes adultos tienen o han tenido úlcera péptica. La úlcera duodenal es, desde luego, más frecuente que la gástrica, en una proporción de 4 a 1. y se ha observado una tendencia al aumento constante de la enfermedad en los últimos 50 años. Los enfermos con úlcera péptica constituyen el 15% de los enfermos digestivos que acuden a las clínicas hospitalarias (cuadro 1). En la consulta privada su proporción es aún más elevada.

* Del Hospital de Enfermedades de la Nutrición.

CUADRO I

FRECUENCIA COMPARADA DE LOS PRINCIPALES PADECIMIENTOS DIGESTIVOS ESTUDIADOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL DE ENFERMEDADES DE LA NUTRICION DURANTE LOS AÑOS 1955-1956.

	No. de Casos	Por ciento
Parasitosis intestinal	387	33
Trastornos funcionales	350	30
Úlcera péptica	162	14
Colecistitis crónica	134	11
Hernia diafragmática	21	1.8
Hepatopatías	20	1.7
Pancreatitis	10	1.9
Otros	81	7.0

CUADRO CLÍNICO Y DIAGNÓSTICO

El enfermo con úlcera gástrica puede presentarse al médico de diferentes maneras, a saber:

- a) Con el cuadro clínico típico.
- b) Con un cuadro clínico atípico.
- c) De manera accidental, en ausencia de datos clínicos.
- d) Con alguna complicación.

El cuadro clínico típico.

Es bien conocido por los médicos e incluso por los enfermos mismos, quienes a menudo son los primeros en sospechar el diagnóstico correcto¹.

El síntoma principal es el dolor que el paciente experimenta en la región epigástrica. Su localización exacta puede ser imprecisa, aunque suele ser central y a veces el paciente puede señalar su sitio con la punta del dedo. Su carácter intrínseco es muy variable y los enfermos lo describen como una sensación de vacío, de "hambre dolorosa", de pesadez, llenura, acidez, ardor, quemadura, punzada, puñalada, mordedura. A veces es indescriptible y en ocasiones lo substituye una sensación de ansiedad o de incomodidad. La intensidad del dolor también puede variar desde mínima

hasta intolerable, sin que exista siempre proporción entre la magnitud de la lesión y la intensidad del síntoma sobre la cual influyen factores psicológicos y el grado individual de sensibilidad al dolor.

Como es bien sabido el dolor de origen ulceroso tiene como rasgos distintivos el "ritmo" y la "periodicidad".

El ritmo es la traducción del hecho de que el dolor guarda relación estrecha con la ingestión de alimentos de manera que se presenta algún tiempo después de la llegada de éstos al estómago y dura una o más horas para desaparecer espontáneamente a menos que haya una nueva ingestión de alimentos o se eleve el pH del contenido gástrico mediante el vómito o el antiácido. Por eso el enfermo con el cuadro clínico típico despierta en las mañanas sintiéndose bien y sufre dolor media hora a dos horas después de cada una de sus comidas. Se ha pretendido señalar una diferencia entre el ritmo del dolor en la úlcera gástrica y en la úlcera duodenal: en esta última la aparición del dolor sería más tardía y el síntoma se prolongaría hasta la siguiente ingestión de alimentos. En la práctica no es fácil con este dato establecer el diagnóstico del sitio de la úlcera.

La úlcera gástrica, cuando es benigna, tiene períodos cuando, por la acción de factores etiológicos no siempre fáciles de identificar, se forma y se mantiene en actividad. Estos períodos alternan con otros durante los cuales tiende a cicatrizar. Los períodos de actividad duran semanas a meses y los períodos de remisión duran meses y años. Ambos dan origen al rasgo más característico y casi patognomónico del dolor de la úlcera gástrica benigna típica: la periodicidad.

Aunque el dolor es el síntoma principal, existen otros síntomas acompañantes, de valor semiológico muy *secundario* como son: pirosis, sialorrea, regurgitaciones ácidas, eructos.

El cuadro clínico atípico.

Así como es fácil el diagnóstico cuando el cuadro clínico es típico, se vuelve difícil, y a veces extraordinariamente difícil, cuando los síntomas, especialmente el dolor, son atípicos. Por desgracia esta eventualidad no es rara y, de hecho, se observa con más frecuencia en casos de úlcera gástrica que cuando la lesión se localiza en el duodeno.

Puede afirmarse, sin temor a la exageración, que una proporción elevada de los síndromes dolorosos del abdomen y del tórax, de diagnóstico

difícil o confuso, tienen como causa a la úlcera gástrica. Dicho de otro modo: conviene pensar en la úlcera gástrica frente a todo enfermo que sufra dolor crónico, abdominal o torácico, de etiología desconocida y rebelde al tratamiento médico. Un buen estudio radiológico del estómago puede, en esas circunstancias, aclarar la incógnita.

Las afirmaciones anteriores se explican sin dificultad si se recuerdan las bases neuro-anatómicas y neuro-fisiológicas del dolor de origen ulceroso y si se toma en cuenta que la causa más importante de la "atipicidad" dolor es la exteriorización del proceso ulceroso^{2, 3, 4}.

En efecto, mientras la úlcera no ha llegado a la serosa, mientras no se ha exteriorizado, el dolor se debe a la estimulación de receptores "viscerales", producida probablemente por la distensión y el espasmo de las fibras musculares lisas cercanas al sitio de la ulceración. La transmisión de los impulsos dolorosos se hace a través de fibras "viscerales", que acompañan a los nervios del sistema simpático, tienen su neurona en los ganglios de las raíces posteriores y hacen sus sinapsis en la médula en los segmentos dorsales VI a IX (Fig. 1). De allí que, en esos casos, el enfermo experimente dolor en el epigástrico, en la línea media, en la zona corres-

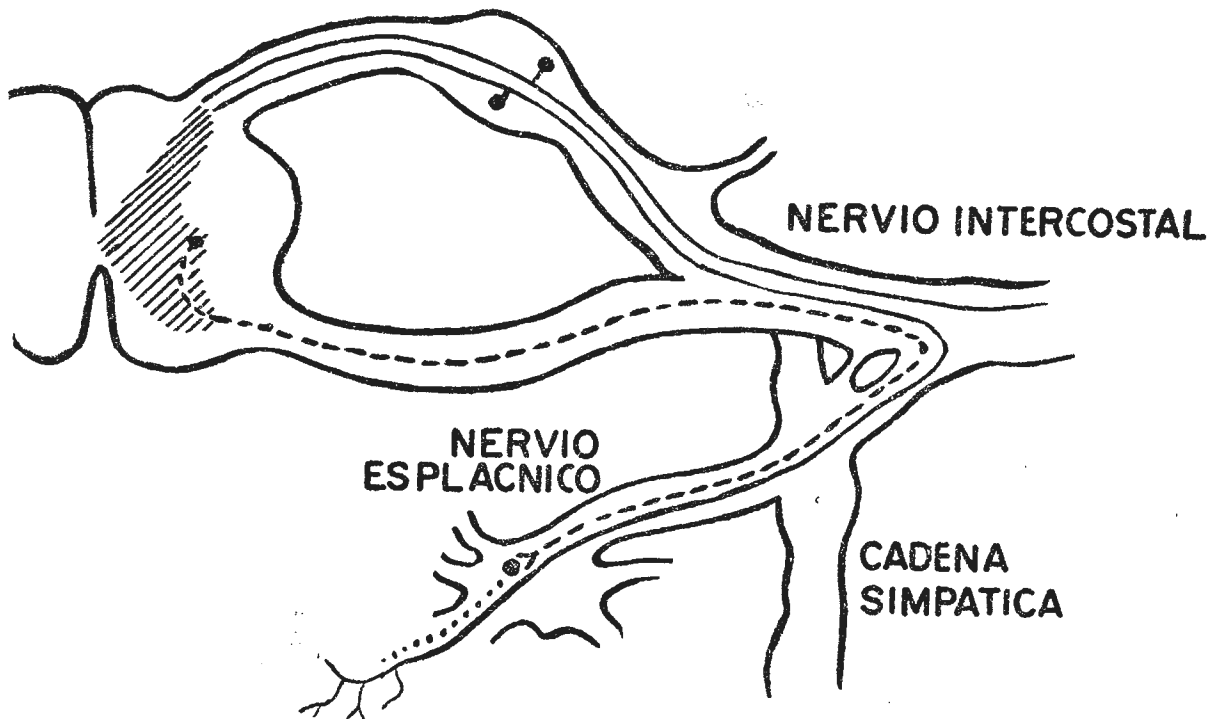


Fig. 1. Representación esquemática de las fibras aferentes "visceral" y "somática". La primera acompaña a las fibras eferentes simpáticas (nervio esplácnico) pero se separa de ellas por los rami comunicantes blancos y, al igual que las fibras aferentes "somáticas", tiene su neurona en las raíces posteriores.

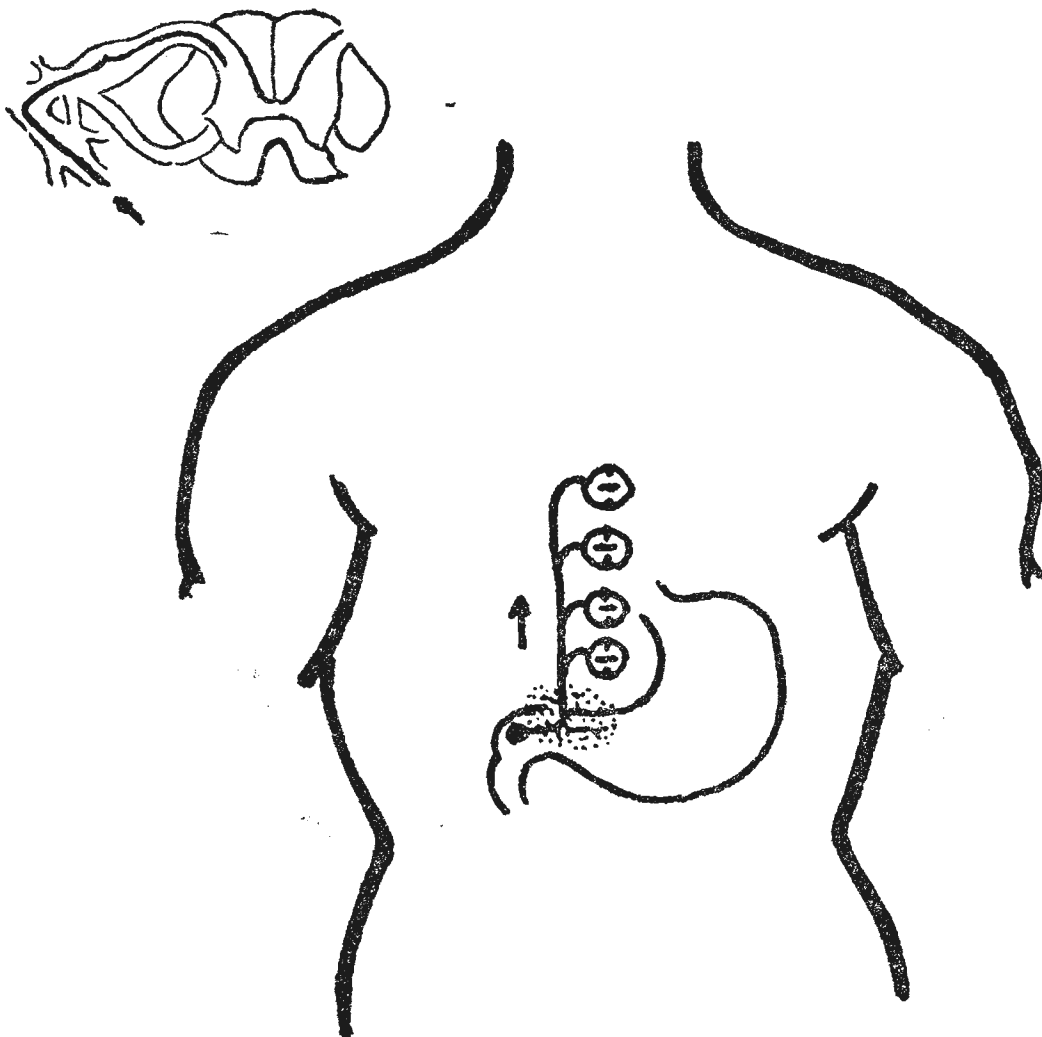


Fig. 2. El área punteada representa la zona donde se siente el dolor "visceral".

pondiente a las metámeras T VI a T IX (Fig. 2). De allí también que el dolor sea vago, mal definido y que se alivie cuando el alimento, el antiácido, el vómito o el anticolinérgico modifican favorablemente la movilidad de las paredes gástricas y el pH de su contenido.

Pero cuando el proceso ulceroso se exterioriza, cuando se afectan la serosa peritoneal y las estructuras vecinas, es estimulada una clase distinta de aferentes nerviosas. Son aferentes "somáticos", sensibles a estímulos como tensión, tracción, torción, inflamación. Estos aferentes están constituidos por fibras miélicas que se unen a los nervios que inervan a la pared abdominal y al diafragma. Dependiendo del sitio de la úlcera "penetrada" y de la magnitud del proceso de exteriorización, serán estimulados

distintos receptores 'somáticos' y será distinta la zona donde se experimente dolor. En todo caso este dolor suele ser intenso, de localización precisa, de carácter bien definido; no cederá fácilmente a la ingestión de alimentos ni a la administración de alcalinos o anticolinérgicos; se habrá independizado en parte de las funciones digestivas para dejarse influir, en cambio, por la posición, los movimientos, la presión local. Cuando la úlcera penetrada es de localización alta y se exterioriza hacia la parte central de la cúpula del diafragma, los receptores somáticos afectados corresponden al nervio frénico, el dolor es referido a la cara lateral del cuello y al hombro, (Fig. 3). Si la penetración se hace a la porción periférica del diafragma se estimulan ramas de los 6 últimos nervios intercostales y el dolor se experimenta en la pared lateral del tórax. La exteriorización a la cola del páncreas da lugar a dolor referido al dorso izquierdo y, a veces, a todo el hemiabdomen izquierdo o a la fosa ilíaca de ese lado. En cambio, si el proceso afecta al epiplón gastro-hepático el dolor se siente en la pared anterior izquierda del tórax y región sub-

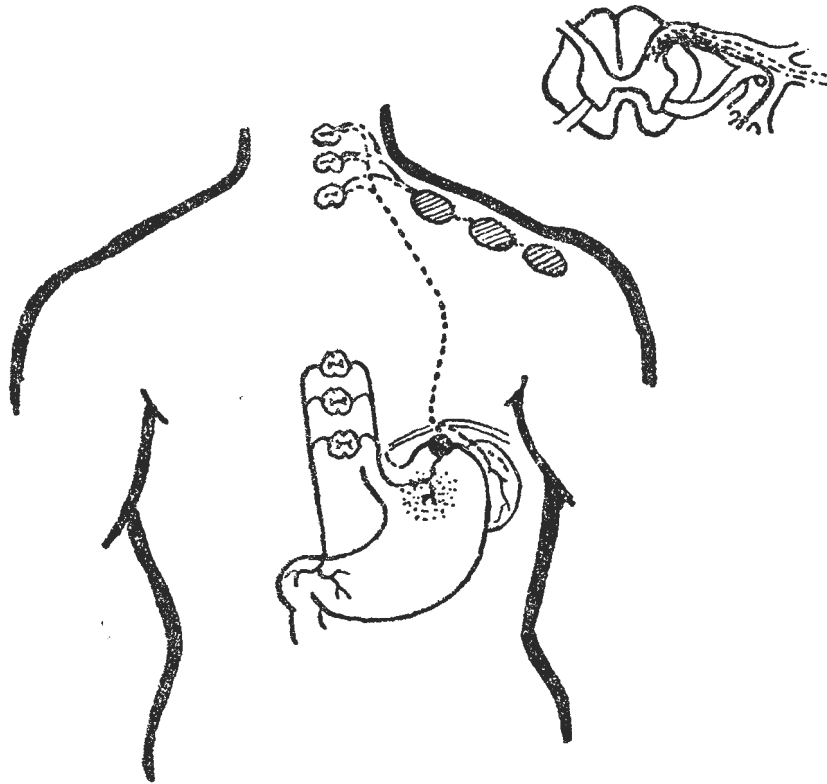


Fig. 3. Úlcera gástrica "exteriorizada" a la cúpula diafragmática. Hay dolor "visceral" que se siente en el área punteada y dolor "somático" referido al hombro izquierdo.

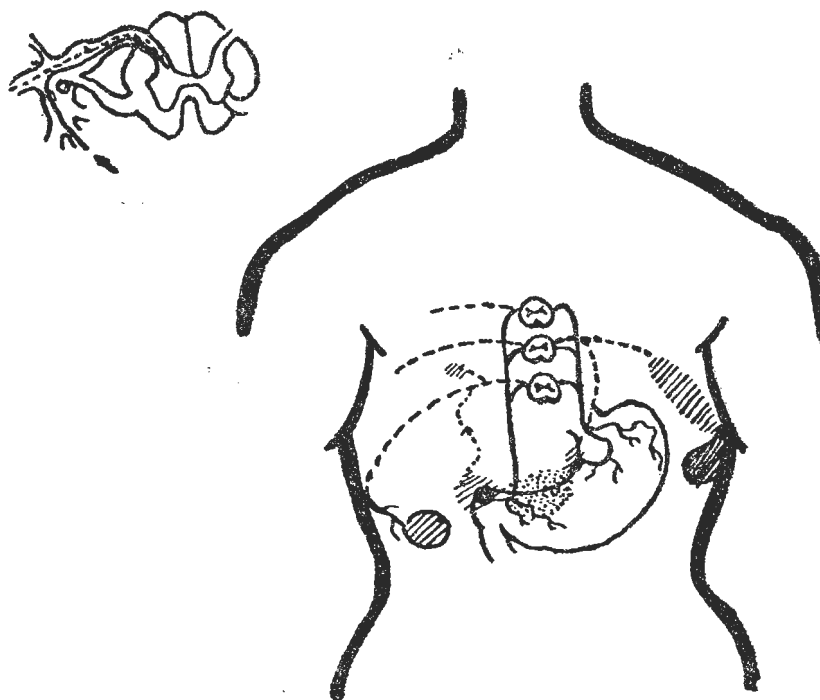


Fig. 4. Úlceras gástrica y duodenal exteriorizados. El dolor visceral se siente en el epigastrio (área punteada). El dolor somático se experimenta en la pared lateral izquierda del tórax y en el hipocondrio derecho, respectivamente.

escapular, y si es la zona perivesicular la afectada el dolor se siente en el cuadrante superior derecho del abdomen y en la región subescapular de ese lado, (Fig. 4).

En todas estas circunstancias, si una historia clínica muy cuidadosa revela antecedentes de un síndrome ulceroso típico, es posible sospechar el verdadero origen del nuevo dolor, pero si los antecedentes faltan o no son correctamente investigados se comprenden las dificultades del diagnóstico, a veces casi insuperables, a menos que se mantenga un elevado índice de sospecha y se recuerden las bases anatómicas y fisiológicas del dolor.

Los diferentes síntomas que hemos descrito sugieren al médico la existencia probable de un proceso patológico gastroduodenal, pero hace falta la demostración objetiva de la lesión para lo cual suele ser necesario el concurso de los rayos X. Mediante éstos pueden ocurrir las siguientes eventualidades:

- 1) El estudio resulta negativo.
- 2) Se demuestra la existencia de una úlcera duodenal.
- 3) Se encuentra un proceso patológico gástrico diferente de la úlcera (tumor, hernia diaframática, gastritis, etc.).
- 4) Se demuestra una úlcera gástrica.

Nos limitaremos, en esta ocasión, a reflexionar exclusivamente acerca de la cuarta eventualidad, o sea la demostración de que hay una úlcera péptica, benigna o de un carcinoma ulcerado del estómago. Hubo tiempos en que se pensaba que toda úlcera gástrica era actual o potencialmente maligna. La consecuencia práctica de tal criterio fue la cirugía obligada de toda úlcera una vez diagnosticada. En la actualidad la gran mayoría de los expertos considera que la degeneración cancerosa de la úlcera gástrica benigna no tiene lugar o es excepcional y que los procesos ulcerados que ulteriormente resultan ser de naturaleza maligna lo eran desde un principio. He aquí por qué resulta urgente el diagnóstico correcto y oportuno⁵.

Para establecerlo cuenta el médico con datos clínicos, radiológicos, endoscópicos y de laboratorio. Cuenta, además, con la prueba terapéutica que, aplicada con cuidado, constituye muchas veces la prueba decisiva.

Los datos clínicos que suelen apoyar el diagnóstico de úlcera gástrica benigna son: la edad del enfermo, inferior a cuarenta años y la antigüedad y cronicidad de los síntomas. En cambio, si la edad del enfermo es superior a cuarenta años, si los síntomas son de instalación reciente o ha habido ataque al estado general constituye otro dato clínico cuya presencia o ausencia apoya el diagnóstico de úlcera maligna o benigna respectivamente.

A los datos clínicos antes señalados conviene agregar otros que en nuestra experiencia han sido gran valor. Nos referimos a la presencia de factores etiológicos ulcerogénicos. Los antecedentes familiares de úlcera péptica; la existencia de conflictos emocionales del tipo de los que se encuentran frecuentemente en las úlceras benignas; el tabaquismo; el abuso del café y de los alimentos irritantes; el desorden en la alimentación; son datos todos que apoyan el diagnóstico de úlcera benigna, de la cual son factores causantes. En los últimos tiempos han adquirido gran importancia como causantes de úlceras gástricas benignas los medicamentos como el ácido acetil-salicílico, la reserpina, y muy especialmente la fenil-butazona y los corticosteroides.

Los datos radiológicos que sugieren el carácter benigno de la úlcera son dimensiones reducidas del nicho (diámetro inferior a 3 cms.); la localización de la lesión en la curvatura menor y cerca de la incisura angularis; el contorno regular del nicho; la presencia en él de un nivel horizontal de bario por la presencia de aire; la proyección del nicho hacia afuera del contorno de la curvatura gástrica correspondiente; la presencia de pliegues confluentes al cráter ulceroso; la ausencia de efectos de llenado en la proximidad de la lesión; el espasmo de la curvatura mayor en el punto opuesto al sitio de la úlcera; el peristaltismo presente y exagerado.

Es importante subrayar que ninguno de los datos clínicos y muy pocos de los radiológicos tienen un valor diagnóstico categórico. El cáncer puede presentarse en pacientes jóvenes; no repercute en sus estadíos iniciales sobre el estado general; puede aparecer en un paciente con una historia vieja de síntomas dispépticos de otro origen; puede manifestarse radiológicamente por una imagen imposible de diferenciar de la que se presenta en las úlceras benignas. Por su parte la úlcera gástrica benigna puede aparecer por primera vez (y esto sucede con frecuencia), en individuos de avanzada edad; la duración de los síntomas puede ser corta; la repercusión nutricional puede ser considerable y en cuanto a la imagen radiológica puede estar constituida por un nicho gigantesco y de forma irregular; puede localizarse en la curvadura mayor del estómago y puede existir una gastritis vecina a la lesión capaz de originar irregularidades de la mucosa que se confunden fácilmente con defectos de llenado que sugieren falsamente infiltraciones neoplásicas. En los enfermos con úlcera gástrica benigna la producción de ácido clorhídrico y de pepsina es normal o baja, en marcado contraste con la secreción habitualmente aumentada de estas sustancias en los enfermos con úlcera duodenal. Por eso la determinación del quimismo gástrico y del pepsinógeno sanguíneo y urinario tienen poco valor en la diferenciación entre úlcera benigna y maligna. Sigue siendo cierto, sin embargo, que cifras muy bajas apoyan más a la sospecha de cáncer y que la aclorhidria tras el estímulo histamínico no es compatible con una úlcera benigna.

La gastroscopía, practicada por una persona con experiencia, puede ser de considerable valor en el diagnóstico diferencial y el método es todavía más valioso si, gracias al gastroscopio operatorio, se puede tomar una biopsia de la lesión. Las úlceras benignas se ven como lesiones "en

sacabocado”, su forma generalmente es circular o elíptica, su fondo es amarillo o blanquecino y el reborde se encuentra discretamente levantado; se pueden observar pliegues de la mucosa vecina que convergen hacia la úlcera; la mucosa es normal o ligeramente edematosa. En cambio, en el carcinoma ulcerado los bordes están más levantados y nodulares y no siempre están intactos; hay fenómenos erosivos y leucoplasia en la mucosa vecina; en el fondo de la lesión pueden observarse masas nodulares y depresiones; su coloración es café, café rojizo o gris y da la impresión de estar implantada sobre una elevación; la mucosa adyacente se ve irregular y carece de pliegues confluentes.

El estudio citológico del sedimento gástrico ha permitido, a personas expertas, un altísimo índice de aciertos en el diagnóstico pero el porcentaje de resultados falsos positivos o negativos es demasiado alto cuando el método es aplicado por personas con experiencia limitada.

Recientemente se ha descubierto una nueva prueba diagnóstica que promete ser de mucha utilidad. Se administra tetraciclina o su derivado dimetilclortetraciclina durante tres días consecutivos. Treinta y seis horas después de la última dosis del antibiótico se extrae el jugo gástrico, se neutraliza y el sedimento se coloca en un papel filtro y se ilumina con luz ultravioleta. Si se produce fluorescencia la prueba es positiva para cáncer. El método es sumamente simple y se funda en la propiedad que tienen las células malignas, por razones aún no aclaradas, de retener a la tetraciclina y de adquirir a través de ella propiedades de fluorescencia⁶.

Mediante la aplicación juiciosa de los métodos que hemos discutido es posible clasificar a las úlceras gástricas en tres grupos:

- 1) Úlceras malignas.
- 2) Úlceras probablemente malignas.
- 3) Úlceras probablemente benignas.

Las úlceras correspondientes a los dos primeros grupos deben ser sometidas a tratamiento quirúrgico inmediato.

Si la úlcera es probablemente benigna el paciente deberá ser sometido a la *prueba terapéutica*. Sólo el éxito de ella nos dará confianza en que el diagnóstico de úlcera benigna fue acertado y aún así el enfermo

debería continuar bajo estricta vigilancia clínica y radiológica. En efecto, se ha dicho que las úlceras malignas pueden cicatrizar bajo la influencia del tratamiento médico. Esto es excepcional, pero llega a suceder y por ello no son exageradas todas las precauciones. Si la prueba terapéutica resulta negativa: la úlcera ha aumentado de tamaño o no ha disminuído de tamaño o la reducción ha sido inferior al 50% después de 3 a 4 semanas de tratamiento médico estricto, debe procederse al tratamiento quirúrgico. El fracaso terapéutico no significa, necesariamente, que la úlcera no sea benigna y que se trata de un carcinoma. La úlcera puede ser efectivamente benigna pero, de todas maneras, su rebeldía al tratamiento médico la hace tributaria de la cirugía.

El criterio que hemos expuesto es riguroso y nos expone a que algunos estómagos con úlceras benignas resulten sacrificados por la cirugía. El riesgo, sin embargo, es menos grave que el que resultaría de una actitud más complaciente: dejar evolucionar un cáncer perdiendo la oportunidad de que una intervención quirúrgica a tiempo dé al enfermo la única oportunidad de curación.

La prueba terapéutica consistente en: "reposo fisiológico del estómago", consistente en: reposo físico y mental; leche o mezcla de leche y crema cada hora; antiácidos no absorbibles cada hora; sedantes nerviosos y anticolinérgicos.

Este tratamiento debe sostenerse durante tres semanas y si el nuevo estudio radiológico resulta favorable el enfermo deberá continuar en reposo relativo, protegido en lo posible de los factores etiológicos ulcerogénicos, ingiriendo una dieta blanda fraccionada y recibiendo la medicación antiácida, sedante y anticolinérgica. Tres a seis semanas más tarde debe haber curación clínica y radiológica.

Nos queda la etapa final y más importante del tratamiento del enfermo con úlcera gástrica: la prevención de las recaídas. Para lograrla es necesario el conocimiento profundo del enfermo en sus aspectos somáticos y en sus aspectos psíquicos. Solamente así será posible protegerlo en mayor o menor grado de muchos de los factores ulcerogénicos que ya hemos mencionado y entre los cuales sobresalen por su importancia los de índole emocional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jinich H.: *Consideraciones prácticas sobre el diagnóstico de la úlcera péptica*. Boletín Médico del Instituto Mexicano del Seguro Social. Vol. II, Pág. 103, 1960.
2. Hollishead, W. H.: *Anatomic pathways for pain from the upper part of the abdomen*. Proc. Staff. Meet. Mayo Clin. 28: 385, 1953.
3. Smith, L. A.: *Pain patterns in diseases of the upper part of the abdomen*. Proc. Staff. Meet. Mayo Clin. 28 394, 1953.
4. Smith, L. A. y Rivers, A. B. *Peptic Ulcer*. Appleton, New York 1953, P. 11.
5. Bockus, H.: *Gastroenterology*. 2a. Edición. Saunders. Philadelphia 1963. Vol. 1, Pag. 507.
6. Klinger, J. y Katz, R.: *Tetracycline fluorescence in the diagnosis of gastric carcinoma*. Preliminary report. Gastroenterology 41: 29, 1961.