

Tratamiento médico de las Úlceras gastro-duodenales (*)

Dr. German Naranjo.

Encargados por nuestro Colegio para resumir conocimientos sobre el tratamiento de la úlcera gastro-duodenal, estamos aquí ante la difícil tarea, y decimos difícil, pues desde que el genio Cruveilhier la descubrió y tiró las bases de su tratamiento, muchas teorías y consiguientemente tratamientos se han expuesto, pero sin duda la causa no es unívoca y el tratamiento tampoco puede serlo.

Siguiendo el plan común de los tratadistas, queremos hacer primero un esbozo de las teorías etiológicas, para ver si con base a ellas llegamos a la comprensión del tratamiento.

La enfermedad es muy corriente, lo suficiente para pensar en ella ante cualquier síntoma gástrico. La enfermedad cuando la vemos está en el tejido, pero la causa parece ser de orden general, mucho más frecuente en el hombre que en la mujer. El cuadro de la Sociedad de Cirugía de la Gran Bretaña, de 5.315 casos operados en cinco años, da 4.159 hombres y 1.156 mujeres. Dos hombres por una mujer en la úlcera gástrica, y cinco hombres por una mujer en la úlcera duodenal; otros cuadros dan igual proporción con gran predominio siempre de la úlcera duodenal.

A cualquier época de la vida puede aparecer; la melena neor-natorum es una úlcera aguda. Más notable de los 30 a los 50 años, raramente después de esta edad, pero sí con frecuencia de 20 a 30 años. Antes de los 40 predomina la úlcera duodenal, después de los 40 se manifiesta la gástrica, cuando la acidez es ya mayor.

La raza propiamente dicha no tiene importancia, pero el estado de civilización sí, pues el ritmo acelerado de la vida no permite el reposo que la nutrición requiere, además de las preocupaciones y el efecto deletéreo del café, el tabaco y el alcohol. Además de la inquietud, las comidas rápidas, la mala masticación, la cocción insuficiente, el horario irregular de los tiempos de comida, predisponen a los disturbios gástricos.

(*) Relación presentada al Congreso Médico (tema fijo) Oct. 1944.

De las teorías patogénicas, señalaremos aquellas que han tenido mayor aceptación.

Para Virchow, todo sería una cesación del riego circulatorio por embolia de la mucosa inflamada o por espasmo.

Von Bergman le da especial importancia al espasmo consecuente a una desarmonía del sistema neurovegetativo, a una neurtosis general, y dice que se tiene úlcera porque se es nervioso.

Para Rossle, también el principal factor es el espasmo, pero éste como reflejo de otra lesión abdominal.

Aschoff, piensa que el espasmo es la causa inicial capaz de dar una erosión superficial, que luego se profundiza bajo la acción causticante del jugo gástrico ácido.

Büchner atribuye el origen exclusivamente al aumento del ácido clorhídrico y dice que provocando una hiperproducción de éste con histamina obtiene una úlcera.

Piensa Klemperer que todas estas constataciones coexisten, el espasmo, la hiperproducción ácida, la gastritis, la autodigestión, los disturbios vasculares y trofonerviosos, pero que es muy difícil decir qué es causa y qué es efecto.

Finalmente debemos dar una ojeada a la experimentación. La ingestión de fuertes dosis de ácido clorhídrico quema la mucosa, pero no da úlcera. La inyección de bacterias, estreptococos viridans por Rosenow es de una acción del todo inconstante. El verdadero método útil ha sido el de derivación, hecho en la escuela de Aarón, por Cogniaux y Deloyers. Estos experimentadores, comunican el píloro con la primera parte del íleo y el duodeno con su parte final y obtienen úlceras netas, iguales a las del hombre y sacan en conclusión que la úlcera se forma siempre en mucosa de secreción alcalina, bajo la acción del jugo ácido. Son mucosas a secreción alcalina — la duodenal, el ántro del estómago y su pequeña curva, más raramente la vecindad del cardias, nunca en el fundus, y cuando la úlcera aparece lejos, en lugares de secreción alcalina como en los divertículos por ejemplo, ahí se encuentran islotes aberrantes de células a secreción ácida.

Sin embargo, piensan ellos que la derivación impide la desintegración de las proteínas, que no pueden llegar a ácidos aminados, y la inyección diaria de estos, histidina, lisina o triptofan impiden la formación de la úlcera o la cicatrizan si existe, y en todo caso hipertrofian la mucosa. Por mejoría circulatoria? Por aumen-

to del mucus, por mejor carga celular en aminoácidos o por mejoría del estado general? No se sabe y queda la incógnita del ritmo cíclico en la existencia de la úlcera.

Con estas ideas, tratemos de ver el esbozo del tratamiento que al comienzo será casi siempre médico y lo es indispensablemente en caso de angor pectoris, tuberculosis pulmonar, diabetes, nefritis avanzada, obesidad excesiva, embarazo, lesiones cardiacas descompensadas y en algunos neuróticos, según Tice.

El primer gran elemento de tratamiento es el reposo, hospitalario si fuera posible, que ya los demás detalles serán más fáciles. Como la hospitalización no es siempre aceptada, un cambio de ambiente, un reposo, un viaje, alejan del torbellino de ideas y preocupaciones, causa psicógena del espasmo.

Piensa Sippi que lo esencial del tratamiento estriba en evitar la acción corrosiva del jugo gástrico, y para eso ordena reposo, alimento cada 2 horas —de las siete de la mañana a las siete de la noche— y en las horas intermedias y siguientes al último alimento dar la medicina neutralizante. Cada tiempo consta de 45 gramos de leche y 45 gramos de crema (135 calorías) y la medicina en paños que contienen 0.65 gramos de bicarbonato de sodio y carbonato de calcio o igual dosis de carbonato de calcio y carbonato de bismuto, pueden usarse en su lugar el hidróxido o el silicato de aluminio. Doce a quince días después dá además 180 gramos de caldo de vegetal, pan tostado, jugos, levadura y vitaminas, queso fresco, vegetales tiernos cocidos, mermeladas y todo reducido a puré, indicación ésta absolutamente indispensable para Lay Martín. Pero hay que individualizar, si con sólo eso el paciente progresa no es necesario aumentar el régimen. No hay línea rígida de conducta posible. Hay que evitar todo alimento que mecánica, química o térmicamente irrite la mucosa, y esta prohibición debe durar no menos de un año.

Con el régimen que señalamos, al comienzo el paciente puede aumentar de peso, y puede mejorarse agregando aceite de olivas, azúcar, crema de cereales y mantequilla.

Cómo sabemos que el paciente está mejor? Por la clínica y los Rayos X. Con este tratamiento de Sippi se obtiene estos resultados de curación.

Nilsen 30%.
 Brown 49%, después de 5 años.
 Jordán 54%.
 Franklin 59%.
 Balfour 65% en adultos, y de 52 a 78% en gente joven.
 Morrison 78%.

Es de notar, que otros tratadistas con otros métodos totalmente diferentes llegan a resultados idénticos. Gatelier por ejemplo, rechaza el empleo de alcalinos. Da un régimen similar al de Sippá y divide su tratamiento en: antiespasmódico: belladona y luminal. Mucígenos: bismuto, mucina gástrica y kaolín. Veroogen, aconseja como mucígeno el agua oxigenada, y recientemente la escuela alemana ha puesto en uso con igual fin el jugo de papa. Luego, de Gatelier el tratamiento catabólico, extracto paratiroideo 10 unidades al día, pepsina 10 centigramos, en 2 c. c. de agua, intramuscular diarios, histidina, proteinoterapia. Dice que con estos medicamentos cura dos tercios de sus enfermos.

La proteinoterapia no logra cicatrizar la úlcera, pero no hay duda que tiene un efecto notorio sobre el dolor, lo mismo que la radioterapia. Las vacunas estreptococcicas no parecen tener un resultado muy apreciable, a no ser como proteínas no específicas. Tampoco los ensayos con insulina parecen muy convincentes. La histidina en forma de clorhidrato ha sido usada en todo el mundo, con diversos resultados, creemos nosotros que es un coadyuvante de gran utilidad. Lay Martín dice que el tratamiento con histidina dura tanto como la crisis, pero con ese criterio no podríamos juzgar ninguna terapia, pues bien sabemos que las úlceras pueden curar solas.

Resumiendo la mayor parte de los criterios, creemos que la tranquilidad del espíritu y el cuerpo son más de la mitad del éxito. Luego un régimen alcalino y mucígeno. Suplir aunque sea fraccionadamente los ácidos aminados, sobre todo histidina que es de fácil manejo, dar también vitaminas, antiespasmódicos sobre todo la combinación de belladona y luminal y un régimen blando. Todo esto en el bien entendido de que otros órganos no estén enfermos y que el intestino se exonere regularmente.

De las complicaciones sólo una tendría una face de tratamiento médico, la hemorragia. Para ella, dar reposo absoluto, dieta to-

tal de 12 horas, luego leche con hielo en pequeñas cantidades, hielo, los coagulantes usuales, trombógeno, coaguleno, tromboplastina, calcio, hamamelis a pequeñas dosis — y si mis colegas me perdonan quiero mostrar una formulita de mi cosecha, hecha por extrema necesidad y que casualmente no me ha fallado. Tiene 0.50 gramos de polvo de alumbre, 10 gramos de alcohol de 90° grados y 300 gramos de agua destilada, una cucharada cada dos horas. Una hemorragia que se repite sin que el paciente se haya repuesto de la anterior ya no es de nuestro resorte.

Y ahora me resta decir hasta cuando tenemos que tratar médicamente un paciente. La sola persistencia de 6 meses a 1 año sin mejoría y sobre todo si la úlcera es gástrica, es una indicación de que debe pasar el paciente al arte quirúrgico. La perforación es una indicación que huelga señalar. La obstrucción pilórica, demostrada ésta, no vacilar antes que sea demasiado tarde. El solo hecho de un gran tamaño en la úlcera, es una indicación operatoria; la hemorragia que se repite sin dar tiempo a la restauración, la penetración de órganos vecinos, las enfermedades concomitantes de la vesícula biliar, la apendicitis y la coexistencia de una úlcera en otra zona gastroduodenal.

Es cuanto he encontrado de útil a recordar a mis colegas sobre el tratamiento; como se ve es muy variado y si uno busca encontrará lo imaginable. Más interesante que tratar, es saber cuando hay que dejar el tratamiento médico y llamar al cirujano; no dudarlo, la hemorragia repetida sin restauración, el gran tamaño, la estenosis, la perforación, la penetración de vecindad y la coexistencia con otra úlcera, con una lesión vesicular grave y con la apendicitis.