

Úlcera péptica

Participantes:

Coordinador: Dr. J. Jesús Villalobos P., jefe del Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de la Nutrición.

Dr. Manuel Campuzano Fernández, Cirujano, Instituto Nacional de la Nutrición.

Dr. Javier Elizondo R., jefe del Servicio de Endoscopia, Instituto Nacional de la Nutrición.

Dr. José Naves González, jefe del Servicio de Gastroenterología Médica, Hospital Español.

Dr. Adan Pitó C., jefe del Departamento de Radiología, Instituto Nacional de la Nutrición.

Dr. Manuel Ramírez Mata, gastroenterólogo, Instituto Nacional de la Nutrición.

Dr. Carlos de la Rosa, jefe del Departamento de Cirugía Experimental, Instituto Nacional de la Nutrición.

Dr. Villalobos El propósito de esta mesa redonda es analizar los aspectos fundamentales de la historia natural de la úlcera péptica para lo cual, en primer lugar, conviene fijar qué se entiende por úlcera péptica. Dr.

La úlcera péptica es una lesión de profundidad variable, que aparece en la pared de los sitios que tienen contacto con secreción acidopéptica como son: porción inferior de esófago, estómago, duodeno. Se clasifican en agudas (superficiales y múltiples) y crónicas (únicas y más profundas). La úlcera duodenal es 4 veces más frecuente que la gástrica.

Naves, ¿cómo la definiría usted?

Dr. Naves Se trata de una lesión, una úlcera de la pared, de profundidad variable, que aparece exclusivamente en aquellos sitios que tienen contacto con la secreción acidopéptica; es decir, porción inferior del esófago, estómago, duodeno, yeyuno en casos de gastroenteroanastomosis, ileon en el caso de divertículo de Meckel con mucosa gástrica y en presencia de los llamados gastrinomas o tumores de Zollinger y Ellison en duodeno distal y yeyuno con lesiones frecuentemente múltiples. Conviene distinguir también entre lesiones agudas y crónicas. Las primeras, con frecuencia son superficiales y múltiples y se conocen comúnmente como gastritis erosivas; son secundarias a estados de tensión, infecciones graves, traumatismos, quemaduras, lesiones del sistema nervioso central, uremia, uso de medicamentos del tipo de la aspirina; su manifestación más frecuente es el sangrado. Las segundas, o sea las crónicas, en la mayor parte de los casos son únicas, más profundas y constituyen el objeto principal de esta mesa redonda.

Dr. Villalobos ¿Cuáles son las localizaciones más frecuentes de la úlcera péptica?

Dr. Ramírez Mata Indudablemente, la más frecuente es la úlcera duodenal, siguiéndole en frecuencia la úlcera gástrica y la pre-pilórica. De hecho, en la úlcera duodenal

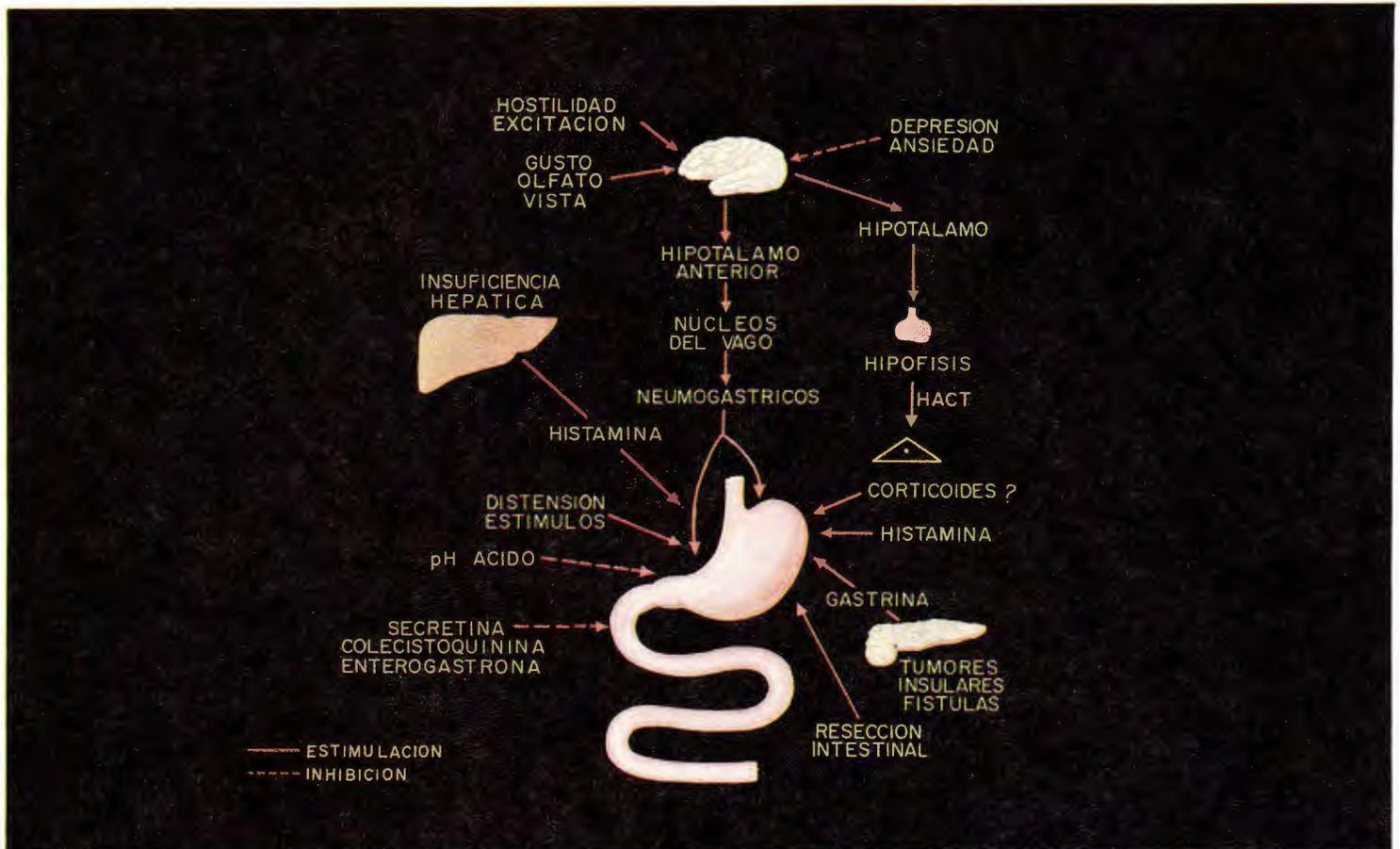


Fig. 1 Teorías etiológicas de la úlcera péptica

existen variantes. La úlcera duodenal clásica se encuentra en el bulbo duodenal propiamente dicho pero otras, definitivamente menos frecuentes, se localizan más allá del bulbo. En la úlcera gástrica, el sitio más común es la curvatura menor en su vertiente posterior, y porción vertical; sin embargo, con alguna frecuencia se observan localizaciones en otras partes del estómago.

Dr. Villalobos ¿Cuál es la frecuencia de este padecimiento en México?

Dr. Naves Es un padecimiento frecuente en todo el mundo. En países sajones, las cifras oscilan entre 5 y 10 por ciento. Existen grandes diferencias de frecuencia entre distintos países y aún entre distintas regiones. En nuestro medio, cabe mencionar dos

estadísticas: en 1965, en el Hospital Español encontramos 4 por ciento en sujetos mayores de 15 años, mientras que en el Instituto Nacional de la Nutrición, en 1960, se encontró un 7 por ciento. Es conveniente recordar la relativa selección de población que acude a estas dos instituciones, por lo cual estas cifras no son aplicables a todos los niveles en nuestro país. La diferencia de frecuencia entre úlcera duodenal y gástrica es de 4 a 1.

Dr. Villalobos Actualmente, la ciudad de México tiene características similares a las de las demás grandes ciudades del mundo; sabemos que en estos grandes centros urbanos la úlcera duodenal es más frecuente que en el resto de la población.

Dr. Naves Es evidente que las cifras encontradas en la ciudad de México no se aplican al campo rural mexicano.

La excesiva producción de ácido clorhídrico y pepsina debida a varios factores —herencia, tensión emocional, personalidad, etc.— favorece la aparición de estas úlceras. La úlcera duodenal es más frecuente entre la tercera y quinta década de la vida; la gástrica en edades más avanzadas. Ultimamente se observan casos de úlcera péptica en personas mucho más jóvenes.

Dr. Villalobos ¿Qué factores actúan como agentes causales de la úlcera péptica?

Dr. de la Rosa Para la úlcera duodenal, el agente causal sería la producción exagerada de ácido clorhídrico en combinación con la

pepsina; para algunos autores, tiene importancia la regurgitación alcalina y la retroalimentación de los iones de hidrógeno; para otros, la disminución en la calidad y cantidad del moco gástrico.

Dr. Villalobos ¿Qué factores del huésped predominan en la úlcera duodenal y cuáles en la gástrica?

Dr. de la Rosa En términos generales, puede afirmarse que, para la úlcera duodenal, la tensión emocional constituye un punto sobresaliente. En este padecimiento, es sumamente importante la producción aumentada de ácido clorhídrico por hiperfunción vagal, la mayor motilidad y el vaciamiento más rápido, en que seguramente intervienen factores hereditarios. En cuanto a la úlcera gástrica, se han propuesto numerosas teorías, ninguna de ellas aceptada completamente. Entre las principales cabe mencionar el retardo en el vaciamiento del contenido gástrico, la regurgitación de bilis del duodeno al estómago, la disminución, tanto en cantidad como en calidad, del moco producido. Algunos autores sugieren que un factor a considerar es la confluencia de sitios de mayor contractilidad, es decir la unión de fibras musculares oblicuas con fibras transversas y longitudinales que coinciden en sitios de mayor actividad.

Dr. Villalobos ¿Qué importancia tienen factores como edad, sexo, raza, ocupación y educación en la susceptibilidad a padecer

úlcera duodenal o úlcera gástrica?

Dr. Ramírez Mata En cuanto a la úlcera duodenal se refiere, se ha observado mayor prevalencia en las edades más productivas, o sea la tercera, cuarta y quinta década de la vida; la úlcera gástrica se observa más comúnmente en edades algo más avanzadas.

Se ha demostrado predominio del sexo masculino sobre el femenino.

En lo referente a ocupación, es evidente que determinadas ocupaciones, básicamente las que representan estados de angustia o problemas de trabajo continuo, suelen favorecer la úlcera, fundamentalmente la duodenal. Las personas cuyo trabajo representa mayor problemática, tanto en cuanto a medios de comunicación, tensión en el trabajo como los ejecutivos, o con grandes responsabilidades, están más sujetas a esta enfermedad.

Sin disponer de una evidencia sólida, existe la impresión de que las personas de nivel sociocultural superior son más susceptibles a sufrir de úlcera duodenal. Sin embargo, en el Instituto Nacional de la Nutrición, con frecuencia se atienden personas, de escasos recursos y nivel sociocultural inferior, que también la padecen; probablemente, el factor determinante es el vivir en grandes urbes donde prevalece este padecimiento.

Dr. Villalobos Con base en su experiencia personal, ¿han observado ustedes casos de úlcera duodenal en gente más joven en los últimos años?

Dr. Naves Esta pregunta me parece muy interesante. Cada día encontramos que ese problema se encuentra más en gente joven, incluso en niños. Con frecuencia, el pediatra maneja estos pacientes de menor edad con poca experiencia, ya que para él representa un padecimiento prácticamente nuevo por lo que, desde todos los puntos de vista, es conveniente que se familiarice con él. Cada vez con mayor frecuencia nos consultan jóvenes entre los 10 y 15 años de edad con úlcera péptica, muchas veces difícil de manejar. Creo que esto se debe a que, en esta etapa de su desarrollo, los

jóvenes sufren de mucha tensión y angustia.

Dr. Villalobos Esto último recalca aún más la importancia de los factores psicológicos en el desarrollo de la úlcera duodenal y gástrica.

Dr. Naves Aun cuando la teoría psicodinámica de la úlcera dista mucho de estar comprobada, parece ser una realidad la importancia que tienen la tensión y la angustia en la etiología de este padecimiento. Es sabido como es mayor su frecuencia en grupos humanos más sujetos a los mismos; inclusive hay reportes de mayor frecuencia de complicaciones ulcerosas bajo condiciones de tensión emocional. Se ha mencionado que el ulceroso posee una determinada personalidad caracterizada por agresividad, necesidad de dependencia, o bien se trata de una persona aparentemente tranquila pero con grandes tensiones internas.

No se ha demostrado que la dieta influya sobre la aparición de este padecimiento, aunque el ayuno prolongado y el consumo excesivo de alcohol y café lo favorecen. La úlcera duodenal es mucho más frecuente en personas de tipo sanguíneo O. El tipo de psicodinámica familiar se une a los factores genéticos para condicionar la aparición úlcera duodenal.

la dieta muy peculiares, desde los países anglosajones que consumen una dieta relativamente blanda, hasta los países como el nuestro en que la comida es rica en irritantes o algunas áreas de Europa donde se usan condimentos distintos pero que también son irritantes para la mucosa gástrica. Sin embargo, no se observan diferencias en la frecuencia de úlcera péptica entre estas diversas culturas, lo que parece indicar que estos factores alimenticios no tienen participación importante en el problema. Ahora bien, hay sustancias que evidentemente influyen sobre la aparición de úlcera en un sujeto predispuesto, por ejem-

plo, hábitos alimenticios inadecuados, y básicamente el ayuno. Sujetos que, por cualquier razón, se someten a ayunos prolongados son candidatos a úlcera péptica, especialmente duodenal, sobre todo personas que ingieren alcohol, café u otro tipo de sustancias cuyo efecto ulcerogénico se ha demostrado, o sea aquéllas que facilitan la producción de ácido clorhídrico y de pepsina.

Dr. Villalobos ¿Tiene importancia la estructura familiar sobre el desarrollo de la úlcera péptica o se considera ésta un padecimiento hereditario?

Dr. Naves El gastroenterólogo está familiarizado con la existencia de familias de ulcerosos que tienen lesiones de la misma localización, duodenal o gástrica. Este hecho en sí, subraya la importancia de los factores genéticos en el origen de este cuadro. Un punto muchas veces mencionado, aunque no comprobado, es el que se refiere a la asociación de úlcera duodenal con el tipo físico del paciente que con gran frecuencia es "longilíneo y asténico". Otro argumento a favor de los factores genéticos es que, en el grupo sanguíneo O, se encuentran con más frecuencia ulcerosos duodenales que en la población general, y esta asociación aún se hace más notable si además de pertenecer al grupo O, el paciente no es secretor de los antígenos de los grupos sanguíneos en saliva.

Sin embargo, es sabido que dentro de una familia, los factores ambientales, las costumbres —entre las cuales se encuentra la tensión y la manera de responder a ella— pueden ser muy similares para sus diferentes miembros. Así, es posible que factores de tipo psicosomático familiar puedan agregarse a los factores genéticos para constituir una base sobre la cual factores desencadenantes vayan a condicionar la aparición de la úlcera duodenal.

Dr. Villalobos Habiendo ya cubierto estos aspectos, pasaremos ahora a analizar la fisiopatología de las úlceras pépticas.

¿Quiere comentarnos al respecto, doctor de la Rosa?

En el 90% de casos, la úlcera duodenal se encuentra en los primeros dos centímetros del duodeno, siempre es circular y se debe a excesiva producción de ácido clorhídrico y pepsina. La gástrica obedece fundamentalmente a varios factores: retraso del vaciamiento gástrico, gastritis crónica, reflujo duodenal, en especial de jugo biliar.

la excesiva producción de ácido clorhídrico y de pepsina, en unión de defensas disminuidas. Esta ulceración casi siempre tiene características muy especiales: en más del 90 por ciento de los casos está situada en los primeros dos centímetros del duodeno, siempre es circular y en sus recurrencias ocupa el mismo lugar; es raro encontrar una úlcera péptica duodenal en otra ubicación.

En cambio, la fisiopatología de la úlcera gástrica es más difícil de entender. En un principio, en forma simplista, se quiso aducir que la causa fundamental era la disminución de motilidad del estómago que detenía el contenido gástrico; esta teoría poco a poco ha ido perdiendo su preeminencia para dar lugar a teorías que dedican mayor importancia al establecimiento de inflamaciones, de irritación, es decir, a gastritis crónica como factor predisponente a la aparición de úlcera gástrica; otras dan mayor importancia al reflujo del contenido duodenal, en especial al jugo biliar, teoría patrocinada por Duplessis; otras hipótesis invocan diversos agentes causales. Si se revisan cuidadosamente esas teorías, es fácil observar que no se excluyen mutuamente, sino que se complementan y que, posiblemente, sea la unión de todas ellas la que explique en forma satisfactoria la fisiopatología de la úlcera gástrica. En última instancia, esta úlcera gástrica es también el resultado de la agresión por ácido clorhídrico y pepsina.

La úlcera péptica se manifiesta por dolor epigástrico circunscrito de poca intensidad, sensación de vacío o de ardor que aparece en el post-

Dr. de la Rosa Empezaré por la más fácil de las dos, o sea la úlcera duodenal, acerca de la cual aparentemente existen pocas contradicciones. En este caso, la ulceración se produce, como ya dijimos, por

Dr. Villalobos ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas de la úlcera

duodenal y de la gástrica?

Dr. Naves En primer lugar me referiré a las manifestaciones clásicas del llamado síndrome ulceroso. En la ma-

yor parte de los casos se caracteriza por dolor epigástrico claramente circunscrito, frecuentemente señalado con un dedo, de tipo variable, descrito con mayor frecuencia como sensación de vacío o ardor; en las clases populares con frecuencia se emplea la palabra aislamiento. Habitualmente es poco intenso y fijo, aunque algunas veces se describen las localizaciones como dorsolumbar o en cuadrante superior derecho, quizá ligadas a fenómenos de penetración. El aumento de intensidad y la aparición de radiaciones suelen obedecer a un agravamiento del proceso. Dentro del cuadro tienen especial valor, en primer lugar, el ritmo, caracterizado por la aparición del dolor en el postprandio tardío, media mañana y media tarde o primeras horas de la madrugada y que mejora con ingesta; y en segundo lugar la periodicidad con la presencia alternante de periodos sintomáticos, habitualmente de una semana de duración, y periodos de alivio de meses o años que corresponden respectivamente a periodos de actividad y de reposo del proceso ulceroso. Los autores anglosajones consideran que hay una disminución del proceso en los meses de verano y una exacerbación en los de primavera y de otoño; sin embargo, en las observaciones del Hospital Español encontramos un aumento claro de exacerbaciones en los meses de diciembre y enero.

El dolor no es la única manifestación clínica de la úlcera no complicada: el vómito puede ocupar un lugar importante más frecuente si la úlcera se encuentra en la vecindad del píloro. En ocasiones, solamente aparece pirosis y regurgitaciones frecuentemente rítmicas. La exploración física suele ser negativa, a menos que existan complicaciones asociadas como perforación, obs-

prandio tardío y mejora con la ingesta. Alternan periodos sintomáticos de unos días de duración con otros asintomáticos que duran meses y hasta años. También puede haber vómito, pirosis y regurgitaciones.



Fig. 2 Úlcera péptica: diferencias entre gástrica y duodenal

trucción pilórica o directamente hemorragia.

Es clásica la división en ritmos de tres tiempos para úlcera gástrica y de cuatro tiempos para úlcera duodenal, aunque esta división tiene poco valor en la práctica.

Dr. Villalobos ¿Se encuentran manifestaciones atípicas de úlcera duodenal y gástrica?

Dr. Ramírez Mata En principio, me parece que el cuadro clínico descrito por el Dr. Naves sigue siendo válido para el diagnóstico de la úlcera péptica. Sin embargo, hay casos menos frecuentes en que no es raro encontrar una serie de síndromes atípicos como por ejemplo aquéllos en que la primera manifestación de una enfermedad péptica sea sangrado masivo de aparato digestivo alto o la presencia de molestias muy peculiares como meteorismo, distensión abdominal, cuadros que hacen pensar en trastornos digestivos funcionales. Incluso, existen casos, en extremo raros, de perforación o penetración violenta que se manifiestan como cuadro obstructivo en enfermos en los cuales ésta constituye la primera manifestación de un cuadro ulceroso de muchos años de evolución. Si bien es cierto que el clínico debe seguir de manera cuidadosa la

sintomatología tradicional de un ulceroso, debe estar preparado para aceptar que, en un número importante de casos, hay otros cuadros peculiares de aparato digestivo alto que pueden ser significativos y ameritan un estudio completo.

Dr. Villalobos ¿Puede la hemorragia después de dolor ser la manifestación más frecuente de úlcera duodenal en un 15 por ciento de los casos?

Dr. Ramírez Mata Estoy de acuerdo con esta cifra; es muy elevada la proporción de sujetos que, en forma primaria, presentan esa manifestación de sangrado como primer síntoma de úlcera.

Dr. Villalobos **Complicaciones de la úlcera péptica: sangrado —la más frecuente y temida—, fenómenos obstructivos y penetración hacia órganos vecinos o hacia peritoneo. La prevención de este padecimiento se basa en evitar los factores causales conocidos en la población de alto riesgo —tensión, consumo de café, trasgresiones alimenticias, medicamentos agresivos para la mucosa gástrica.**

¿Cuáles son las principales complicaciones de la úlcera duodenal y gástrica y qué secuelas puede dejar este padecimiento?

Dr. Ramírez Mata En parte, las complicaciones depen-

den del área afectada por la úlcera. En el caso de una úlcera prepilórica o situada en el canal pilórico, es fácil que, en el proceso de curación, se produzcan fenómenos obstructivos. Otras úlceras, más distales hacia el duodeno, en ocasiones también producen cuadros obstructivos pero con mucho menos frecuencia. El sangrado, que ya mencionamos, es una complicación relativamente común y muy temida ya que puede orillar a serios problemas de salud.

Existe otro tipo de complicaciones como la penetración o sea que la úlcera se profundice en el área que ocupa hacia órganos vecinos, con mayor frecuencia al epiplón gástrico, páncreas, es decir hacia vísceras vecinas. Otra complicación sería la perforación que, en realidad, sólo es el mismo cuadro de penetración pero en un área donde el fondo de la úlcera no tiene contigüidad con ningún órgano sólido que la "selle" y entonces se abre hacia la cavidad peritoneal propiamente dicha, produciendo fenómenos de peritonitis química, y posteriormente bacteriana muy grave. Otro problema que el clínico no debe olvidar es que, en las úlceras gástricas, siempre existe la posibilidad de que exista algún tumor maligno.

Dr. Villalobos ¿Qué medidas de educación higiénica pueden aplicarse para prevenir la úlcera duodenal y gástrica?

Dr. Naves Mientras no se tenga un mejor conocimiento de la importancia relativa de los distintos factores implicados en la fisiopatología de la úlcera péptica, resulta difícil implantar un programa de medidas higienodietéticas encaminadas a prevenir la aparición de este padecimiento, aun en los grupos considerados de alto riesgo. La misma reducción de los factores tensionales, aparentemente importantes, resulta impracticable si no se modifican aspectos sociales, económicos e incluso políticos trascendentales. En la población de alto riesgo, pueden tratar de controlarse, en la medida de lo posible, los estados de angustia y recomendar una alimentación con horario fijo, sin grandes espacios entre los alimentos, es decir sin grandes periodos de ayuno. Final-

mente, cabe recomendar el uso juicioso de los medicamentos de acción agresiva a la mucosa gástrica y manejarlos casi siempre bajo vigilancia médica. Otro aspecto sería evitar los excesos de algunos estimulantes del tipo del café.

Dr. Villalobos ¿Qué medidas pueden tomarse en relación con la personalidad del sujeto para prevenir la úlcera duodenal?

Dr. Naves El interés que el médico muestra y el conocimiento de la situación emocional de su paciente resulta de fundamental importancia en el caso particular de la úlcera péptica. Ayudar al enfermo a lograr una mejor relación con su medio puede resultar clave en su tratamiento, además de estrechar la relación médicopaciente. Una conducta juiciosa es hacer comprender al enfermo cuál es su padecimiento y la importancia que en su evolución tiene su tipo de vida y sus problemas. En ocasiones, puede ser útil agregar psicofármacos, y sólo excepcionalmente se hace necesaria una consulta psiquiátrica. Sin embargo, conviene hacer ver al paciente que todas estas medidas pueden no resultar eficaces, ya que hay muchos factores que escapan al control médico y, por lo tanto, son muy grandes las probabilidades de sufrir una recaída.

Dr. Villalobos ¿Guarda alguna relación el tabaquismo con la úlcera péptica?

Dr. de la Rosa No conozco ningún dato que incrimine el tabaco como causa de úlcera duodenal; lo importante no es tanto el número de cigarrillos que fume el sujeto sino el hecho de que fume, ya que ello puede ser una manifestación de tensión emocional. Tampoco se ha demostrado claramente que la nicotina tenga algún efecto mayor sobre la secreción gástrica. Sin embargo, desde el punto de vista estadístico parece ser que el hecho de dejar de fumar ayuda a la curación de la úlcera gástrica y reduce la frecuencia de recidivas.

Dr. Villalobos ¿Qué medidas pueden recomendarse para prevenir las recidivas de la úlcera gástrica?

Dr. Naves En realidad, aquí se aplican los conceptos expuestos en la pregunta anterior,

Fig. 3 Elementos básicos para el diagnóstico de úlcera péptica

Procedimientos clínicos	Laboratorio	Gabinete	Evolución
Historia clínica completa	Investigación de: a) Sangre oculta en heces b) Citología hemática c) Quimismo gástrico: 1. En úlcera duodenal muy activa y si requiere cirugía 2. En la úlcera gástrica con sospecha de cáncer (si hay anacidez hacer prueba con histamina o pentagastri-na) d) Citología exfoliativa cuando es posible, en la úlcera gástrica con sospecha de malignidad	a) Buen estudio radiológico con compresión, valoración de vaciamiento y complicaciones b) Endoscopia en la úlcera gástrica y en la úlcera duodenal dudosa c) Toma de biopsias múltiples y citología exfoliativa en la úlcera gástrica	a) Valoración clínica b) Valoración radiológica o endoscópica 2-3 semanas después de tratamiento médico adecuado en la úlcera gástrica y 2 a 3 meses en la úlcera duodenal

el paciente debe evitar las transgresiones alimenticias y el consumo de medicamentos agresivos para la mucosa gástrica. Cuando eso no sea posible, conviene que tome algún antiácido.

El diagnóstico de la úlcera péptica se basa en historia clínica, estudios radiológicos seriados y endoscopia. El estudio radiológico —serie gastroduodenal— en la mayor parte de los casos logra demostrar la úlcera; la preparación para el estudio incluye ayuno total por 10 horas previas y abstención de anticolinérgicos por 24 horas previas y no fumar antes del estudio.

endoscopia. Una buena historia clínica guía al médico hacia la posibilidad diagnóstica de úlcera péptica, tomando también en cuenta los cuadros atípicos que deben ser evaluados con numerosas pruebas. Los estudios radiológicos seriados de estómago y duodeno son de importancia fundamental y, en gran proporción de casos, permiten llegar al diagnóstico. En la actualidad, la endoscopia contribuye a esos diagnósticos ya que algunas úlceras gástricas y duodenales se

Dr. Villalobos Pasaremos ahora a definir cómo se establece el diagnóstico de la úlcera péptica.

Dr. Ramírez Mata Pienso que se establece en base a una buena historia clínica, estudios radiológicos seriados y

escapan al estudio radiológico y, con los modernos instrumentos flexibles y de fibra de vidrio para endoscopia, se puede averiguar de manera muy acuciosa la localización, el tamaño, en fin la morfología de la úlcera. Desde el punto de vista práctico, la endoscopia en la úlcera duodenal no es un requisito indispensable en el diagnóstico, pero sí se recomienda en la úlcera gástrica ya que permite descubrir los casos de malignidad.

Dr. Villalobos ¿Cuáles son los procedimientos auxiliares de laboratorio para el diagnóstico de la úlcera péptica?

Dr. Campuzano El estudio del quimismo gástrico está indicado en caso de úlcera duodenal cuando se sospeche la posibilidad de úlcera producida por un gastrinoma. En el caso de la úlcera duodenal y gástrica, es un procedimiento de rutina en pacientes hospitalarios, tanto antes como después de las intervenciones quirúrgicas para tratar estos padecimientos.

Dr. Villalobos ¿Cuándo debe aplicarse radiología y cuándo endoscopia para el diagnóstico de estas enfermedades?

Dr. Elizondo En realidad, la endoscopia o la radiografía pueden emplearse por separado como medio único de diagnóstico, pero en ocasiones deben usarse ambas técnicas

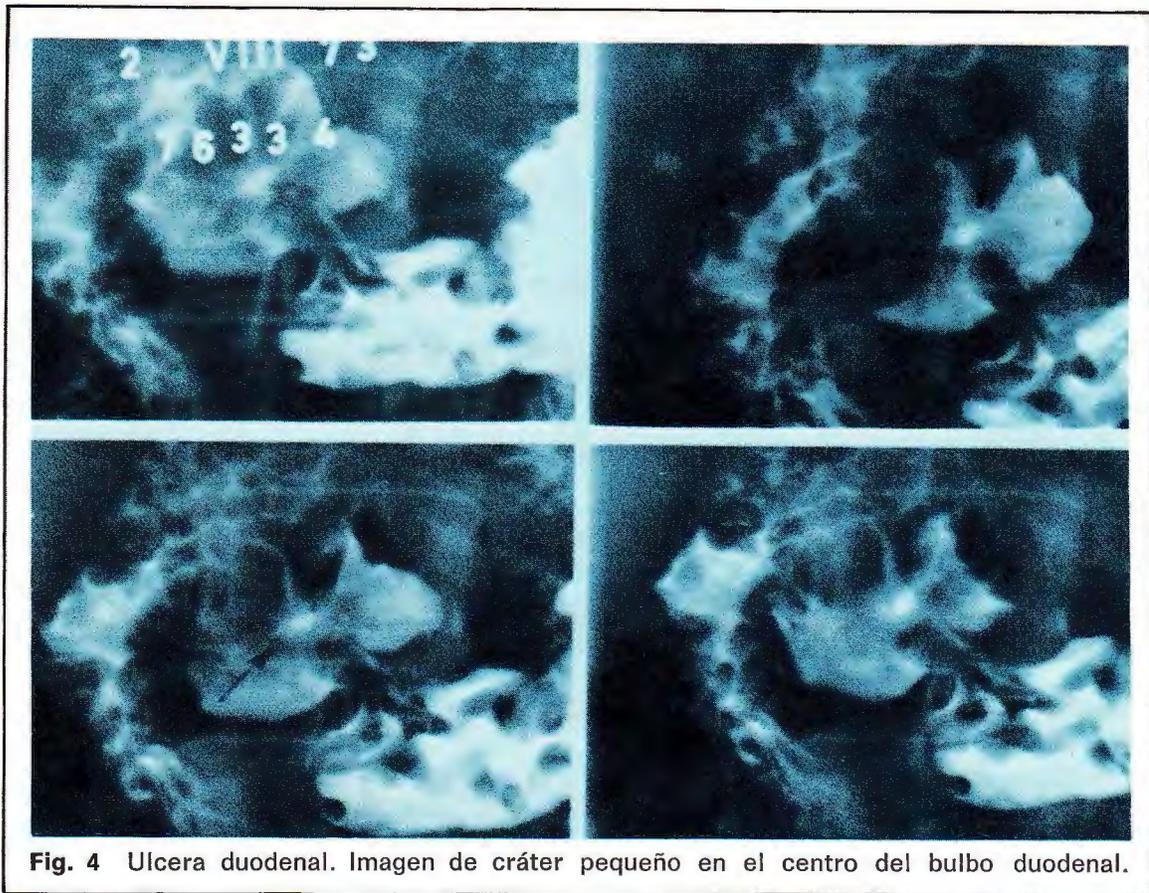


Fig. 4 Úlcera duodenal. Imagen de cráter pequeño en el centro del bulbo duodenal.

ya que son complementarias y su uso conjunto permite una certeza diagnóstica casi del 100 por ciento. Sin embargo, en algunas situaciones, sólo puede utilizarse un método. En el caso de las estenosis esofágicas parciales, donde sea imposible el paso de los fibroscopios, el examen radiológico constituirá el único medio para examinar el estómago y el duodeno. Lo mismo sucede cuando existe estenosis pilórica parcial que impide el paso del fibroscopio al duodeno. En las hemorragias activas del tubo digestivo proximal, es de primordial importancia iniciar los exámenes de diagnóstico por el método endoscópico que es el más aplicable y con el que mejores resultados se obtienen.

El examen radiológico con bario no descubre lesiones superficiales ni úlceras agudas o aquéllas que se ocultan bajo coágulos. Por otra parte, el descubrir una lesión con examen radiológico con bario no necesariamente significa que ésta sea la responsable de la hemorragia. Otro factor que de-



Fig. 5 Úlcera gástrica superficial con evidencia de hemorragia reciente.

be tomarse en cuenta es que, después de la administración de bario, su presencia impide el examen endoscópico y el arterio-

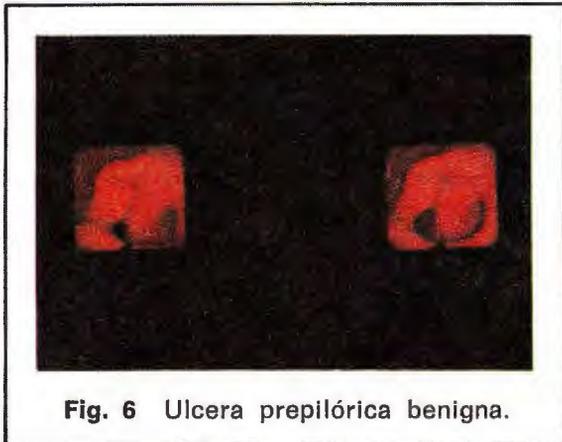


Fig. 6 Úlcera prepilórica benigna.

gráfico, privando así al paciente de un diagnóstico y tratamiento oportuno. En las estenosis pilóricas completas de causa determinada, es preferible iniciar el estudio por el método endoscópico ya que, por aspiración, se puede evacuar parcialmente el contenido gástrico retenido además de poder tomar biopsia directa.

Cabe considerar que, con los fibroscopios actuales, se logra el mismo objetivo en un tiempo de exploración bastante satisfactorio.

Dr. Villalobos ¿Cuál es la utilidad y cuál la limitación del estudio radiológico para el diagnóstico de las úlceras duodenal y gástrica?

Dr. Pitol El estudio radiológico, o sea la llamada serie gastroduodenal, es el método diagnóstico más importante en la enfermedad ulcerosa gástrica o duodenal ya que, en la mayor parte de los casos, logrará demostrar el padecimiento. Las limitaciones para hacer el estudio provienen primordialmente del estado del paciente, como sería estado de inconciencia, imposibilidad para deglutir, náusea o vómito, o que el enfermo rehúse tomar el medio de contraste. La primera y segunda eventualidades pueden ser solucionadas con el paso de sondas nasogástricas.

Otra limitación sería el no contar con equipo radiológico apropiado.

Dr. Villalobos ¿Cuál debe ser la preparación para el estudio de los enfermos con úlcera péptica no complicada, y cuál en los

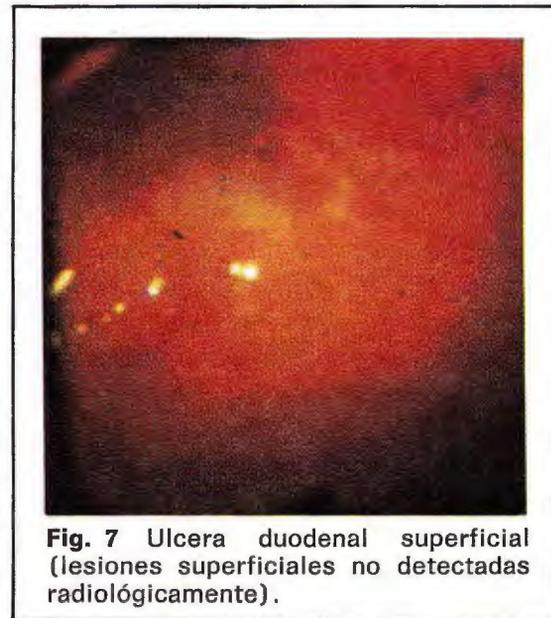


Fig. 7 Úlcera duodenal superficial (lesiones superficiales no detectadas radiológicamente).

casos de complicación, doctor Pitol?

Dr. Pitol En primer lugar, la preparación del enfermo no complicado es la siguiente: ayuno total, incluso de agua, por diez horas previas al estudio; no ingerir ningún tipo de medicación cuando menos ocho horas, y, en caso de estar recibiendo medicación anticolinérgica, no tomarla en las 24 horas previas al estudio. Se recomienda no fumar inmediatamente antes del estudio. En el segundo caso, o sea el del enfermo complicado, la preparación depende del tipo de complicación. En estenosis pilóricas o duodenales se debe insistir en que el último alimento que se tome 10 horas antes del estudio sea de preferencia totalmente líquido y ligero. En caso de identificar líquido en el estómago en ayunas, en cantidad que pudiese interferir con el examen, conviene practicar sondeo y succión gástricas inmediatamente antes del estudio.

En los casos de sangrado, la preparación es similar. Sin embargo, si se considera practicar un procedimiento angiográfico, el enfermo debe estar hospitalizado. En los enfermos en quienes se sospecha perforación, el estudio debe iniciarse con radiografía de tórax y abdomen, ambas en posición erecta, tratando de identificar aire libre intraperitoneal cuya localización habitual es

la subdiafragmática. En los casos en que esté indicado un estudio de estómago y duodeno, deberá realizarse utilizando medios de contraste yodados.

Dr. Villalobos ¿Por qué suele recomendarse la abstención del cigarrillo antes de un estudio radiológico?

Dr. Pitol Fundamentalmente porque los clínicos piensan que produce jugo gástrico.

Dr. Elizondo En los casos de perforación gástrica o duodenal, está contraindicado llevar a cabo un examen endoscópico, lo mismo que en aquellos pacientes con úlceras penetradas o aquéllos en que existe alto riesgo de perforación.

El estudio endoscópico logra demostrar úlceras en 10 a 15% de pacientes sintomáticos cuyo estudio radiológico resultó normal. No se practica en casos de estenosis pilórica infranqueable ni en úlceras perforadas. Permite la toma de muestra para citología para descartar lesión maligna. El paciente debe estar en ayunas 5 horas antes del estudio. Media hora antes de éste se le aplica diazepam y un anticolinérgico.

los pacientes con síntomas de tubo digestivo proximal cuyo examen radiológico es normal o negativo. Este método logra demostrar úlceras en un 10 a 15 por ciento de los pacientes en que éstas no se habían demostrado previamente por otros métodos. También es un estudio indispensable en aquellos pacientes con deformidad del tubo duodenal en los cuales no es posible definir con certeza por medios radiológicos si existen úlceras activas, si sólo se trata de alteraciones cicatrizales, o si existe duodenitis; es decir cuando no es posible definir con exactitud la evolución o curación del paciente. En cuanto a las limitaciones de este estudio, ya mencionamos que es imposible el examen endoscópico del bulbo duodenal en pacientes con estenosis pilórica infranqueable, aunque en ocasiones hay píloros con este-

Dr. Villalobos ¿Cuáles son las indicaciones del estudio endoscópico en la úlcera duodenal y cuáles sus limitaciones?

Dr. Elizondo Las indicaciones del estudio endoscópico varían según el diagnóstico y localización. Es indispensable en todos

nosis parciales (1 a 3 por ciento) en que se puede pasar el endoscopio. Otro factor limitante es que las úlceras de la base del bulbo son difíciles de observar con los fibroscopios de visión frontal.

Dr. Villalobos ¿Cuáles son las indicaciones y limitaciones para el estudio de la úlcera gástrica desde el punto de vista endoscópico?

Dr. Elizondo Considero que la endoscopia debe llevarse a cabo en forma rutinaria en todos aquellos pacientes con úlcera gástrica, ya que su observación y toma de biopsia para citología define su naturaleza benigna o maligna. Con esa conducta, se ha logrado descubrir en forma más oportuna úlceras malignas aun superficiales. Por otra parte, este método ha hecho innecesarias las llamadas pruebas terapéuticas que, en algunos pacientes con úlceras carcinomatosas, sólo conseguían retrasar el tratamiento consiguiendo que el proceso se diseminara. Además, el examen endoscópico permite establecer mejor el criterio de curación.

Las limitaciones del método con los aparatos actuales son excepcionales. Ocasionalmente, las lesiones de pared posterior o de fondo gástrico pueden escapar al examen endoscópico, pero creo que más por descuido de la técnica que por limitación en la calidad de los fibroscopios.

Además, la posibilidad de complicaciones secundarias al método es mínima; se presentan complicaciones en uno o dos por mil de los pacientes y siempre cuando se hacen procedimientos innecesarios, por ejemplo toma de biopsias en pacientes que reciben anticoagulante o cirróticos con alteraciones profundas de sus mecanismos de coagulación.

Dr. Villalobos ¿Qué preparación se requiere para llevar a cabo un estudio endoscópico de estómago y duodeno?

Dr. Elizondo La preparación es similar en ambos tipos de úlcera y es tan importante que de ella dependen los resultados del estudio. Conviene explicar detalladamente al paciente el motivo de su indicación mencionando que el examen provoca un mínimo de molestias y que se requiere de su cooperación. En ocasiones, existe un rechazo in-

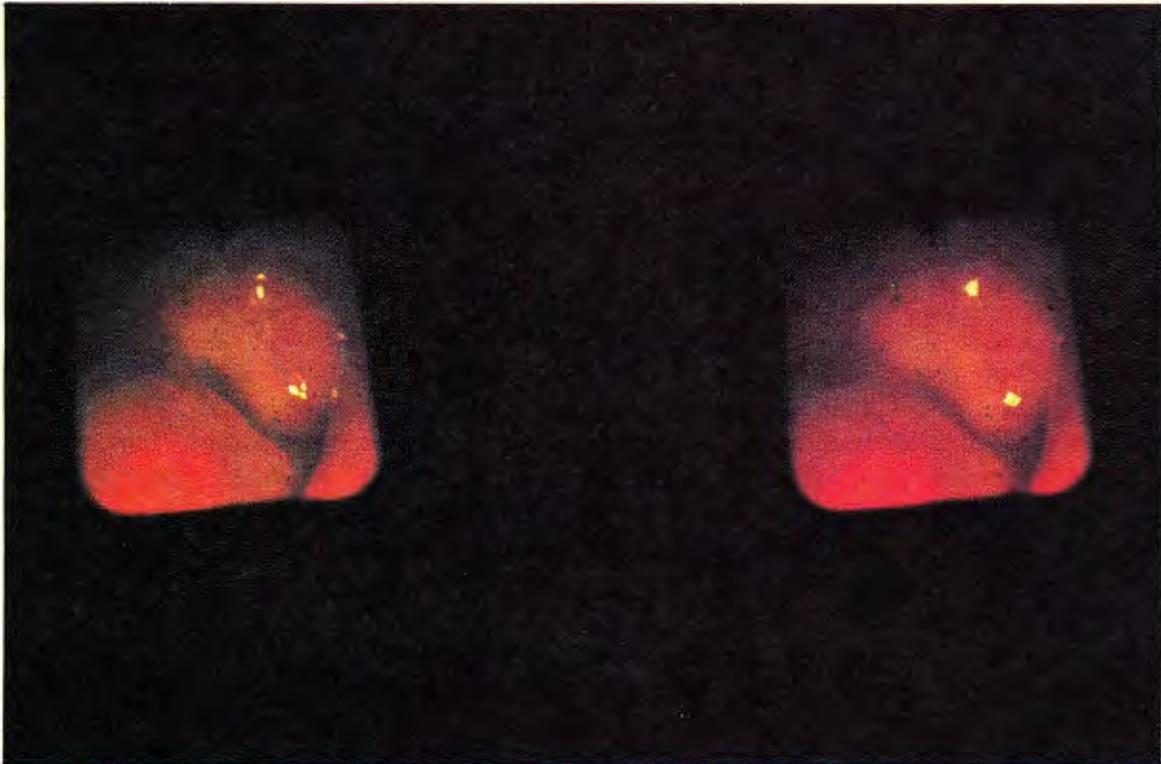


Fig. 8 Úlcera duodenal activa en vertiente



Fig. 9 Úlcera duodenal con suturas para ligar vasos hemorrágicos. (Central Post Quirúrgica).

consciente del internista para indicar el procedimiento y éste se transmite al paciente que, con frecuencia, llega al examen con gran temor. Es muy importante que el internista explique al paciente que, en realidad, el método no es tan traumático como se había pensado. Debe practicarse en una sala de endoscopia, aunque puede hacerse en la cama del paciente o en la sala de terapia intensiva. El paciente debe estar en ayunas por lo menos cinco horas antes del examen y se le debe aplicar diazepam y algún anticolinérgico por vía intramuscular cuando menos 30 minutos antes del estudio. En pacientes angustiados, conviene aplicar de 5 a 10 mg de diazepam por vía endovenosa para producir una sedación más profunda. La preparación del paciente también comprende la aplicación de xilocaína y pantocaína para anestesiar la base de la lengua y la faringe. Sin embargo, existe un mínimo de pacientes que no aceptan el procedimiento y a quienes se les debe practicar bajo anestesia general, siempre y cuando no existan contraindicaciones y el internista considere indispensable este método diagnóstico. En los pacientes con estenosis pilórica, el examen endoscópico debe ser precedido de lavado gástrico.

Dr. Villalobos ¿Cuál es el índice de posibilidad de diagnóstico de las úlceras pépticas con un buen estudio radiológico?

Dr. Pitol Se estima que de un 80 a 85 por ciento de úlceras duodenales se pueden visualizar y diagnosticar con una buena técnica y un equipo apropiado. También se afirma que hasta un 98 por ciento de úlceras gástricas se logran demostrar radiológicamente con un examen completo y metódico. Pienso que, en nuestro medio, en el caso de las úlceras gástricas, el promedio es de 90 a 95 por ciento. La frecuencia con que las úlceras pépticas se logran demostrar es directamente proporcional a la habilidad y al esfuerzo del radiólogo para lograrlo. En el 5 a 10 por ciento de úlceras no demostradas, incluso con un buen examen, la razón se debe a que son muy pequeñas, están ocluidas con moco o sangre, hay lí-

quido en el estómago, su borde está inflamado y cierra la entrada de la ulceración, existe gran engrosamiento de los pliegues mucosos en la vecindad de la úlcera o, finalmente, a que el paciente es muy grueso, lo que siempre dificulta el estudio.

Dr. Villalobos ¿Cuál es el índice de positividad en el diagnóstico de la úlcera péptica con un buen estudio endoscópico?

Dr. Elizondo En cualquier tipo de úlcera, ya sea duodenal o gástrica, se logra establecer un diagnóstico endoscópico en el 90 a 95 por ciento de los casos.

Dr. Villalobos ¿Se puede precisar el diagnóstico de úlcera anastomótica en los casos de cirugía gástrica por medio de radiología?

Dr. Pitol La dificultad del diagnóstico radiológico de la úlcera anastomótica reside fundamentalmente en la modificación de la anatomía por la cirugía previa, de ahí que, en estos enfermos, es mandatorio realizar un estudio postoperatorio inmediato para conocer en forma objetiva cuál es la anatomía gastroduodenoyeyunal después de la intervención quirúrgica. En un 50 por ciento de casos, se puede hacer un diagnóstico de certeza si la úlcera no se visualiza pero se aprecian signos como serían alteración de contornos, pliegues mucosos engrosados, fenómenos de irritabilidad y otros. Al llevar a cabo una comparación con un estudio postoperatorio previo, la proporción puede subir hasta 75 u 80 por ciento.

Dr. Campuzano Nosotros sistemáticamente acostumbramos ordenar estos estudios radiológicos a partir del tercer mes después de la operación del paciente; por desgracia, no es infrecuente que estos pacientes escapen a nuestro control por sentirse curados.

Dr. Villalobos ¿En qué proporción se puede establecer el diagnóstico, en estos casos, por medio de la endoscopia?

Dr. Elizondo En realidad no se cuenta con una estadística exacta; sin embargo, el examen endoscópico constituye el mejor método para descubrir úlcera recidivante ya que la deformidad posquirúrgica del estómago impide una perfecta evaluación radiológica o por otros métodos.

Fig. 10 Tratamiento médico de la úlcera péptica

Dieta	Reposo	Psicoterapia	Antiácidos	Anticolinérgicos	Sujetos a estudio
1. Estricta, láctea o leche con antiácidos cada hora en la úlcera gástrica sujeta a tratamiento de prueba. 2. Blanda fraccionada en la úlcera duodenal y gástrica no complicada.	1. En cama en la úlcera gástrica sujeta a tratamiento de prueba. 2. Adecuado físico y mental en los casos no complicados.	Fundamentalmente en la úlcera duodenal y en la gástrica pilórica o prepilórica. Psicofármacos en la úlcera duodenal en casos de tensión nerviosa.	Fraccionadas en el intervalo de los alimentos.	En la úlcera duodenal no complicada con dolor acen-tuado y/o acidez elevada.	Antipepsi-na. Anti-gastrina. Antagonistas de los receptores H ₂ del estómago

Dr. Villalobos ¿Tiene alguna ventaja la combinación de los dos procedimientos?

Dr. Campuzano Estoy de acuerdo con los doctores Pitol y Elizondo en que la radiología del estómago ofrece dificultades, sobre todo si la operación previa ha sido una gastrectomía de mayor o menor amplitud. En cambio, la endoscopia puede ser más precisa ya que, en un 10 por ciento más de los casos, permite aclarar la naturaleza de las lesiones que, con frecuencia, podrían atribuirse erróneamente a deformaciones postoperatorias, sobre todo en la vertiente gástrica del muñón. Además, conviene recordar que la endoscopia puede combinarse con citología y biopsia.

El tratamiento dietético tradicional consta de un régimen a base de leche y crema administrados cada hora durante los primeros 10 a 15 días. Actualmente, se prefiere una dieta blanda fraccionada. Los antiácidos constituyen la medicación principal para reducir la acidez gástrica. También se recomiendan tranquilizantes menores y reposo.

Dr. Villalobos Muy bien. Me parece que, con lo anterior, cubrimos ampliamente todos los aspectos diagnósticos de la úlcera péptica. Pasemos ahora al aspecto de su tratamiento médico.

Dr. Ramírez Mata

Existe cierta discrepancia en cuanto al tratamiento de este padecimiento. La primera discusión se refiere a dieta ya que, tradicionalmente, se sigue un régimen dietético a base de leche y crema administrados cada hora en los primeros 10 a 15 días de la

enfermedad. Sin embargo, hay otra corriente de opiniones que recomienda simplemente dar una dieta blanda fraccionada la cual, estadísticamente hablando, da los mismos resultados. Esta última tiene la ventaja indudable para el paciente de no verse frustrado con un régimen dietético *contra natura* y sujeto a un horario difícil de seguir, lo que le crea una imagen de ser un inválido digestivo. La tendencia actual es más bien usar una dieta blanda fraccionada, es decir tres comidas principales y dos pequeñas colaciones, una a media mañana y otra a media tarde. Me parece que el régimen estricto clásico debe reservarse para los casos de sangrado del aparato digestivo por úlcera péptica.

El segundo aspecto se refiere al uso de distintos medicamentos. En primer lugar, si sabemos que el origen del padecimiento ulceroso es un exceso de jugo gástrico, y principalmente de pepsina y ácido clorhídrico, estamos en posibilidad de yugular por una parte el pH y por otra, con algunos medicamentos modernos, la actividad de la pepsina. Es indudable que los antiácidos constituyen el arma número uno en el tratamiento de la úlcera péptica. Estos se encuentran en el mercado en formas distintas y todos tienen el mismo efecto; el requisito indispensable es que se administren con horario adecuado. A este respecto, se calcula que el vaciamiento gástrico se realiza entre 45 minutos y hora y media,

ALGUNOS INHIBIDORES FARMACOLOGICOS DE LA
SECRECION GASTRICA



ANTICOLINERGICOS: ACTUAN EN LAS SINAPSIS NERVIOSAS PARASIMPATICAS Y EN LA PLACA EFECTORA.

- ANTIACIDOS Y DIETA: AMBOS NEUTRALIZAN QUIMICAMENTE EL HCL DEL JUGO GASTRICO.
- ANTIPEPSINAS: ANTAGONISTAS DE LA PEPSINA.
- ANTIGASTRINAS: COMPITEN CON LA MOLECULA DE LA GASTRINA.
- SEDANTES: BARBITURICOS, TRANQUILIZANTES Y ANTIDEPRESIVOS

Fig. 11 Algunos inhibidores de la secreción gástrica.

entonces es importante que el pH del estómago se encuentre en cifras tales que la pepsina no sea activada y esto se consigue administrando antiácidos, prácticamente cada hora o cada hora y media, sobre todo en las primeras etapas del tratamiento. Después de 10 a 15 días, se pueden administrar cada dos horas y, más tarde, en forma postprandial tardía.

Existe otra serie de recursos medicamentosos que se encuentran en discusión, porque constituyen una novedad terapéutica. Concretamente se trata de medicamentos antipepsina, que compiten con la pepsina y otros que compiten con los receptores de histamina. Hay medicamentos que tienen efecto directo sobre el moco gástrico. En cuanto a medicamentos de uso clásico como los anticolinérgicos, ha surgido cierta controversia desde el punto de vista de su aplicación.

Otro capítulo interesante es el de la indicación de fármacos que actúan sobre el sistema nervioso central, tanto tranquilizantes como estimulantes. Un enfermo ulceroso con tensión definitivamente requiere un manejo con sedantes menores que, además,

ayudan a que duerma mejor, lo que es importante para que el ayuno nocturno no sea agravado por el insomnio.

En síntesis, el tratamiento médico teórico ideal sería una dieta blanda fraccionada, reducción de la acidez gástrica, administración de tranquilizantes y procurar reposo físico en algunos enfermos que necesitan ser internados o ser manejados en cama.

Dr. Villalobos ¿Qué proporción de pacientes con úlcera péptica requiere tratamiento quirúrgico?

Dr. Ramírez Mata Del 30 a 40 por ciento de los enfermos con úlcera duodenal que llegan al Instituto Nacional de la Nutrición tiene indicación quirúrgica. Sin embargo, en la literatura universal, las cifras son definitivamente menores variando entre 10 y 20 por ciento. Probablemente, esto se deba al hecho de que se trata de un hospital de concentración donde llega gran

Del 10 a 20% de las úlceras duodenales requieren cirugía; para la úlcera gástrica, las cifras aumentan proporcionalmente al tiempo de evolución. Son indicaciones quirúrgicas: sangrado abundante incontrolable, hemorragia de repetición, perforación, obstrucción pilórica, sospecha de malignidad y resistencia.

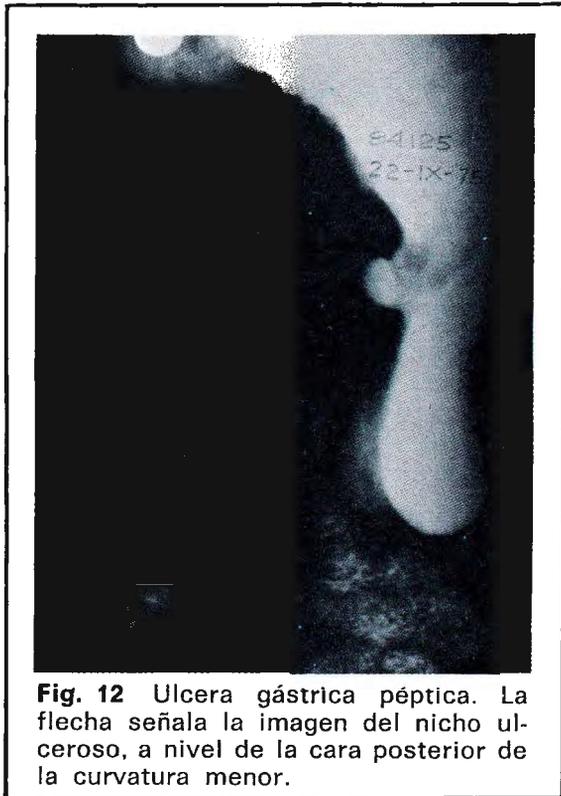


Fig. 12 Úlcera gástrica péptica. La flecha señala la imagen del nicho ulceroso, a nivel de la cara posterior de la curvatura menor.

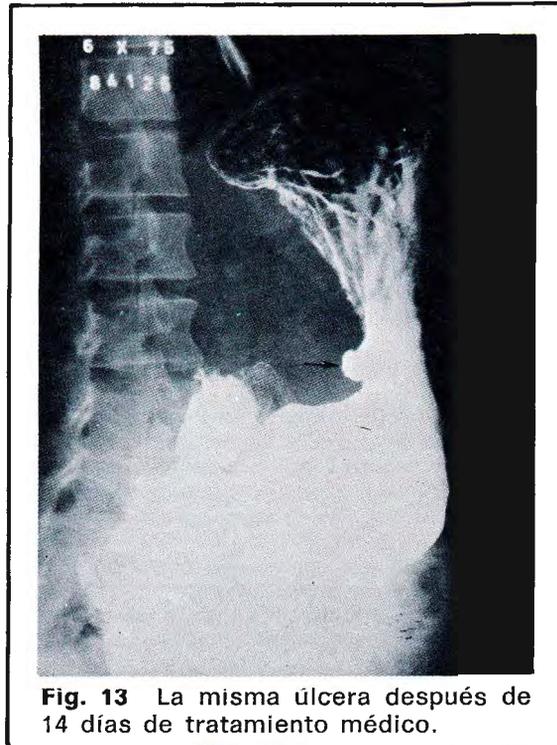


Fig. 13 La misma úlcera después de 14 días de tratamiento médico.

número de enfermos complicados cuyo único tratamiento posible es el quirúrgico.

Por otro lado, pienso que en la úlcera gástrica las cifras están invertidas. Existen dos tipos de enfermos ulcerosos gástricos: uno que sufre un episodio de úlcera gástrica y al que damos un buen tratamiento médico y cura, es decir en quien no repite la lesión en un año o dos, y otro tipo de pacientes en que se presentan recidivas. El ulceroso gástrico que presenta recidivas o sangra, sobre todo si es mayor de 50 años de edad, definitivamente debe ser operado.

Dr. Villalobos Dr. Naves, en su medio hospitalario, ¿cuál es la proporción observada y cómo puede compararse con la de la clientela privada?

Dr. Naves Las cifras, en consulta externa del Hospital Español, son muy similares a las que se refieren a clientela privada; en el caso de la úlcera duodenal, la cifra es definitivamente más baja que la que se acaba de mencionar para el Instituto Nacional de la Nutrición. Yo diría que, tanto para clientela privada como de consulta exter-

na, en el Hospital Español la proporción de cirugía oscila entre 10 y 15 por ciento, lo que coincide con la cifra mencionada en la literatura. En cuanto a la úlcera gástrica, en nuestro hospital se opera en no menos de 50 por ciento de los casos.

Dr. Villalobos Yo estudié un grupo de enfermos privados con evolución mayor de 5 años y encontré que 20 por ciento de ellos requerían cirugía. ¿Están ustedes de acuerdo con esta cifra?

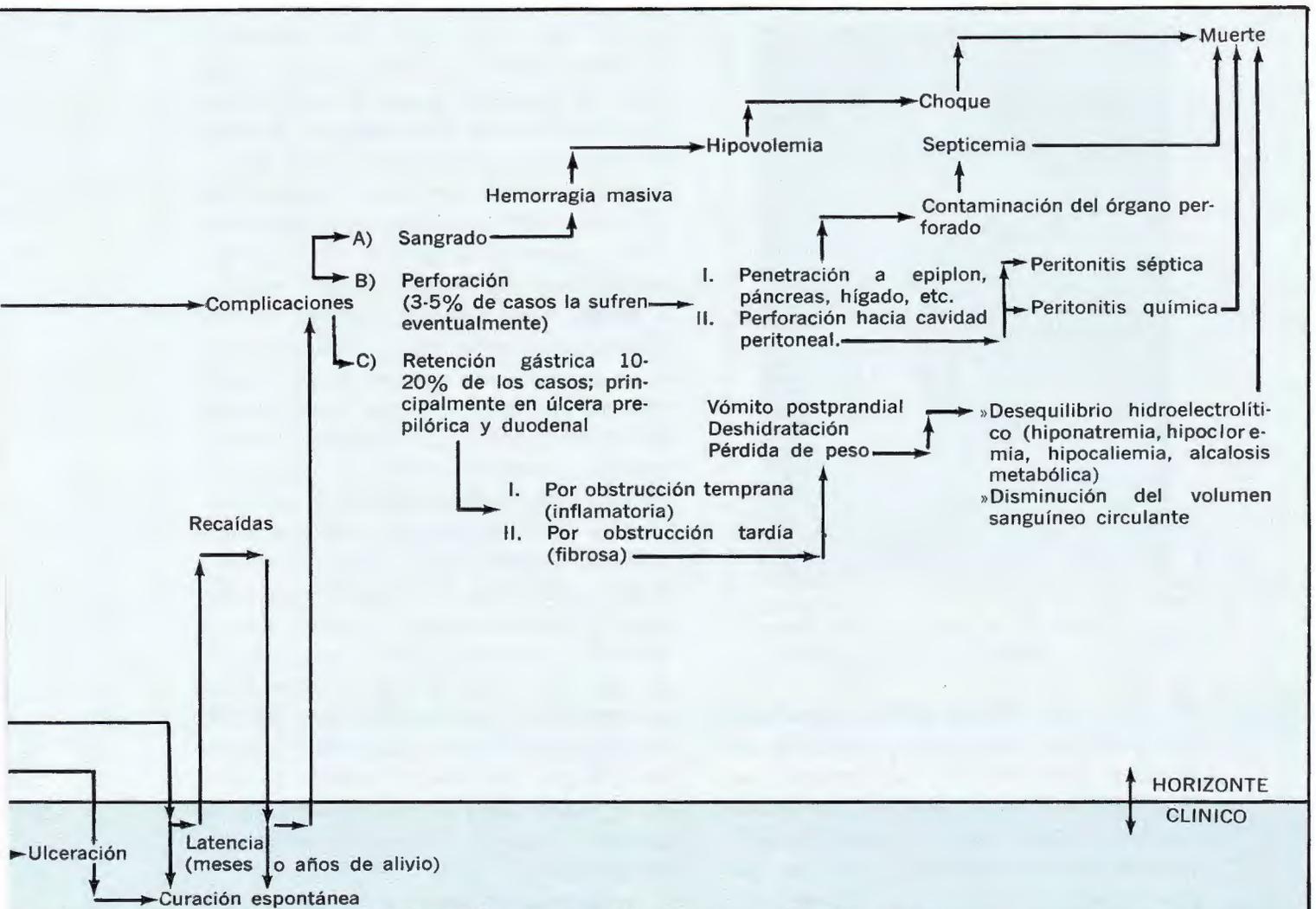
Dr. Naves Absolutamente. Cuanto más se prolongue el periodo de observación, las cifras porcentuales de enfermos remitidos a cirugía aumentan; de cualquier manera, no creo que excedan de ese 20 por ciento.

Dr. Campuzano Después de varios años de estar tratando ese tipo de problemas, vemos volver enfermos después de muchos años con indicaciones quirúrgicas, de suerte que todo es cuestión de la edad en que aparece el problema y de la sobrevida esperada para el paciente.

Dr. Villalobos ¿En que casos puede recomendarse tratamiento quirúrgico de la úlcera duodenal y en cuáles de la úlcera gástrica, doctor Naves?

Historia natural de la úlcera péptica no tratada

<p>Factores del agente:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Hiperproducción de ácido clorhídrico y pepsina » Disminución de la calidad y cantidad del moco gástrico » Regreso de contenido duodenal alcalino al estómago » Niveles elevados de gastrina (Síndrome de Zollinger-Elison) » Vaciamiento gástrico lento y estancado » Ingestión de sustancias secretagogas (café, alcohol, etc.) » Canalización por vía visceral de conflictos resultantes de tensión emocional » Aumento de hormonas suprarrenales <p>Factores del huésped:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Edad: úlcera duodenal más frecuente en la 3a., 4a. y 5a. décadas de la vida; úlcera gástrica con mayor prevalencia en edades avanzadas. » Sexo: predomina en hombres. » Herencia: <ul style="list-style-type: none"> — factores que determinan vaciamiento rápido, hipermotilidad, hiperclorhidria, etc. — mayor frecuencia entre individuos de grupo sanguíneo O. » Biotipo: asociación con tipo físico longilíneo y asténico. » Costumbres alimenticias: el ayuno prolongado favorece la aparición de la lesión. » Estado previo de salud: las gastritis crónicas y algunas endocrinopatías son factores predisponentes. » Ocupación: común en personas cuya actividad genera muchas tensiones. » Personalidad del paciente: estructura que determina conflictos de tensión y ansiedad por insatisfacción de anhelos; tendencia a somatizar conflictos psíquicos; respuestas emocionales intensas; personalidad activa, reservada, tímida y distante. <p>Factores del ambiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Lugar de residencia: mayor frecuencia en grandes centros urbanos. » Clima: hay exacerbaciones en otoño y primavera. » Estructura familiar: puede ocasionar conflictos que produzcan tensión emocional. » Estructura social y laboral: pueden generar tensiones que actúen sobre una personalidad susceptible. » Patrones culturales: forma en que se responde social o individualmente ante la tensión y la angustia. 		
Periodo prepatogénico		Estímulo desencadenante →
Prevención primaria		Prevención
Promoción de la salud	Protección específica	Diagnóstico:
<ul style="list-style-type: none"> » Educación nutricional con especial énfasis en la distribución y el horario de los alimentos diarios » Modificación de aspectos sociales, económicos y políticos del ambiente que determinan grandes tensiones 	<ul style="list-style-type: none"> » Reducción de tensiones ambientales » Control de estados de angustia » Alimentación con horarios fijos » Supresión de grandes periodos de ayuno » Evitar exceso de alimentos secretagogos » Evitar el hábito tabáquico » Precauciones en la prescripción y utilización de medicamentos de acción agresiva para la mucosa gastroduodenal » Psicoterapia en casos de neurosis propensas a las somatizaciones 	<p>Diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> » Historia clínica completa y detallada » Estudios radiológicos (serie gastroduodenal). Con este método se puede evidenciar el 80-95% de los casos » Endoscopia (método único o complementario). Diagnostica el 90-95% de los casos » Quimismo gástrico » Citología y biopsia de la lesión (para diagnóstico diferencial con úlcera gástrica maligna)



Periodo patogénico

secundaria

temprano y tratamiento oportuno

Tratamiento:

- »Dieta: a) leche y crema c/hora durante 10 días
- b) blanda fraccionada
- »Antiácidos
- »Medicamentos anti-pepsina
- »Anticolinérgicos (?)
- »Tranquilizantes (en enfermos con gran tensión)
- »Estimulantes
- »Reposo físico
- »Estrechar la relación médicopaciente
- »Crear en el enfermo conciencia de su enfermedad
- »Psicoterapia
- »Evitar transgresiones alimenticias
- »Sistema de descanso y relajación
- »Tratamiento quirúrgico (indicado en un 10-20% de los casos)

Prevención terciaria

Limitación de la incapacidad

- »Control radiológico:
 - a) a los 6 meses en úlcera duodenal
 - b) a las 3 semanas, en úlcera gástrica
- »Vagotomía
- »Piloroplastia
- »Gastrectomía
- »Anastomosis gastroyeyunal
- »Evitar medicamentos que favorezcan el desarrollo de úlcera o produzcan retardo en el vaciamiento
- »Cirugía de úlcera recidivante y sangrante.

Rehabilitación

- »En pacientes con gastrectomía, rehabilitación orientada a prevenir complicaciones gástricas postoperatorias
- »Corrección de desequilibrio hidroelectrolítico en casos de retención gástrica complicada

Niveles de prevención

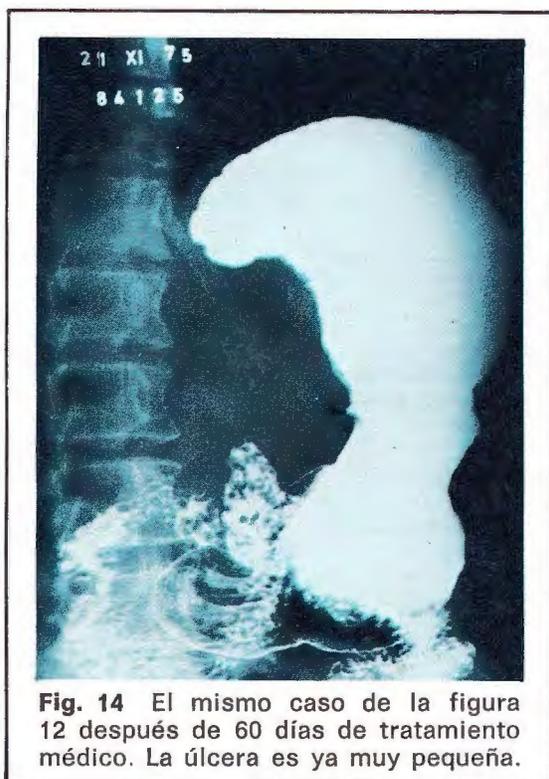


Fig. 14 El mismo caso de la figura 12 después de 60 días de tratamiento médico. La úlcera es ya muy pequeña.

Dr. Naves Las úlceras gástrica y duodenal tienen algunas indicaciones quirúrgicas comunes y otras diferentes. En general, son las complicaciones ya descritas por el Dr. Ramírez Mata las que constituyen las indicaciones, a veces absolutas, otras relativas, para cirugía. Por ejemplo, por un lado debemos considerar que, en todo caso, el sangrado plantea la posibilidad de operación; si es moderado, como acontece en la mayor parte de los casos, y no requiere transfusiones, o éstas no exceden de 1 000 ml en las primeras 24 horas, lo prudente es continuar con el tratamiento médico para valorar de nuevo la situación del paciente más adelante. Por lo contrario, si el sangrado es abundante y no se puede reponer el volumen que pierde el paciente o los requerimientos de sangre son muy elevados, resulta evidente la necesidad de aplicar cirugía de emergencia.

Posteriormente, pueden presentarse otros problemas como, por ejemplo, el caso del enfermo con control hemodinámico aceptable que continúa sangrando; conviene decidir entonces por cuanto tiempo debe conti-

nuar bajo manejo médico, posiblemente no más de dos o tres días. Estas decisiones, dependen además de otros criterios como edad del paciente, tiempo de evolución y características del padecimiento ulceroso, enfermedades intercurrentes y otros. En general, una mayor duración del padecimiento, mayor edad del paciente y mayor riesgo deben reducir el tiempo de estudio. Finalmente, debe considerarse como candidato a cirugía aquel paciente ulceroso con hemorragias de repetición. La obstrucción pilórica también puede constituir una indicación quirúrgica, en particular la úlcera duodenal que puede ser de dos tipos: primero aquélla que forma parte de un cuadro ulceroso no complicado, simplemente por localización de la úlcera cerca del píloro con inflamación del mismo y alteraciones consecutivas en la motilidad gástrica, la motilidad antral y la relajación pilórica, susceptibles de tratamiento médico y generalmente de aparición temprana en el curso de la enfermedad; y, en segundo lugar, aquélla, frecuentemente tardía, debida por lo general a fibrosis, que requiere cirugía, aunque, en la mayor parte de los casos puede ser electiva, ya que no representa peligro inmediato para la vida.

La perforación constituye quizá la indicación más dramática de cirugía para úlcera péptica y debe realizarse tan pronto como el paciente se encuentre en condiciones de soportarla.

Sin embargo, la indicación más frecuente para cirugía la constituye la llamada resistencia al tratamiento médico, es decir el caso en el cual no se obtiene respuesta al tratamiento médico o aquél en el cual las molestias regresan rápidamente al suprimirlo. En muchos casos, la falta de respuesta obedece a complicaciones de la úlcera, por ejemplo, penetración o falta de cooperación, voluntaria o involuntaria, por parte del enfermo.

Finalmente, una indicación quirúrgica que se restringe prácticamente a las lesiones de localización gástrica es la sospecha de malignidad.

Fig. 15 Tratamiento quirúrgico de la úlcera duodenal

Procedimiento empleado	Electivo	En perforación	En hemorragia
Gastrectomía amplia	?		
Vagotomía y piloroplastia	+		
Vagotomía, piloroplastia			+
Sutura de la úlcera			+
Vagotomía + antrectomía	+		+
Sutura de la perforación		+	
Vagotomía selectiva + piloroplastia	+		
Vagotomía de células parietales	+ *	+	

* En fase experimental. M.L.

En úlcera gástrica, la técnica más usual es la gastrectomía Billroth 1 con reducción de la lesión. En úlcera duodenal, el procedimiento que más se usa es la vagotomía troncular combinada con piloroplastia.

son las indicaciones de las diferentes técnicas quirúrgicas?

Dr. Campuzano Para la úlcera gástrica, la gastrectomía Billroth 1 con resección de la lesión es la que se emplea con mayor frecuencia. Sólo en casos de lesiones cuya benignidad se ha demostrado con estudio histológico transoperatorio, estarían justificadas otras operaciones como simple gastroenteroanastomosis, siempre y cuando se trate de lesiones situadas en una parte tan alta que la gastrectomía no fuera posible o resultara demasiado agresiva. La gastrectomía más piloroplastia o gastroyeyunoanastomosis sólo estaría justificada cuando la úlcera gástrica fuera secundaria a una úlcera duodenal estenosante. En la época moderna de la cirugía, la úlcera duodenal se ha tratado sucesivamente mediante gastrectomía amplia del 70 por ciento con vagotomía troncular más gastroyeyunoanastomosis o piloroplastia, con vagotomía troncular más antrectomía, con vagotomía selectiva más piloroplastia y vagotomía superselectiva, llamada también de células parietales. Creo que, ahora, el procedimiento que más se aplica es la vagotomía troncu-

Dr. Villalobos

¿Cuáles son los tratamientos quirúrgicos más frecuentes empleados para las úlceras duodenal y gástrica y cuáles

lar combinada con piloroplastia, aunque son muy loables los intentos de realizar operaciones más conservadoras como serían las diferentes formas de vagotomías selectivas.

Dr. Villalobos ¿Cuáles son los riesgos del tratamiento quirúrgico de la úlcera péptica?

Dr. de la Rosa Pueden dividirse en dos tipos, a corto y a largo plazo. A corto plazo, la mortalidad para la úlcera gástrica con el tratamiento clásico sería aproximadamente de 4 por ciento y la frecuencia de dehiscencia de la anastomosis con producción de fístula se encuentra en el orden del 5 al 8 por ciento. Para la úlcera duodenal, la mortalidad en la vagotomía troncular con piloroplastia se sitúa alrededor del 0.5 por ciento, la morbilidad es muy baja, incluye producción de hemo y neumomediastino, disfagia, lesión de bazo, fractura de hígado, hernia esofagogástrica yatrogénica, fístula a nivel de la piloroplastia, obstrucción de la piloroplastia y dehiscencia de la anastomosis cuando se hace gastroenteroanastomosis.

A mi manera de ver, las complicaciones a largo plazo son las más importantes. Por lo que respecta a la úlcera gástrica, la frecuencia de aparición de vaciamiento gástrico rápido, ya sea en su fase temprana o tardía, es mínima; mientras que, en la úlcera duodenal tratada mediante gastrectomía, la frecuencia de vaciamiento rápido es elevada, alcanzando un 15 a 20 por ciento de los casos, aunque sólo en pocos pacientes

Fig. 16 Tratamiento quirúrgico de la úlcera gástrica

Procedimiento recomendado	Cirugía electiva	Perforación	Hemorragia
Gastrectomía y resección de la lesión	X	?	X
Sutura de la lesión		X	

En úlceras situadas en posición muy alta y previa comprobación de benignidad mediante biopsias transoperatorias, estarán justificadas otras intervenciones como gastroenteroanastomosis.

viene a resultar invalidante.

Otra complicación que se presenta con frecuencia en otros países es la diarrea que, por fortuna, en México no representa un problema, ya que sólo aparece en forma severa en menos del 1 por ciento de los pacientes.

Dr. Villalobos ¿Cómo pueden evitarse tales riesgos?

Dr. de la Rosa En cuanto a los riesgos tempranos, creo que pueden evitarse cuidando de los detalles técnicos. En lo que se refiere a riesgos de funcionamiento, es suficiente la selección de los pacientes. Por ejemplo, un ulceroso duodenal de personalidad lábil, con factores psicoemotivos acentuados, principalmente si se trata de una mujer, es un candidato a tener molestias después de la operación.

Las secuelas más frecuentes de la cirugía gástrica son: recidiva de la úlcera, síndrome de vaciamiento rápido, hipoglucemia tardía, diarrea, pérdida de peso y síndrome de asa aferente. Muchas de éstas se controlan con medidas dietéticas: pequeñas comidas fraccionadas, decúbito dorsal en postprandio inmediato, etc. Si falla el tratamiento médico de las secuelas, se indica un tratamiento operatorio complementario o reconstructivo del anterior.

no requieren técnicas especiales y se ope-

Dr. Villalobos ¿Cuál es el tratamiento quirúrgico de las complicaciones?

Dr. Campuzano Ya vimos que las complicaciones que justifican cirugía son las estenosis, perforaciones y hemorragias. Las estenosis, salvo rarísimas excepciones,

ran, lo mismo que las úlceras, en forma electiva con las técnicas que ya se han mencionado. Las perforaciones de úlceras agudas deben suturarse exclusivamente. Las perforaciones de úlceras crónicas o recidivantes, deberán suturarse, después de practicarse biopsia en las gástricas. En el caso de lesiones gástricas, rara vez el estado general del enfermo es tan satisfactorio como para indicar tratamiento definitivo en una sola sesión.

Las úlceras sangrantes pueden suturarse con material no absorbible en caso de encontrarse en cara posterior del duodeno y efectuar tratamiento definitivo con vagotomía y operación derivativa. Pienso que la recidiva del sangrado es más frecuente con este procedimiento que con otro que se base en la resección de la lesión como, por ejemplo, vagotomía más antrectomía, lo cual estaría indicado en los casos en que las condiciones del paciente no fueran de extrema gravedad. En la mayor parte de los casos, las úlceras gástricas son más fáciles de tratar con resección gástrica, con excepción de lesiones de posición sumamente alta y con hemorragia intensa que obligan a practicar algún otro procedimiento como gastroyeyunoanastomosis combinada con sutura del vaso sangrante.

Dr. Villalobos ¿Qué secuelas puede dejar la cirugía gástrica y cómo deben manejarse las mismas?

Dr. Campuzano Desde luego, las secuelas más frecuentes son la recidiva de la úlcera,

Úlcera péptica

el síndrome de vaciamiento rápido, la hipoglucemia tardía, la diarrea postvagotomía, la incapacidad para estabilizarse en el peso o la pérdida del mismo y el síndrome de asa aferente.

Dr. Villalobos En estos casos, ¿qué medidas de rehabilitación pueden emplearse?

Dr. Naves El síndrome de vaciamiento rápido y la diarrea postcirugía quizá guarden relación con la pérdida de la función pilórica que acompaña prácticamente a todas las intervenciones quirúrgicas descritas, excepción hecha quizá de la vagotomía superselectiva. Este síndrome consiste fundamentalmente en sudor frío, palpitations, lipotimia, a veces náusea, vómito y diarrea que aparecen en el postprandio inmediato. Habitualmente, no es incapacitante y sólo llega a ser grave en una pequeña proporción de casos. Por lo general, el enfermo mejora si come lentamente, evita la ingesta de alimentos hipertónicos, de cantidades exageradas de líquidos durante las comidas y adopta decúbito dorsal en el postprandio inmediato.

Este cuadro, de ser severo, puede llegar a requerir cirugía.

La diarrea, que sólo es incapacitante en unos cuantos casos, puede controlarse mediante comidas poco abundantes, que no contengan alimentos irritantes hipertónicos y con el empleo de medicación específica del tipo difenoxilato.

La pérdida de peso puede representar uno de los problemas más importantes en el manejo del enfermo posgastrectomizado. Lo primero que se debe determinar es si el enfermo no come debido a las molestias que le produce la comida, si tiene vaciamiento rápido, sensación de llenura precoz debido a estómago pequeño por resección amplia o sensación de plenitud, lo que es frecuente después de la gastrectomía. En estos casos, quizá lo mejor sea fraccionar la alimentación con el objeto de conservar la ingesta del enfermo. También pueden existir otras causas de pérdida de peso como una inadecuada digestión por pobre mezcla con las secreciones pancreáticas y

biliares en los casos de gastrectomía del tipo Billroth 2, o la proliferación de bacterias que dan lugar al llamado síndrome de asa ciega.

Una complicación que aparece con poca frecuencia es la anemia, habitualmente de tipo hipocrómico y que se ha atribuido ya sea a problemas de malabsorción o, más probablemente, a gastritis en estómagos operados. Habitualmente, este problema se controla fácilmente con la ingestión de hierro por vía oral.

Otra complicación, menos frecuente, es la disfagia consecutiva a vagotomía que suele controlarse con dilatación.

Dr. Villalobos ¿Qué medidas de rehabilitación quirúrgica deben emplearse en estos casos?

Dr. Campuzano Cuando falla el tratamiento médico, debe plantearse un tratamiento operatorio de acuerdo a la intervención quirúrgica previa. Si se trata de un enfermo cuya úlcera se presenta después de una gastrectomía suficiente, la operación propuesta sería una vagotomía complementaria. Si la úlcera fuera posterior a una gastrectomía insuficiente, podría complementarse con una vagotomía y nueva gastrectomía. Si la úlcera fuera secundaria a vagotomía incompleta conviene completar la vagotomía, ya sea por vía abdominal o transtorácica. Si la úlcera fuera secundaria a una vagotomía completa más drenaje insatisfactorio, estaría indicada la reconstrucción del drenaje. El síndrome de vaciamiento rápido se trata por técnicas que dependen de la operación efectuada previamente: si es posterior a operación de Billroth I, se propone efectuar un Billroth II de boca chica; si es secundaria a un Billroth II se desmantela la gastroyeyunoanastomosis y se efectúa una conversión a Billroth I, o sea interposición de un asa intestinal, lo cual constituye la técnica conocida como operación de Henley. Si el vaciamiento rápido fuera posterior a gastroyeyunoanastomosis más vagotomía, conviene practicar un simple desmantelamiento de la gastroyeyunoanastomosis; cuando existiera estenosis en la vertiente duo-

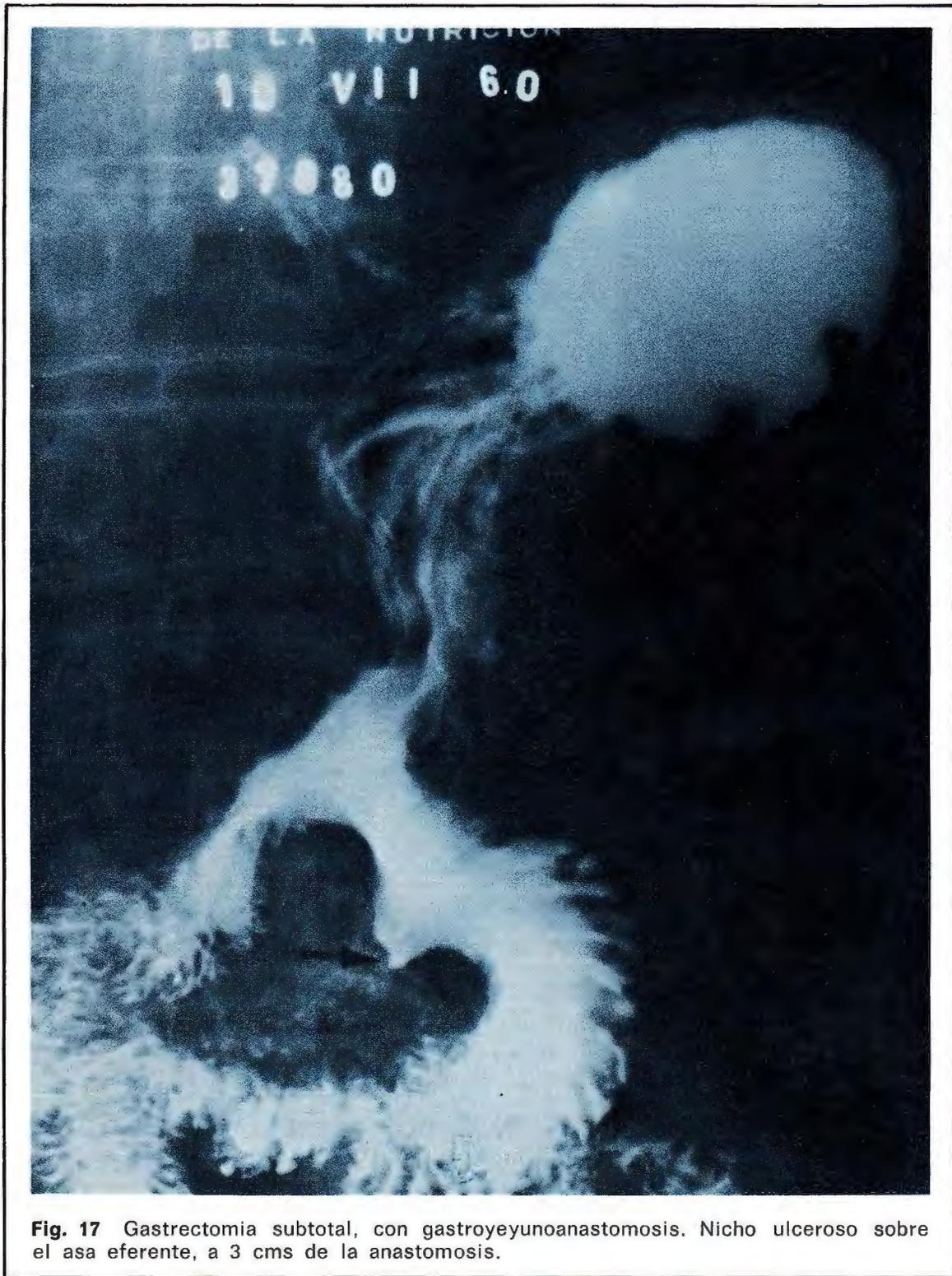


Fig. 17 Gastrectomía subtotal, con gastroyeyunoanastomosis. Nicho ulceroso sobre el asa eferente, a 3 cms de la anastomosis.

denal del estómago, ésta se convertiría en piloroplastía. Si el vaciamiento rápido fuera secundario a piloroplastía más vagotomía, uno de los casos más difíciles de resolver,

convendría intentar la interposición de un asa intestinal antiperistáltica en el yeyuno alto. La hipoglucemia tardía debe tratarse exclusivamente con medidas conservadoras.

La diarrea posvagotomía en muy raras ocasiones es indicación de operación y, en este caso, se intentan las difíciles interposiciones de asas antiperistálticas de yeyuno alto. Cuando el síndrome de asa aferente se presenta después de gastroenteroanastomosis, ésta debe desmantelarse y convertirse en piloroplastia y, si se presenta después de gastrectomía, tratarse con operación de Henley.

La pérdida de peso deberá tratarse según si se presenta combinada con vaciamiento rápido, diarrea, síndrome de asa aferente o síndrome de estómago pequeño.

Dr. Villalobos ¿Puede el médico general manejar estos pacientes?, y ¿en qué casos debe recurrir al especialista?

Dr. Naves Desde luego, el médico general está capacitado para ocuparse tanto del diagnóstico como del manejo médico del mayor número de enfermos con úlcera péptica, especialmente de localización duodenal. Es más, su condición de médico general posiblemente le facilite la relación médicopaciente, tan importante en este padecimiento, y alivie la carga que el gran número de individuos afectados de este padecimiento no complicado puede constituir para el especialista.

Es cierto que el interrogatorio y la exploración constituyen la base de todo buen estudio clínico, y la úlcera no es la excepción, pero también es indudable que el diagnóstico requiere de un estudio radiológico seguido muchas veces de endoscopia, por lo que resulta importante que el médico general cuente con buenos especialistas que realicen estos estudios, en particular en el caso de lesiones de localización gástrica en que cobra especial valor la diferenciación entre lesiones malignas y benignas. En aquellos casos en que la respuesta al tratamiento médico no sea satisfactoria, conviene una consulta con el especialista ya que, en muchos casos, puede tratarse de complicaciones y de este intercambio de opiniones puede surgir la posibilidad de cambios de conducta, incluso la recomendación quirúrgica. La presentación clara de alguna de

las complicaciones antes descritas, en especial en el caso de la úlcera gástrica, es otra indicación para consultar al especialista. Pero, aparte de estas cuantas excepciones, la gran mayoría de estos casos deben ser manejados por el médico general.

Dr. Villalobos La evaluación del tratamiento de la úlcera duodenal se basa en remisión del cuadro doloroso con control radiológico tardío. En el caso de la úlcera gástrica, a pesar de la mejoría clínica, se impone un riguroso control radiológico y endoscópico ante la posibilidad de que se trate de un padecimiento maligno. Una vez que remite la sintomatología, el tratamiento antiulceroso no debe prolongarse por más de mes y medio. El brote agudo de la úlcera duodenal se controla en un 90% de los casos, pero el control a largo plazo no es tan favorable.

Dr. Ramírez Mata

¿Cómo debe valorarse la evolución y el tratamiento del enfermo con úlcera péptica?

En el caso de la úlcera duodenal, la evaluación del tratamiento es fundamentalmente clínica y se basa en la remisión del cuadro doloroso. En estos casos, el control radiológico debe ser

más bien tardío cuando es casi indudable que el enfermo ya no tenga úlcera; algunos autores opinan que debe hacerse un control radiológico a las seis semanas e incluso otros a los tres o más meses.

En el caso de la úlcera gástrica, la situación es totalmente diferente. Como existe la posibilidad de que estas úlceras puedan ser un cáncer gástrico no descubierto, se impone un control cuidadoso del paciente. Aunque la buena respuesta al tratamiento médico parezca indicar que se trate de un padecimiento benigno, es definitivamente recomendable practicar un control radiológico a las dos o tres semanas de establecido un tratamiento antiulceroso estricto. Es más, no sólo se impone el control radiológico de esta lesión, sino también el control endoscópico. Además, el control no debe detenerse ahí sino que debe repetirse posteriormente, ya que estos enfermos requieren una vigilancia particular por la posibilidad de que se trate de un padecimiento maligno.

Dr. Villalobos Ya establecido el tratamiento, ¿cuánto tiempo debe mantenerse?

Dr. Ramírez Mata Pienso que el criterio terapéutico que acabamos de exponer sirve para basar esta decisión. El inicio del tratamiento antiulceroso debe ser agresivo en todos sus aspectos pero, una vez que la sintomatología haya remitido, no debe prolongarse por más de mes y medio ya que sabemos, por experiencia basada tanto en estudios endoscópicos como radiológicos, que la úlcera suele cicatrizar en forma relativamente rápida. El enfermo que se considera curado de este periodo de actividad ulcerosa requiere de visitas periódicas posteriores, sobre todo si existen manifestaciones clínicas que recuerden la sintomatología previa al tratamiento.

Dr. Villalobos Dr. Naves, ¿cuál es el pronóstico del enfermo con enfermedad ulcerosa?

Dr. Naves Me parece conveniente establecer una diferencia entre el brote agudo de la úlcera y la enfermedad ulcerosa. En el caso particular de la lesión duodenal, el éxito en el control del cuadro agudo llega al 85 ó 90 por ciento de los casos. El pronóstico a largo plazo no es tan favorable, como lo demuestra el hecho que un porcentaje importante, entre el 10 y 30 por ciento de enfermos ulcerosos duodenales acaban llegando a cirugía. Esto demuestra que el tratamiento médico a largo plazo ha sido un fracaso en esos enfermos. En forma concreta, puede decirse que el tratamiento del brote agudo es un éxito y el de la enfermedad ulcerosa generalmente un fracaso, en particular en el caso de la úlcera

gástrica. Pienso que, cuando un enfermo presenta recaídas en lesión de esta última localización, debe considerarse ya candidato a tratamiento quirúrgico.

Dr. de la Rosa Estoy de acuerdo; el ulceroso gástrico debe ser sometido a un tratamiento muy enérgico puesto que, habitualmente, va a resultar necesaria una intervención quirúrgica. En cuanto al ulceroso duodenal, se debe ser más cauto en cuanto a indicación quirúrgica, especialmente en mujeres en que los trastornos psicosomáticos son importantes.

Dr. Villalobos ¿Qué medidas de rehabilitación pueden aplicarse a estos enfermos?

Dr. Naves Básicamente aquéllas que se mencionaron en la prevención de las recaídas o sea que el enfermo que se considere afectado de enfermedad ulcerosa debe seguir ciertas medidas para prevenir la reparación de la lesión. Se debe insistir en que el paciente siga horarios fijos en la alimentación, haga pequeñas comidas en el intervalo de los alimentos principales, tenga conciencia que los factores psicológicos influyen en el desarrollo de la úlcera péptica e instituya un sistema de descanso y relajación.

Por otra parte, es conveniente que el paciente ulceroso adquiera conciencia de que no debe hacer girar su vida alrededor de la úlcera, la cual habitualmente sólo le afectará durante algunas semanas cada año o dos años y aún con menor frecuencia, ya que, durante los periodos de remisión, su vida puede ser prácticamente normal. □

Lea en el próximo número

Un destacado grupo de especialistas trata el tema de Cáncer Gástrico en una bien preparada mesa redonda.

Entre la información que más útil puede resultar sobre esta neoplasia, figura el diagnóstico diferencial entre úlcera péptica y carcinoma ulcerado, que es básica para establecer el pronóstico y el tratamiento del paciente.

Los participantes en esta mesa dirigen su atención a los signos y síntomas que permiten hacer un diagnóstico lo más precoz posible; señalando, además, la importancia de la clínica, de la radiología y de la esofagoscopia para descubrir este padecimiento. Por último, explican en detalle el tratamiento quirúrgico y el farmacológico.

En resumen, constituye una exhaustiva revisión sobre el tema que hará que el estudiante se forme un criterio adecuado.