

Consideraciones sobre el diagnóstico diferencial entre úlcera gástrica benigna y maligna

por

Dr. Mario Miranda G.*

A) INTRODUCCION

El problema del diagnóstico diferencial entre la úlcera benigna y maligna del estómago es un tema de permanente interés, lo que indica que no ha sido resuelto. Por otro lado es obvia la importancia del mismo dada la alta frecuencia de la afección y las proyecciones pronósticas que tal diagnóstico diferencial tiene. La presente discusión tiene por objeto revisar los puntos más salientes de este asunto así como delinear una conducta a seguir ante casos clínicos concretos.

Una buena parte del interés sobre este problema se origina en que, de acuerdo a la escuela que se pertenezca, el tratamiento ante determinado caso puede ser diametralmente opuesto: médico o quirúrgico. A favor de la cirugía se mencionan los siguientes factores: a) el riesgo de malignidad que existe en las úlceras gástricas. b) Se ha señalado que la recidiva de los síntomas no es rara después de que se ha producido una cicatrización completa de la úlcera, y que en una proporción importante de pacientes el tratamiento médico va a ser seguido por la intervención quirúrgica después de algunos meses o años. Barsby (2) afirma que el 43 por ciento de las úlceras gástricas recidivan en el sitio original aún después de que su cicatrización completa ha sido confirmada gastroscópicamente. c) Se ha afirmado que la gastrectomía subtotal produce buenos resultados en la gran mayoría de los casos (20).

El tratamiento conservador está apoyado por a) la posibilidad de curar definitivamente una úlcera gástrica médicamente. b) La mortalidad quirúrgica inmediata de la gastrectomía, estimada por algunos autores en un 2-5% (12) y

* Jefe de Clínica Servicio N° 2 de Medicina, Hospital San Juan de Dios. Asistente de Medicina de Hospital Central Caja Costarricense de Seguro Social.

la severa morbilidad post-operatoria, un 10% de acuerdo con Geddes (12). c) La posibilidad, según algunos autores (8-9) de hacer un diagnóstico diferencial correcto entre úlcera benigna y maligna usando los recursos actualmente disponibles.

De todas estas consideraciones, la más importante es la posibilidad de establecer un diagnóstico diferencial correcto entre úlcera benigna y maligna. Este problema está estrechamente relacionado a otro: el de si una úlcera gástrica benigna puede transformarse en maligna. En este aspecto, los criterios parecen ser más uniformes. Kirsner (20) afirma que la transformación maligna de una úlcera benigna es una posibilidad teórica que rara vez ocurre, si es que en realidad llega a suceder. Según otros autores (24) no hay ningún riesgo importante de que se produzca la degeneración maligna de la úlcera gástrica. Basados en evidencia experimental y clínica Ivy y Col. (17) consideran que el desarrollo de un cáncer a partir de una úlcera gástrica es muy poco frecuente, y que si una úlcera gástrica es maligna, más posiblemente lo fue así desde el principio.

Mallory (citado por Marshall) (25) en 1940 hizo una excelente discusión de la degeneración maligna de la úlcera gástrica y concluyó que las estadísticas clínicas en su mayoría concuerdan en que la úlcera gástrica rara vez se hace carcinomatosa e hizo énfasis en que debe tenerse mucho cuidado para interpretar histológicamente el origen de una úlcera maligna.

Así, pues, el problema se circunscribe a la posibilidad de establecer un correcto diagnóstico diferencial entre la úlcera benigna y maligna.

Ya en 1929 Jordan (19) estableció el criterio más difundido para el diagnóstico de la úlcera gástrica benigna, descrito como la prueba terapéutica, y que consiste en un período de riguroso tratamiento médico en el hospital durante el cual a) los síntomas deben desaparecer completamente. b) La sangre oculta debe desaparecer completamente de las deposiciones. c) El cráter debe desaparecer completamente (a rayos X) y las paredes del estómago en el sitio de la lesión deben recobrar su motilidad y flexibilidad normales.

Sin embargo, el problema no es tan sencillo, y una revisión de la incidencia de cáncer en algunos estudios nos puede dar una idea de la amplia divergencia que existe en lo que podríamos llamar la precisión diagnóstica.

B) COMENTARIO SOBRE LA INCIDENCIA DE CARCINOMA EN ALGUNAS SERIES

El porcentaje de pacientes que al final resultan ser portadores de cáncer gástrico, en series de enfermos considerados portadores de úlcera benigna, es altamente variable; va desde 28.6% (14) hasta 0% (12). Esta marcada diferencia está determinada por el criterio que se utilice para calificar un determinado caso como portador de úlcera benigna. Así, en algunos estudios de índole quirúrgico (26), (22), (25) no se hizo un tratamiento médico para probar el diagnóstico antes de llevar a cabo la gastrectomía, y el porcentaje de cánceres encontrados fue alto (19.8%, 13.5%, 15.8% respectivamente). En otros estu-

dios (21), (1), (14), (18) se intentó un tratamiento médico sin insistir en la cura radiológica que es una fuerte evidencia de que la úlcera es benigna, y de nuevo en estos casos la incidencia de carcinoma fue elevada (12.3%, 16.7%, 7.4%, 11.4% respectivamente). Algunos otros han hecho el control de úlceras benignas siguiéndolas hasta su cicatrización (32), (4), (1). Sin embargo, en la incidencia final por cáncer no sospechado han incluido úlceras que no cicatrizaron, o sea, probables cánceres ulcerados cuya naturaleza maligna se ponía en evidencia por la rebeldía a la curación, en estos estudios el porcentaje de cancer ha sido variable, 8.8%, 2.9% y 16.7% respectivamente.

Por último algunos estudios no establecen claramente qué criterio se empleó para decidir si una úlcera debería considerarse benigna o no (36), (23).

Para tratar de explicar estas divergencias creemos conveniente analizar el valor que tiene —en el diagnóstico diferencial— cada uno de los métodos de investigación.

C) VALOR DE LOS HALLAZGOS CLINICOS EN EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Una historia de corta evolución de un hombre de 50 años o más y que se queja de anorexia, pérdida de peso y dolor epigástrico post-prandial, y que no acusa antecedentes digestivos, es desde luego, muy sugestiva de carcinoma. Una historia de varios años con repetidos ataques de epigastralgia con ritmo, periodicidad, y alivio con alcalinos y alimentos, orientan, por otra parte, hacia úlcera benigna.

Sin embargo, un buen número de casos clínicos están lejos de presentarse en forma tan sencilla. Veamos algunos factores por separado.

Edad: Welch (36) encuentra en una numerosa serie de pacientes con úlcera gástrica que el promedio de edad al iniciarse la enfermedad fue de 50 años, y subraya que esta es una enfermedad de edades avanzadas, en contraste con la úlcera duodenal. Este promedio de edad para la iniciación de los síntomas es similar al del cáncer gástrico (5).

Sexo: en un total de 59 úlceras malignas, Smith (33) encontró una relación 3.2: 1 entre hombres y mujeres, y en 541 úlceras benignas la relación hombres-mujeres fue de 2.2: 1. Se observa que en ambas afecciones hay un predominio marcado por el sexo masculino, sin que esto sea ayuda alguna ante cualquier caso concreto.

Duración de los síntomas

La duración de los síntomas es de importancia bien definida. Una historia de muchos años con recidivas ulcerosas características, y la demostración de un nicho en el mismo sitio es muy fuerte evidencia de benignidad. Sin embargo, algunos cánceres gástricos ulcerados pueden dar síntomas prolongados, y Doll (8) menciona casos que han producido síntomas por más de tres años. Bille (4) hace ver que el cáncer gástrico puede escapar al diagnóstico con más

dios (21), (1), (14), (18) se intentó un tratamiento médico sin insistir en la cura radiológica que es una fuerte evidencia de que la úlcera es benigna, y de nuevo en estos casos la incidencia de carcinoma fue elevada (12.3%, 16.7%, 7.4%, 11.4% respectivamente). Algunos otros han hecho el control de úlceras benignas siguiéndolas hasta su cicatrización (32), (4), (1). Sin embargo, en la incidencia final por cáncer no sospechado han incluido úlceras que no cicatrizaron, o sea, probables cánceres ulcerados cuya naturaleza maligna se ponía en evidencia por la rebeldía a la curación, en estos estudios el porcentaje de cáncer ha sido variable, 8.8%, 2.9% y 16.7% respectivamente.

Por último algunos estudios no establecen claramente qué criterio se empleó para decidir si una úlcera debería considerarse benigna o no (36), (23).

Para tratar de explicar estas divergencias creemos conveniente analizar el valor que tiene —en el diagnóstico diferencial— cada uno de los métodos de investigación.

C) VALOR DE LOS HALLAZGOS CLINICOS EN EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Una historia de corta evolución de un hombre de 50 años o más y que se queja de anorexia, pérdida de peso y dolor epigástrico post-prandial, y que no acusa antecedentes digestivos, es desde luego, muy sugestiva de carcinoma. Una historia de varios años con repetidos ataques de epigastralgia con ritmo, periodicidad, y alivio con alcalinos y alimentos, orientan, por otra parte, hacia úlcera benigna.

Sin embargo, un buen número de casos clínicos están lejos de presentarse en forma tan sencilla. Veamos algunos factores por separado.

Edad: Welch (36) encuentra en una numerosa serie de pacientes con úlcera gástrica que el promedio de edad al iniciarse la enfermedad fue de 50 años, y subraya que esta es una enfermedad de edades avanzadas, en contraste con la úlcera duodenal. Este promedio de edad para la iniciación de los síntomas es similar al del cáncer gástrico (5).

Sexo: en un total de 59 úlceras malignas, Smith (33) encontró una relación 3.2: 1 entre hombres y mujeres, y en 541 úlceras benignas la relación hombres-mujeres fue de 2.2: 1. Se observa que en ambas afecciones hay un predominio marcado por el sexo masculino, sin que esto sea ayuda alguna ante cualquier caso concreto.

Duración de los síntomas

La duración de los síntomas es de importancia bien definida. Una historia de muchos años con recidivas ulcerosas características, y la demostración de un nicho en el mismo sitio es muy fuerte evidencia de benignidad. Sin embargo, algunos cánceres gástricos ulcerados pueden dar síntomas prolongados, y Doll (8) menciona casos que han producido síntomas por más de tres años. Bille (4) hace ver que el cáncer gástrico puede escapar al diagnóstico con más

facilidad en aquellos casos con síntomas prolongados (4 años o más).

Una historia de corta evolución en la que la anorexia y pérdida de peso son prominentes sugiere, desde luego, malignidad.

Welch y Col. (36) encuentran que la duración promedio de los síntomas en pacientes con "úlcera cáncer" antes de entrar al hospital fue de año y medio, comparado con cinco años en pacientes con úlcera gástrica benigna.

Es importante recalcar que en 59 casos de úlcera maligna y 541 de úlcera benigna, Smith y Col. (33) no encontraron diferencias espectaculares en los síntomas iniciales.

CUADRO 1

Comparación de los síntomas iniciales en 59 úlceras gástricas malignas y 541 benignas (33)

Síntoma inicial	Úlceras malignas		Benignas	
	casos	%	casos	%
Dolor Epig. post-prandial	41	69.4	349	64.5
Dolor nocturno	25	42.2	136	25.5
Vómitos	12	20.3	111	20.5
Anorexia	9	15.2	77	14.2
Náusea	4	6.8	75	13.8
Dolor abdominal no Epig.	13	22.0	101	18.6
Pirosis	5	8.4	32	5.9
Dolor dorsal	2	3.3	51	9.4
Ausencia de dolor	3	5	20	3.7

Tampoco se ha encontrado una diferencia significativa en la pérdida de peso de pacientes con úlcera benigna o maligna (32).

Ivy y Col. (17) mencionan que en una revisión de 10,890 casos de cáncer gástrico se encontró que en 20% de ellos los primeros síntomas fueron de úlcera gástrica, con alivio producido por alcalinos y alimentos.

En resumen, en este particular problema debe ejercerse una cautela extraordinaria para la interpretación de los síntomas clínicos.

D) LA RADIOLOGIA EN EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE ULCERA BENIGNA Y MALIGNA

Distribución de úlceras benignas y malignas

Smith y Col. (32) encuentran una distribución radiológica similar en 879 casos de úlcera benigna y 84 de maligna, con preponderancia en la parte media del estómago, y ellas no confirmaron el hallazgo corriente de que las úlceras prepilóricas son más comúnmente malignas (30).

Bille (4) en 26 casos de úlcera maligna encontró 10 en el área prepilórica.

En 429 úlceras benignas en 405 enfermos, Russell y Col. (30) encontraron 64.8% localizados en la curvatura menor del cuerpo del estómago, comprendiendo la región de la incisura angular; 8.2% estaban en la zona prepilórica y 18.9% en el píloro mismo. Además, hubo 0.5% en el fondo y 0.20% en la curvatura mayor.

Características radiológicas

Kirklin y Weber (citado por Notkin) (27) establecieron criterios de diagnóstico diferencial entre úlcera benigna y maligna que pueden ser de importancia en algunos casos. En la úlcera benigna la imagen radiológica del cráter es densa; en la úlcera maligna a menudo es de pobre visualización. El cráter de la úlcera benigna es semicircular, con un margen redondeado. En la úlcera maligna el margen y el perfil son irregulares. Los pliegues en la úlcera benigna son bien definidos y convergentes; en la úlcera maligna los pliegues están borrados en la vecindad del cráter. En la úlcera benigna hay espasmo, mientras que éste está por lo general ausente en la úlcera maligna y la peristalsis es lenta. La zona ulcerada benigna es dolorosa, mientras que en la úlcera maligna rara vez hay dolor. En el carcinoma ulcerado puede encontrarse una característica valiosa en el diagnóstico, pues es en cierta forma una doble lesión ya que la ulceración está asentada en un defecto de llenado, en cambio en la úlcera benigna el cráter sobresale del contorno del estómago, y entre más sobresalga más probable es que sea benigna.

Wolff y Marshak (37) han resumido algunas otras características del perfil de la úlcera benigna en la siguiente forma: la característica clásica del nicho ulceroso benigno consiste en que éste se proyecta del lumen gástrico. Además del nicho, otras tres características pueden verse que son importantes a favor de úlcera benigna: a) la línea de Hampton; b) el cuello de la úlcera. Ambos son zonas radiotransparentes interpuestas entre el lumen gástrico y el nicho ulceroso y producidas por los bordes colgantes de la mucosa gástrica; y c) el promontorio de la úlcera, o sea una zona de edema alrededor de la úlcera que se percibe como un defecto de llenado suave y simétrico.

Tamaño de la ulceración

El tamaño del nicho ha sido frecuentemente mencionado en el diagnóstico radiológico diferencial. Marshall (26) encontró que las úlceras malignas en general eran más grandes que las benignas. Gott y Col. (13) definiendo como "grande" una úlcera cuando el nicho medía 2.5 cms. o más de diámetro, encontraron un 13% de úlceras grandes en una serie de 138 pacientes. Sin embargo, ninguna de las úlceras "grandes" resultó ser maligna; los autores consideran esto lógico razonando que si un cáncer produce una gran ulceración se

producen al mismo tiempo otras alteraciones radiológicas que rápidamente lo identifican como una lesión maligna.

En una serie de 26 casos de úlceras malignas, Bille (4) encontró 2 con un diámetro menor de 1 cm., 9 con diámetro entre 1 y 2.5 cms. y 15 con diámetro mayor de 2.5 cms. Doll (8) considera que una úlcera "grande" (con un diámetro de 2.5 cms. o más) no es de por sí sugestiva de malignidad, pero si la úlcera está situada en o más allá de la incisura angularis puede ser muy difícil formarse una idea clara de si el cráter se proyecta o no del contorno general del estómago. Creen que el diagnóstico de úlcera gástrica benigna está particularmente sujeto a error si la úlcera es grande y se encuentra en o distal a la incisura angular. Sin embargo, la radiología continúa siendo el medio más digno de confianza para demostrar la existencia de una ulceración y es generalmente eficaz también para diferenciar entre úlcera benigna y maligna.

E) IMPORTANCIA DE LA ACIDEZ GÁSTRICA EN EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE LA ULCERA BENIGNA Y MALIGNA

Ya está establecido que una disminución de la acidez gástrica y el carcinoma gástrico van definitivamente asociados. La incidencia de cáncer gástrico es mayor en presencia de hipo o anacidia. Hitchcock (15) ha designado como grupo precursor del cáncer gástrico a tres clases de pacientes: a) aquellos con aclorhidria, b) con hipoclorhidria (ácido libre menos de 30%), c) pacientes con anemia perniciosa. En este grupo de enfermos la incidencia de cáncer gástrico fue 3.8 veces mayor que en la población general. En una serie de 7,074 individuos examinados, estos autores encontraron 25% aclorhídricos o hipoclorhídricos.

State y Col. (citado por Geddes) (12), señalan que en los grupos de edad afectados por el cáncer gástrico se presenta aclorhidria histamina resistente en aproximadamente 1 de cada 4 individuos.

El estado de la acidez gástrica en pacientes con lesiones benignas y malignas demostradas ha sido repetidamente estudiado. En 88 pacientes con úlceras malignas, Smith y Col. (32) encontraron aclorhidria en 8.8%; 11.8% con hipoclorhidria y 57.3% con acidez dentro de límites normales. En 912 con úlcera benigna se encontró 5.1% con aclorhidria. En esta serie no se usó histamina en el análisis gástrico.

En otro estudio de 66 casos de úlcera maligna (22) la concentración de la acidez gástrica estaba en límites normales en 65% (25 a 50 unidades), en 34% estaba por debajo de lo normal y en 21% estaba ausente.

En 26 casos de úlcera maligna usando la comida de Ewald, Bille (4) demostró ácido libre en 19 de ellos.

Smith y Col. (33) demuestran que la aclorhidria ocurre casi con el doble de frecuencia (12.8%) en úlceras malignas que en las benignas (aclorhidria en 6.7%). Y señalan que la hiperacidez gástrica no es incompatible con el cáncer gástrico. Por lo tanto, en las úlceras malignas la aclorhidria ocurre en un por-

centaje aproximado de 8 a 12% y el resto de los pacientes tiene hipo o normoclorhidria y algunos hiperclorhidria.

La importancia de la acidez gástrica para el diagnóstico diferencial reside en que en opinión de algunos autores la persistencia de aclorhidria histamino resistente elimina la posibilidad de ulceración benigna (16). Desde luego la presencia de ácido libre no descarta una lesión maligna.

La determinación del ácido clorhídrico en el jugo gástrico puede ser sustituido por mediciones del pH. Doll y Col. (8) estiman que cuando el diagnóstico diferencial se plantea entre úlcera benigna y maligna, un pH gástrico que se mantiene en forma persistente sobre 3.5 en especímenes tomados cada hora durante 12 horas es sugestivo de lesión maligna.

Spiro (34) ha hecho recientemente importantes consideraciones sobre la acidez gástrica. Menciona que el cambio de amarillo a rojo del reactivo de Töpfer se hace a un pH de 3.5 y que el color amarillo se interpreta como ausencia de ácido libre. El mucus alcalino del estómago tiene un pH aproximado de 8.0 y es un buffer excelente. Puesto que al secretarse el ácido tiene un pH de 0.87, cualquier combinación de ácido y mucus va a dar un pH final entre 0.87 y 8.0. De esta premisa se deduce que aunque el estómago secrete ácido libre, el pH del contenido gástrico puede no bajar lo suficientemente, aún después de la administración de histamina, como para hacer virar el reactivo de Töpfer de amarillo a rojo. Esto es muy importante en casos de úlcera gástrica, donde el pH inicial puede estar sobre 3.5 (por ejemplo, pH 7). Después de la inyección de histamina, a pesar de la secreción de ácido, el pH puede no bajar hasta 3.5 debido al mucus gástrico y a suero que transuda de la úlcera, sino que permanece en 4 o 4.5 y el Töpfer no cambia de color. Sin embargo, ha sido la secreción de ácido la que ha hecho caer el pH de 7 a 4, o 4.5. Así, es el cambio en el pH después de la inyección de histamina lo que realmente importa.

F) LA GASTROSCOPIA EN EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE ULCERA BENIGNA Y MALIGNA

Este es un método cuya bondad es ampliamente discutida. La experiencia del operador es decisiva.

En una serie de 273 casos de úlcera gástrica cuya naturaleza fue posible confirmar, Schindler (31) reportó un diagnóstico erróneo en 20 casos (7.3%). En 18 casos se diagnosticó carcinoma cuando en realidad se trataba de úlceras benignas y solamente en 2 se diagnosticó úlcera benigna existiendo un carcinoma. El autor sugiere como signos de úlcera benigna los siguientes: bordes de la úlcera nítidamente definidos y la presencia de pequeñas hemorragias en la mucosa. Signos de úlcera maligna se consideraron: bordes poco definidos de la lesión, sangramiento del borde de la misma, pequeñas ulceraciones en la vecindad y color rojo oscuro de la pared de la úlcera. Mencionan sin embargo que estos signos no son infalibles y que el clínico debe interpretar el informe gastroscópico a la luz del resto de la información.

La gastroscopia no se ha mostrado tan eficaz en otros estudios. Geddes (12) menciona que en 13 pacientes con úlcera gástrica en que se hizo gastroscopia, ésta fue de utilidad en 8 casos y no lo fue en 5 casos. En la serie de Lampert (22) se hizo gastroscopia en 9 casos de 73 que ulteriormente se demostraron como portadores de úlcera maligna. De estos 9, en 2 la úlcera no se visualizó, en 3 se describió una satisfactoria cicatrización y desaparición de úlceras carcinomatosas, en 3 se describieron úlceras benignas y en 1 la afección se denominó gastritis crónica.

En 52 de un grupo de 1.000 casos estudiados por Smith y Col. (32) y en los cuales había sospecha de malignidad se practicó gastroscopia. El diagnóstico gastroscópico fue verificado por el anatomopatológico en 20 pacientes con úlcera benigna y 13 con úlcera maligna; y el resultado anatomopatológico fue diferente al gastroscópico en 5 úlceras benignas y 14 malignas. O sea, hubo 19 errores en 52 exámenes.

Fierst (10) en un estudio de 70 pacientes afirma que la exactitud diagnóstica de la gastroscopia fue de 96.9% y que el error más común fue calificar como maligna una úlcera benigna.

Finalmente Benedict (3) insiste en la utilidad del gastroscopio quirúrgico en el diagnóstico diferencial de las lesiones gástricas ya que es posible obtener una biopsia, pero pone en guardia ya que el borde opuesto de una úlcera informada benigna puede ser maligna, además de dificultades que puede haber para obtener un espécimen adecuado.

En resumen la precisión diagnóstica de la gastroscopia varía en los diferentes estudios y debe ser interpretada tomando en cuenta los demás hechos clínicos y la experiencia y habilidad del gastroscopista.

G) EL CITO-DIAGNOSTICO EN EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE ULCERA BENIGNA Y MALIGNA

La citología es el auxiliar más reciente en el diagnóstico diferencial de las lesiones ulcerativas del estómago. Entre los factores que determinan un alto porcentaje de precisión en este método se señalan: una preparación del paciente y recolección de la muestra cuidadosas, una rápida fijación de la misma y contar con la ayuda de un citólogo experto.

El rendimiento de este método cuando se practica en forma adecuada justifica la energía que en él se invierte.

Así, Rubin y Col. (29) diagnosticaron correctamente por citología 66 de 69 lesiones benignas y 35 de 42 lesiones malignas. El estudio radiológico inicial en los mismos casos fue interpretado correctamente en 41 de los 69 casos benignos; hubo 10 apreciaciones falsas de cáncer y 18 informes no definitivos. La radiología diagnosticó 33 de 44 lesiones malignas.

Ross y Col. (28) sostienen que la citología puede aumentar aún más la precisión diagnóstica que los demás métodos han alcanzado, cuando se usan en forma combinada; presentan una serie de 41 lesiones gástricas malignas en las que el diagnóstico radiológico fue correcto en 67.5%, fue informado como

sospechoso de cáncer en 20% y como lesión benigna en 12.5%, mientras que la citología informó lesión maligna en 71%, sospechosa de malignidad en 5% y benigna en 24%. En 151 pacientes en los cuales el diagnóstico final fue de lesión benigna el estudio radiológico, en un 64.3% de los casos informó lesión maligna o dudosa, mientras que la citología clasificó como benignas 98.7% de los casos, uno como sospechoso de malignidad y otro como maligno.

H) VALOR DE LA PRUEBA TERAPEUTICA

Lo que se denomina prueba terapéutica fue establecido en 1929 por Jordan (19) como un criterio valioso para diagnosticar correctamente las ulceraciones del estómago, y según éste una úlcera sería benigna si después de tres semanas de tratamiento: a) desaparece completamente la sangre oculta de las deposiciones, b) desaparecen completamente los síntomas subjetivos, c) el defecto radiológico y el contorno y tono gástrico se normalizan totalmente.

La prueba terapéutica puede ser falaz en dos circunstancias: a) cuando una lesión maligna desaparece a rayos X y deja de producir sintomatología y b) cuando una lesión benigna no cicatriza y continúa produciendo síntomas. Las consecuencias en a) son, desde luego, mucho más serias que en b), aunque aquella eventualidad es rara.

Bille (4) menciona que de 26 úlceras gástricas malignas, 2 de ellas desaparecieron a rayos X y en 21 los síntomas desaparecieron completamente; en la serie de Swynnerton (35) un 1.1% de las úlceras malignas cicatrizó a rayos X; en la de Gott (13) un 2.3% desaparecen a rayos X; otros autores citan porcentajes menores (Smith (32) un 0.4%) y otros no citan casos de úlceras malignas que hayan desaparecido al examen radiológico (Barsby (2), Dworken (9)).

Así, la desaparición de el nicho ulceroso al examen radiológico no es garantía absoluta de que una ulceración es benigna, pero en general las úlceras malignas que desaparecen son muy raras.

El fenómeno opuesto, o sea la cicatrización lenta de una úlcera benigna es mucho más común. Esto está en relación directa con la velocidad con que en general cicatrizan las úlceras gástricas benignas. En 51 pacientes portadores de úlcera gástrica benigna Flood y Col. (11) observaron que el cráter tardó cuatro semanas para desaparecer en 19 casos, tardó 8 semanas en 24, tardó 12 semanas en 5 y en 3 casos más se necesitaron entre 90 y 120 días para la cicatrización. En un grupo de 88 pacientes Gott (13) obtuvo resultados similares pues 49 tardaron de 1 a 4 semanas para cicatrizar, otros 29 de 5 a 8 semanas, 8 más de 9 a 12 semanas y dos casos requirieron entre 13 y 14 semanas.

Welch (36) estima que el promedio de las úlceras ha cicatrizado completamente a los dos meses, aunque a veces se requieren hasta 4 meses antes de que la lesión desaparezca completamente.

De acuerdo a estos hechos, si después de 3 a 4 semanas de tratamiento médico adecuado, se asume que una úlcera es maligna porque no ha cicatrizado,

se estarán incluyendo en esta categoría aproximadamente un 50% de las úlceras benignas. Por esa razón la prueba terapéutica se ha alargado hasta 6 semanas, siempre que se observe una indudable reducción del tamaño de la úlcera y que los síntomas clínicos hayan desaparecido.

I) ALGUNAS NUEVAS ACTITUDES ANTE ESTE PROBLEMA

En la revisión efectuada sobre la frecuencia de cáncer en grupos de enfermos con úlcera, el escaso valor de los síntomas clínicos en el diagnóstico diferencial, los problemas que con frecuencia se le plantean al radiólogo, al gastroscopista, al citólogo, y aún las limitaciones de la prueba terapéutica conducen a dos conclusiones: que ninguno de los métodos mencionados, por aislado, resuelve el problema del diagnóstico diferencial, y que es necesario abordarlo, planteando una conducta a seguir y utilizando todos los recursos al alcance. Porque lo fundamental es que el paciente debe ser tratado, y, como menciona Cain (7) el tratamiento de la úlcera gástrica crea una situación en que se necesita una decisión sutil entre los riesgos del tratamiento quirúrgico por un lado, y la morbilidad de la úlcera y el riesgo de carcinoma, por el otro.

Browne y Col. (6) ofrecen un adecuado programa para estos enfermos que incluye examen radiológico, gastroscópico y citológico. Si la úlcera es maligna o dudosa, se opera. Si se considera benigna, se somete a tratamiento médico por 2 a 4 semanas, y a continuación se reevalúa el caso.

Geddes y Col. (12) establecieron una política similar. Indicaron cirugía en todas aquellas úlceras recurrentes, las situadas en la curvatura mayor, las que tenían obstrucción pilórica, las que sangraban y las perforadas. Todas las demás se trataron en forma intensa durante 3 a 6 semanas, y durante este período se hizo un esfuerzo por llegar a una conclusión acerca de la benignidad o malignidad de la úlcera. Los factores más importantes que se consideraron en el diagnóstico diferencial fueron las evidencias clínicas y radiológicas de cicatrización. También se buscó ayuda en la acidez gástrica, la gastroscopia y la citología. Al final de 3 semanas los pacientes se sometían a un nuevo estudio radiológico y si la cicatrización era completa la úlcera se consideraba benigna. Si la cicatrización era incompleta, el tratamiento médico se continuaba por 3 semanas más, y se hacía nuevo estudio radiológico. Si en este momento persistían evidencias de ulceración la lesión se consideraba maligna y se recomendaba cirugía. A todos los pacientes con úlceras calificadas como benignas se les recomendaba estudio radiológico cada 3 o 6 meses por dos años. Con esta política, los autores (12) encontraron un sólo caso de cáncer en los 30 a los cuales se sometió a intervención, y otros 70 se consideraron portadores de úlcera benigna.

Siguiendo un criterio como el enunciado, Dworken y Col. (9) clasificaron como úlceras benignas 135 enfermos, los cuales pudieron ser controlados posteriormente. Sólo 2 de ellos (1.5%) murieron de cáncer gástrico.

Doll y Col. (8) llevaron a cabo un estudio con el fin de determinar la seguridad con que una úlcera benigna se puede diferenciar de una maligna. El diagnóstico se planteó solamente por medio de la revisión de los documentos

hospitalarios de los pacientes, incluyendo los reportes gastroscópicos y el examen de las radiografías. Se excluyeron los casos de úlcera duodenal y los de úlcera gástrica crónica. Los pacientes que se consideraron portadores de una úlcera gástrica reciente se clasificaron en tres grupos, de acuerdo al método de diagnóstico y el grado de seguridad que se tenía en él. En el primer grupo se incluyeron 266 pacientes en los cuales el diagnóstico de una úlcera benigna no dejó dudas. En estos 266 pacientes sólo en 1 se demostró ulteriormente un cáncer (0.4%).

El segundo grupo estaba formado por 19 pacientes de los cuales se reconoció un elemento de duda, y en éstos el diagnóstico final de cáncer se hizo en 4 (21%). En otro grupo de 12 se admitió una fuerte sospecha de cáncer, y de éstos, 8 se demostraron como tales (67%).

Los autores concluyen que una úlcera gástrica benigna puede ser distinguida de una maligna en la gran mayoría de los casos y que el riesgo de un error de diagnóstico no es de magnitud suficiente como para justificar recurrir a la cirugía como tratamiento de rutina.

RESUMEN

El propósito de este trabajo ha sido discutir los aspectos más salientes del diagnóstico diferencial entre la úlcera benigna y maligna. Mientras algunas escuelas sostienen que toda úlcera gástrica debe ser operada, hay argumentos para demostrar que los inconvenientes de tal política exceden sus beneficios. Aunando el criterio clínico, radiológico, gastroscópico, citológico, y el estudio de la acidez gástrica, se puede seleccionar un grupo numeroso de casos en que las posibilidades de lesión maligna se reducen probablemente a menos de un uno por ciento. Ninguno de los criterios mencionados, por aislado, es satisfactorio para el diagnóstico diferencial. Cuando persiste alguna duda acerca de la benignidad de una lesión, debe recomendarse cirugía. También se discute un plan de acción frente a estos casos a fin de resolverlos en la forma más adecuada.

SUMMARY

The purpose of this paper has been to discuss the more relevant aspects in the differential diagnosis between benign and malignant gastric ulcer. According to some trends, all patients suffering from gastric ulcer should be submitted to surgery, but there are arguments to demonstrate that the disadvantages of this policy outweigh its benefits. Applying clinical acumen, X ray examination, gastroscopy, cytology and analysis of gastric content, a group of cases can be selected in which the possibilities of malignancy are reduced to less than one per cent. No one of the mentioned methods, by itself, is adequate to make a differential diagnosis in every case. When any doubt remains about the benign nature of any gastric ulcer, surgery it to be recommended. A scheme to solve adequately this type of cases is also discussed.

REFERENCIAS

1. BANKS, B. M.; ZETZEL, L.
The prognosis of gastric ulcer treated conservatively. The New Engl. J. Med. 248: 1008-1013, 1953.
2. BARSBY, B.
Prognosis of healed gastric ulcers. Lancet 2: 59-61, 1951.
3. BENEDICT, E. B.
The Differential Diagnosis of Benign and malignant lesions of the Stomach by means of the flexible operating gastroscope. Gastroenterology 14: 275-279, 1950.
4. BILLE, S.; ROMCKE, O.
How often is cancer of the stomach misdiagnosed as peptic ulcer? Acta Médica Scandinávica. Suppl. 234: 22-25, 1949.
5. BOCKUS, H. L.
Gastroenterología. Vol. 1. pág. 438. Salvat Ed. S. A., Barcelona, Buenos Aires, 1948.
6. BROWNE, D. C.; MITCHELL, R. E. JR.; MCHARDY, G.; WELCH, G. E.
Evaluation of Surgical Intervention in Gastric Ulcers. J. A. M. A. 155: 807-810, 1954.
7. CAIN, J. C.; JORDAN, G. L.; COMFORT, M. W.; GRAY, H. K.
Medically Treated Small Gastric Ulcer. Five year follow up study of four hundred fourteen patients. J. A. M. A. 150: 781-784, 1952.
8. DOLL, R. F.; AVERY JONES, F.; PYGOTT, F.; and STUBBE, J. L.
The Risk of gastric cancer after medical treatment for gastric ulcer. Gastroenterología. 88: 1-10, 1957.
9. DWORKEN, H. J.; ROTH, H. F.; DUBER, H. C.
The efficacy of Medical Criteria in Differentiating Benign from malignant gastric ulcers. Annals. Int. Med. 47: 711-720, 1957.
10. FIERST, S. M.; GABRIEL, J. B.; WERNER, A.
Medical Management for Gastric Ulcer. Am. J. Gastroenterology. 23: 420-426, 1955.
11. FLOOD, C. A.; HENNIG, G. C.
Recurrence in Gastric Ulcer under Medical Management. Gastroenterology. 16: 57-72, 1950.
12. GEDDES, J. H.; DOWNE, W. N.; TAYLOR, J. A.
Gastric Ulcers. Review of 100 cases. Canad. Medical Assn. J. 75: 550-554, 1956.
13. GOTT, J. R.; SHAPIRO, D.; KELTY, K. C.
Gastric Ulcer A Study of 138 patients. New Engl. J. Med. 250: 499-504, 1954.
14. HAYES, M. A.
The Gastric Ulcer Problem. Gastroenterology. 29: 609-629, 1955.
15. HITCHCOCK, C. R.; SULLIVAN, W. A.; WANGENSTEEN, O. H.

- The Value of Achlorhydria as a Screening test for Gastric Cancer.* Gastroenterology. 29: 621-632, 1955.
16. IVY, A. C.; GROSSMAN, M. I.; BACHRACH, W. H.
Peptic Ulcer. The Blackiston Company, Philadelphia. Toronto. 1144 págs., pág. 792, 1950.
 17. IVY, A. C.; GROSSMAN, M. I.; BACHRACH, W. H.
Peptic Ulcer. The Blackiston Company, Philadelphia. Toronto. 1144 págs. pág. 789, 1950.
 18. JOHNSON, S.; LINDOHL, H.; STENSTRÖM, T.
Should Gastric Ulcer as a Rule be treated Surgically? Acta Médica Scandinávica Suppl. 246: 80-98, 1950.
 19. JORDAN, S. M.
Gastric Ulcer and Cancer. J. A. M. A. 93: 1642-1648, 1929.
 20. KIRSNER, J. B.
Current Status of Therapy in Peptic Ulcer. J. A. M. A. 166: 1727-1735, 1958.
 21. KRARUP, N. B.
On the Results of the Medical Treatment of Peptic Ulcer. Acta Médica Scandinávica. 123: 181-207, 1946.
 22. LAMPERT, E. G.; WAUGH, J. M.; DOCKERTY, M. B.
The Incidence of Malignancy in Gastric Ulcers Believed Preoperatively to be Benign. Surg. Gyn. and Obs. 91: 673-679, 1950.
 23. LEVIN, E.; PALMER, W. L.; KIRSNER, J.
Observations on the diagnosis, treatment and course of Gastric Ulcer. J. A. M. A. 156: 1383-1389, 1954.
 24. MALMROS, H.; HERTON, T.
A Post Investigation of 687 Medically Treated Cases of Peptic Ulcer. Acta Médica Scandinávica. 133: 229-252, 1949.
 25. MARSHALL, S. F.
The Relation of Gastric Ulcer to Carcinoma of the Stomach. Annals of Surgery. 137: 891-903, 1953.
 26. MARSHALL, S. F.; WELCH, M. L.
Results of Surgical Treatment for Gastric Ulcer. J. A. M. A. 136: 748-752, 1948.
 27. NOTKIN, L. J.
Carcinoma Occurring on the Basis of Pre-Existing Gastric Ulcer. Canad. Med. Assn. J. 72: 288-296, 1955.
 28. ROSS, I. R.; MCGRATH, JOHN M.; CROIZIER, R. E.; ROHART, R. R. and MIDDLETON, M.
Exfoliative Cytology: its Practical Application in the Diagnosis of Gastric Neoplasm. Gastroenterology. 34: 24-33, 1958.
 29. RUBIN, C. E.; MASSEY, B. W.; KIRSNER, J. B.; PALMER, W. L.; and STONECYPHER, D. D.

- The Clinical Value of Gastrointestinal Cytologic Diagnosis.* Gastroenterology. 25: 119-138, 1953.
30. RUSSELL, W. A.; WEINTRAUB, S.; TEMPLE, H. L.
An Analysis of X Ray Findings in 405 cases of Benign Gastric and Pyloric Ulcer. Radiology. 51: 790-797, 1948.
31. SCHINDLER, R.; DESNEUX, J. J.
Gastroscopic Diagnosis in 273 Gastric Ulcers. Gastroenterology. 24: 328-338, 1953.
32. SMITH, F. H.; BOLES, R. S.; JORDAN, S. M.
Problem of Gastric Ulcer Reviewed. J. A. M. A. 153: 1505-1508, 1953.
33. SMITH, F. H.; JORDAN, S. M.
Gastric Ulcer: A Study of 600 cases. Gastroenterology. 11: 575-597, 1948.
34. SPIRO, H. M.
Present Day Concepts of Anacidity. J. A. M. A. 161: 9-12, 1956.
35. SWYNNERTON, B. F. and TANNER, N. C.
Chronic Gastric Ulcer A Comparison Between a Gastroscopically Controlled Series Treated Medically and a Series Treated by Surgery. Brit. Med. J. 2: 841-847, 1953.
36. WELCH, C. E.; ALLEN, A. W.
Gastric Ulcer. A Study of the Massachusetts General Hospital Cases During the Ten Year Period 1938-1947. The New Engl. J. Med. 240: 277-283, 1949.
37. WOLFF, B. S.; MARSHAK, R. H.
Profile Features of Benign Gastric Niches on Roentgen Examination. Journal of Mount Sinai Hosp. 24: 604-626, 1957.