

# Úlcera Gástrica Péptica, enfermedad médica o quirúrgica ?

Dr. Francisco Hevia Urrutia\*  
Dr. Jorge Patiño Masís\*\*  
Dr. Edgar Izquierdo Sandí\*\*\*

## RESUMEN

De un total de 2000 gastroscopías, se obtuvieron 166 casos de úlcera gástrica péptica (8.8%). Todos estos casos fueron controlados 4 años después para estudiar la evolución que habían tenido, tanto los tratados médica como quirúrgicamente. 116 casos (69.8%) fueron varones y 50 (30.2%) mujeres, lo que expresa una preponderancia para el sexo masculino de 2:1. Para el hombre, la mayor frecuencia de la enfermedad estuvo entre los 31 y los 50 años (50.8%) y para las mujeres entre los 41 y los 60 años (48.0%). De los 166 casos, 103 (62.0%) fueron seguidos en el tiempo mediante estudios endoscópicos seriados. De este total de 103 casos, 79 curaron (76.6%) y 24 no curaron 23.3%.

De estos 24 casos que no curaron, 17 (16.5%) recidivaron, 4 (3.8%) no curaron en primera instancia con el tratamiento médico y 3 casos (2.9%) malignizaron. De los 166 casos, 32 (19.2%) fueron tratados quirúrgicamente con diferentes técnicas y de ellos 11 casos (34.3%) continuaron sintomáticos en el post-operatorio a mediano y largo plazo, con diferentes síndromes clínicos, como el Dumping, gastritis del muñón, síndrome de reflujo gastroesofágico, recidiva ulcerosa, etc. La mayor morbilidad correspondió al Bilroth I. La mortalidad fue de 0.

Se concluye que la úlcera péptica del estómago continúa siendo un padecimiento de tratamiento médico, salvo complicaciones que deben ser descubiertas sobre todo endoscópicamente, en cuyo caso debe recurrirse a la solución quirúrgica. Dicho tratamiento médico debe ser llevado simultáneamente con gastroscopías y biopsias seriadas frecuentes,

que permitan al clínico tener conocimiento real de la respuesta terapéutica de la enfermedad, para poder decidir cuando se debe operar un caso en el momento preciso y no extemporáneamente.

## ÚLCERA GÁSTRICA PEPTICA, ¿ENFERMEDAD MEDICA O QUIRURGICA?

El advenimiento de los modernos fibroscopios ha venido a aportar nuevos conocimientos sobre la úlcera péptica del estómago. Indudablemente estos nuevos conceptos han permitido en la última década tener un panorama más amplio sobre esta patología. En Costa Rica donde el Cáncer Gástrico alcanza una frecuencia muy alta, el buen entendimiento de la fisiopatología y el pronóstico de la úlcera péptica es de indudable valor para decidir en un caso en particular, cuándo la conducta ha de ser médica y cuándo quirúrgica, ante la posibilidad de que una úlcera de aspecto péptico endoscópico sea realmente una neoplasia o que su evolución en el tiempo lleve a una malignización de una enfermedad previamente péptica.

El propósito del presente trabajo es revisar nuestra experiencia acumulada en 6 años de ejercicio en una unidad endoscópica para agrupar y organizar nuestros conceptos, que pueda servir para normar la conducta futura.

La posibilidad que nos ofrece la moderna fibroscopía de controlar en forma altamente segura o casi exenta de error la evolución de una úlcera péptica gástrica, tanto en su aspecto macroscópico como el histológico, indudablemente que permite al clínico una actitud más sosegada y optimista en el control de dicha enfermedad, de tal manera que el

\*Residente de Gastroenterología, Hospital Dr. R. A. Calderón Guardia, Costa Rica.

\*\*Jefe de Clínica de Gastroenterología, Hospital Dr. R.A. Calderón Guardia.

\*\*\*Residente de Gastroenterología, Hospital Dr. R. A. Calderón Guardia.

concepto clásico de que "úlceras gástricas bien tratadas que no cicatrizan en mes y medio es necesariamente quirúrgica" ha variado sustancialmente, pues permite observaciones más prolongadas antes de decidir tal solución. Sin embargo siempre existe el temor de que la úlcera haya sido maligna desde el principio, aunque esto no se haya corroborado histológicamente a pesar de haber obtenido múltiples biopsias endoscópicas (1) o bien, que habiendo cicatrizado, recidive como una neoplasia gástrica (6). La observación prolongada de un cáncer gástrico en forma de úlcera de aspecto péptico, puede significar una pérdida de tiempo generalmente fatal para el paciente.

A este amplio plato de la balanza hay que contrapesar el hecho de que la cirugía de la úlcera gástrica péptica no está exenta de mortalidad y sobre todo de morbilidad, (3) pues las técnicas quirúrgicas que más aseguran la ausencia de recidiva generalmente son mutilantes (2).

El análisis de estos dos grupos de factores son los que deben inclinar en cada caso en particular el fiel de la balanza para decidir la conducta terapéutica más apropiada para el paciente. A esto se debe agregar la experiencia personal del clínico y del cirujano, que siempre agrega conceptos generalmente definitorios sobre el tema (7y5). Este trabajo, como arriba anotamos, pretende reunir nuestra experiencia de los últimos años para tal fin.

## MATERIAL Y METODOS

En un período de tiempo de 3 años (enero de 1972 a diciembre de 1974), se efectuaron 2000 gastroscopías, de las cuales 166 (8.8%) demostraron úlcera gástrica péptica comprobada endoscópicamente e histológicamente en una o varias endoscopías seriadas. Todos estos pacientes fueron revisados en agosto de 1978, o sea, por lo menos 4 años después, para analizar la evolución que siguió cada caso, haya sido tratado médica o quirúrgicamente. Este control posterior se llevó a cabo en su mayoría mediante una nueva gastroscopía, (103 casos) así como la radiología y los hallazgos clínicos (1). De estos 103 casos controlados endoscópicamente, 6 (5.8%) tuvieron una gastroscopía control al mes de la primera, 37 casos (35.9%) entre 1 y 3 meses; 14 (13.5%) de 3 a 6 meses, 15 (14.5%) de 6 meses a 1 año y 31 (30.0%) más de un año después de la primera endoscopia, que fue la que hizo el diagnóstico de úlcera gástrica. Entre la primera gastroscopía y la última en la mayoría de los casos mediaron varias más, en algunos hasta 10 estudios, dependiendo de la evolución de la enfermedad.

Los casos que en primera instancia se trataron quirúrgicamente, fueron controlados varios años después en el interés de observar dicha evolución postoperatoria a un plazo mediano y determinar la morbilidad.

Fueron descartados los casos de úlcera aguda por ulcerógenos (salicilatos y otros) pues la fisiopatología de estos cuadros tiene otras implicaciones (10, 8).

### Cuadro No. 1

#### TIEMPO DE LA ENDOSCOPIA DE CONTROL (103 casos)

Menos de un mes	6 casos	(5.8%)
De 1 a 3 meses	37 casos	(35.9%)
De 3 a 6 meses	14 casos	(13.5%)
De 6 meses a 1 año	15 casos	(14.5%)
Más de 1 año	31 casos	(30.0%)

Como se puede observar del cuadro anterior, en el 44,5% de los casos entre la primera y la última gastroscopía medió un tiempo superior a los 6 meses y en el 30% superior al año, lo que consideramos es un tiempo suficiente para valorar la evolución de la enfermedad, haya sido tratada médica o quirúrgicamente.

## RESULTADOS

### Edad y Sexo:

De los 166 casos estudiados, 116 (69.8%) fueron hombres y 50 (30.2%) mujeres, lo cual significa aproximadamente una prevalencia de 2:1 para el sexo masculino.

Para el hombre, la mayor frecuencia de úlcera péptica estuvo de los 31 a los 50 años (59 casos, 50.8%), en tanto que en la mujer fue de los 41 a los 60 años (24 casos, 48.0%). Esto indica que la úlcera gástrica péptica es más frecuente en la mujer de más edad que en el hombre. En ambos sexos, la enfermedad es poco frecuente en menores de 40 años (37 casos, 22.2%).

**Cuadro No. 2**

### EDAD Y SEXO

	No.	%	Edad de mayor frecuencia	
MASCULINO	116	69.8	31 – 50 años	(50.8%)
FEMENINO	50	30.2	41 – 60 años	(48.0%)
<b>TOTAL</b>	<b>166</b>	<b>100%</b>	– –	–

### **EVOLUCION DE LOS CASOS TRATADOS MEDICAMENTE**

De los 166 casos escogidos, 103 (61.3%) fueron controlados endoscópicamente; de los otros 63 restantes, algunos fueron seguidos con estudios radiológicos y otros no volvieron a control, por lo que fueron descartados, en el interés de dejar solamente los casos que se pudieron seguir en el tiempo en forma segura.

De estos 103 casos, 79 curaron clínica, radiológica y endoscópicamente, lo que representa el 76.6%, en tanto que 24 (23,3%) no curaron. De estos, 17 (16.5%) recidivaron después de tener una curación endoscópica,

4 (3.8%) no curaron después de un tratamiento médico de duración variable y 3 (2.9%) se malignizaron. (6y8).

Resulta interesante analizar este último grupo de casos malignizados, pues de los 3 en uno de ellos mediaron 4 meses entre la primera y la última gastroscopía, por lo que queda la duda que la úlcera fuera maligna desde el principio, aunque las biopsias hayan sido negativas, pero en los otros dos casos no parece haber duda de la malignización, pues en uno entre la primera y la última gastroscopía mediaron cuatro y medio años y en el otro existió curación endoscópica y 7 meses después recidivó como una neoplasia.

**Cuadro No. 3**

### EVOLUCION DE LOS CASOS TRATADOS MEDICAMENTE (todos con control endoscópico)

1- Curación endoscópica	79 casos	(76.6%)	103 casos
2- No curación endoscópica	24 casos	(23.3%)	
a. recidivas	17 casos	(16.5%)	
b. No curación en primera instancia	4 casos	( 3.8%)	
c. Malignización	3 casos	( 2.9%)	

## EVOLUCION DE LOS CASOS TRATADOS QUIRURGICAMENTE

De los 166 casos estudiados, en 32 (19.2%) fue necesaria la solución quirúrgica. Las técnicas empleadas fueron así:

**Cuadro No. 4**

### TECNICA QUIRURGICA EMPLEADA

(32 casos)

Bilroth I	8 casos	(25.0%)
Bilroth II	20 casos	(62.5%)
Gastroenteroanastomosis con vaguectomía	1 caso	( 3.1%)
Piloroplastía con vaguectomía	2 casos	( 6.2%)
Resección de cuña	1 caso	( 3.1%)

Como se observa, nuestros cirujanos continúan practicando más frecuentemente la gastrectomía sub-total con gastroenteroanastomosis tipo Bilroth II, con vaguectomía, como técnica quirúrgica de elección para la úlcera péptica, (5) sea por su comodidad técnica y/o por los resultados mediatos e inmediatos.

De los 32 casos tratados quirúrgicamente, 11 (34.3%) necesitaron controles a mediano y largo plazo en la consulta externa por continuar con síntomas digestivos, tales como síndrome de Dumping, gastritis del muñón, síndrome de reflujo gastroesofágico, recidiva ulcerosa y otros. Esta alta morbilidad creemos se explica porque un alto porcentaje de úlceras gástricas se implantan sobre un fondo de gastritis crónica, sobre todo las suprangulares y dicha patología se exagera por el baño bi-

liar que suelen tener estos pacientes. Por lo otro, algunos de estos pacientes tenían trastorno psiquiátricos que somatizaron a la cirugía previa, provocando síntomas no atribuibles a la morbilidad quirúrgica.

De los 11 casos que continuaron sintomáticos, en 4 se había practicado Bilroth I (50% del total de casos con esta técnica quirúrgica) y en 7 Bilroth II (35% del total de casos con esta técnica) (4y5). Ningún paciente murió durante o después de la intervención quirúrgica.

Aunque creemos que el número de casos estudiados que tuvieron solución quirúrgica es bajo y su valor estadístico sujeto a corroborarse, es conveniente anotar entonces que la morbilidad en el post-operatorio mediato fue mayor en los casos que tuvieron una técnica tipo Bilroth I.

**Cuadro No. 5**

### EVOLUCION DE LOS CASOS TRATADOS QUIRURGICAMENTE

1- Curaron definitivamente	22 casos	(65.7%)
2- Continuaron sintomáticos	11 casos	(34.3%)
a. Bilroth I		50%
b. Bilroth II		35%
3. Mortalidad		0%

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- CLASSEN, M.: Endoscopía de la úlcera péptica benigna. *Clínica Gastroenterológica* 1-2, 10; 1974.
- 2.- JOHNSON, C.L. & Judd, E.S.: The usefulness of vagotomy in treatment of gastric ulcer, *Surgical Clinics of North America*, 51, 907; 1971.
- 3.- JOHNSTON, I.D.A.; WELBOURN, R. & ACHESONN, K.: Gastrectomy and loss of weight. *Lancet*, 1, 1242; 1958.
- 4.- JOHNSTON, I.D.A.: The management of side effects of surgery for peptic ulceration. *British J. of Surgery*; 57, 787; 1970.
- 5.- KRAUSE, U.: Long-term results of medical and surgical treatment of peptic ulcer. *Acta Ch. Scandinavica*, Supplement 310, 1-111-; 1963.
- 6.- SAKITA, T.; OGURO, U. & TAKASU, S.: Observations on the healing of ulcerations in early gastric cancer. The life cycle of the malignant ulcer. *Gastroenterology*, 60:835 1971.
- 7.- SMALL, W.P.: Resultados a largo plazo de la cirugía de la úlcera péptica. *Clínica Gastroenterológica*, 1-2, 214; 1974.
- 8.- SMITH P.; et al: Secretory state of gastric mucosa and resistance to injury by exogenous acid. *Am.J.Sur.* 133, 81, 77.
- 9.- STALSBERG, H. & TAKSDAL, S.: Stomach cancer following gastric surgery for benign conditions. *Lancet* 2: 1175; 1971.
- 10.- WALD A.: Aspirin and prepyloric ulcer. *Am. J.Dig.Dis* 21:918, 1976.