

## Tratamiento Médico de la Úlcera Gastro Duodenal Simple \*

Por el Dr. Arturo Blanco S.

En la exposición que sigue me refiero únicamente al tratamiento médico de la úlcera gastro duodenal simple o enfermedad de Cruveilhier. No abordamos el tratamiento de las complicaciones, que como la perforación, la estenosis, las perivisceritis, las cancerizaciones y las hemorragias necesitan de la estrecha cooperación médico-quirúrgica y forman otros capítulos aparte que no entraremos a considerar.

Cabe reconocer también la existencia de otras úlceras de origen sífilítico, tuberculoso, en el curso de otros procesos infecciosos, y traumáticas pero que no entran en nuestro trabajo que solo considera el tratamiento de la úlcera gastro intestinal simple o úlcera de Cruveilhier.

El aspecto quirúrgico de la úlcera simple será capítulo considerado por nuestros competentes colegas Doctores Valverde y Aguilar pero es oportuno recordar ante todo tratamiento de un ulceroso, que es en la cooperación estrecha y leal médico-quirúrgica que estriba el éxito de la cura: Así como no existe "úlcera" sino "ulcerosos", de idéntica manera no existe "tratamiento" sino "tratamientos", máxime en una afección cuyas aún nubladas teorías patogénicas son la base de los múltiples tratamientos que han sido aplicados.

Y ahora pasemos a la exposición propiamente dicha de los tratamientos médicos:

Desconociéndose el agente etiológico de la úlcera gastro-duodenal, se han formulado una serie de teorías patogénicas que han servido de base para la variedad de tratamientos aplicados a su curación.

*La patogenia química*, atribuyendo a la hipersecreción e hi-

---

\* Relación presentada al Congreso Médico. (Tema Fijo) Octubre 1944.

perclorhidria la formación de la úlcera: los tratamientos antiácidos tienden a neutralizar, fijar y controlar el exceso de secreción y acidez que frecuentemente se encuentra en la úlcera gastro-duodenal.

*La patogenia nerviosa* atribuye la formación de la úlcera al desequilibrio vago-simpático de que sufren estos enfermos: los tratamientos en el terreno neurógeno de la hipersensibilidad refleja que presentan los que padecen de úlcera, están inspirados en esta patogenia. La hipermotilidad gástrica, el espasmo y la hipersecreción están determinados por el reflejo cuya vía de conducción es el Xº nervio craneano.

*La teoría traumática* atribuye a la irritación local producida por los alimentos y el proceso digestivo, el mecanismo de formación de la úlcera: los tratamientos de apósito local y las dietas combaten ese elemento.

El estudio anatómico ha servido para formular *la patogenia infecciosa*, ya que se encuentra un proceso inflamatorio con sus correspondientes agentes bacterianos en la mucosa gastro-duodenal afectada de úlcera: los tratamientos a base de vacunas, la protino-terapia y el tratamiento de las infecciones focales que puedan existir en otros órganos del cuerpo, tienen por fundamento esta patogenia.

*La teoría endocrina* ve en un disturbio de la paratiróides que rige el metabolismo cálcico, la formación de la úlcera. Otros atribuyen a la deficiencia de las glándulas encargadas de la formación de la insulina, el proceso patológico gastro-duodenal: las terapéuticas a base de paratiróides, insulina y calcio, tienen este fundamento.

De lo anteriormente expuesto se puede llegar a afirmar que pocas enfermedades tienen tantos tratamientos como la úlcera gastro-duodenal. Ahora bien, como la úlcera evoluciona por períodos de crisis más o menos largos, según el caso, con remisiones espontánea de duración también variable, fácil es la ilusión sobre el efecto beneficioso de tal o cual tratamiento en la curación. Por eso conviene al formarse un criterio de curación de la úlcera, tener presente las características clínicas de su evolución, y si se quiere fundamentar la cura en un criterio radiológico o gastroscópico tener presente algunas otras consideraciones: sabido es que la úlcera reciente presenta además de la úlcera anatómica propiamente dicha un edema de los bordes y de los pliegues con sus consiguientes

espasmos que generalmente convergen a su alrededor condicionan de así el "nicho radiológico" tan distinto del anatómico. Durante el período de latencia, desaparece el espasmo, el edema y queda el nicho anatómico que es superficial en las úlceras recientes, pudiendo así desaparecer radiologicamente, lo que hace pensar en la curación, con la consiguiente "ilusión terapéutica" pero con la desilusión cuando la crisis vuelve.

Hablamos de mejoría cuando los síntomas se vuelven menos agudos, cuando las crisis duran menos, cuando los períodos de calma se hacen más largos. Para hablar de curación debemos esperar a que los signos clínicos, radiológicos y gastroscópicos permanezcan ausentes durante varios años.

El tratamiento clásico de la úlcera gastro-duodenal combate los diferentes síntomas presentes en el cuadro ulceroso y atiende también a las diferentes patogenias que concurren a su formación. Comprende este tratamiento:

- 1° El reposo.
- 2° El tratamiento antiespasmódico.
- 3° Tratamiento del factor acidez: Antiácidos y apósitos locales que protegen la mucosa contra el efecto corrosivo del ácido.
- 4° Las dietas.

*El reposo:* muchos autores lo consideran fundamental y la práctica así lo confirma.

El reposo físico, el reposo moral y el reposo mental son los indicados. Conocidas son las consecuencias desastrosas que tienen para el ulceroso las múltiples actividades diarias que son el origen de preocupaciones dando motivo a la excitación nerviosa. Todas ellas producen la contracción de la musculatura del estómago por acto reflejo, aumentan el espasmo, mantienen un estado de hipersecreción en la mucosa gástrica. El reposo hace desaparecer la tensión nerviosa, afloja la contracción muscular gástrica, mejor los síntomas hace pasar mejores noches.

Debe mantenerse un reposo absoluto en la crisis aguda y a este respecto conviene recordar que a veces se hace necesario la hospitalización a fin de obtener un mejor control médico. Ciertos tratamientos solo se pueden aplicar a base de hospitalización. Su

duración es variable de acuerdo con el caso, término medio, tres o cuatro semanas.

La cura a domicilio puede aconsejarse en ciertos casos. En nuestro medio es lo corriente. Es necesario también en este caso mantener al paciente en condiciones adecuadas de reposo, de control dietético y médico.

La cura ambulante solo debe aplicarse en casos muy leves y en el curso ulterior del tratamiento después de la hospitalización o la cura a domicilio. De una manera general puede decirse que la úlcera complicada sí exige la hospitalización.

Es conveniente aconsejar al "ulceroso" que en su vida mantenga la buena costumbre de hacer descansos periódicos. Así como al diabético, al tuberculoso, se les aconseja seguir un régimen propio, al que padece de úlceras se le debe aconsejar seguir las reglas higieno-dietéticas que se aplican al ulceroso.

*El tratamiento Antiespasmódico:* tiene por objeto luchar contra el elemento nervioso siempre presente en el ulceroso. El enfermo generalmente es hiper-reflejo e hipersensitivo (factor neurógeno). Las consecuencias son: hiper-motilidad gástrica, hipersecreción, aumento de los síntomas dolor, vómito, llenuras, molestias gástricas en general. Es controlando el Xº nervio craneano cuyo centro nervioso gobierna la motilidad y las secreciones gástricas, que se obtienen los mejores resultados. Se puede agregar el tratamiento sedante general del sistema nervioso y se obtiene también un efecto antiespasmódico reforzado.

*Medicamentos:* la belladona, en sus diferentes formas o la atropina que es su principio activo, forman los medicamentos antiespasmódicos de uso clásico. Otros antiespasmódicos, la papaverina, opiáceos en general, beleño, luminal, bromuros, etc. Conviene recordar que el reposo cuya importancia ya hicimos referencia, es el mejor sedante.

Los antiespasmódicos y sedantes del sistema nervioso deben ser prescritos al paciente no solamente durante su crisis sino también periódicamente en su vida.

*Tratamiento antiácido protector de la Mucosa Gastro-Duodenal:* obedece al hecho de que la mayoría de las úlceras presentan un aumento del ácido clorhídrico y de la secreción gástrica. Esto es causa de irritación de la mucosa ulcerada. Además los hechos clí-

nicos constatan que su neutralización hace desaparecer en la úlcera, muchos de sus síntomas. De ahí la terapéutica de protección de la mucosa gástrica neutralizando la hiperacidez y absorbiendo la hipersecreción.

Los medicamentos antiácidos son: unos absorbidos por el organismo, tipo bicarbonato de soda. Estos antiácidos tienen un efecto de neutralización pasajera y por eso deben darse a dosis repetidas durante el día. Tienen el inconveniente de producir secundariamente un aumento del ácido clorhídrico y pueden además producir un desequilibrio en la sangre del complejo ácido-básico.

Los alcalino-terrosos son de acción menos enérgica, tienen la ventaja de no producir acción secundaria de aumento del ácido; son el carbonato de calcio, sales de magnesio: carbonatos y óxidos.

Los antiácidos que actualmente se usan de preferencia son los que actúan neutralizando el ácido pero que además tienen un efecto protector local de la mucosa. Tal es el bismuto: subnitrato, carbonato y salicilato. El subnitrato es el más usado: reúne condiciones varias que lo hacen recomendable: tóxico, protege la mucosa, neutraliza, absorbe la hipersecreción, antiséptico y aun hasta se le adjudica la propiedad de exitar la producción de mucina. Los franceses lo usan a altas dosis.

Otras sustancias usadas: el caolín, algunos enfermos lo reciben mejor que el bismuto, el hidróxido de aluminio, el trisilicato de magnesia.

En general se acostumbra usar la fórmula combinada de todos estos medicamentos.

*Las dietas en el Ulceroso:* en realidad este es un problema individual, cada ulceroso tiene su propia dieta. Hay úlceras que no toleran nada en período de crisis, otras tienen un margen de tolerancia que les permite ser tratadas con dietas poco rigurosas.

"Los principios dietéticos" para el ulceroso que deben ser mencionados son: alimentos de fácil digestión que no traumatizan la mucosa, que no produzcan una excitación de la secreción gástrica, que tengan más bien una acción neutralizante, aquellos alimentos que por su naturaleza y preparación no causan irritación química, mecánica ni térmica.

La dieta no significa "cura específica" de la úlcera: solamente que los alimentos determinen la naturaleza y grado de trabajo impuesto al órgano digestivo es necesaria la selección. Una buena dieta

para el ulceroso es aquella que responde a sus necesidades individuales, que no determina pérdida de peso y que influye favorablemente en la desaparición de los síntomas mórbidos.

Se prefiere las repetidas tomas de alimentos, en pequeñas cantidades; esto tiene un efecto neutralizante más efectivo sobre la hiperacidez y hipersecreción. Durante la crisis, fuera de los casos de úlcera complicada, conviene aumentar progresivamente las diferentes clases y cantidades de alimento que se dá al paciente conforme se acentúa la mejoría. Ciertos casos de intolerancia imponen la dieta hídrica aunque no es aconsejable más que en contados casos y no mantenerse más de 24 horas. Se prefiere para comenzar, la dieta a base de leche y natilla. La leche no solamente no irrita sino que es fijador del ácido por su calcio; por su grasa tiene un efecto estimulante de la secreción pancreática y del reflejo de Boldyreff (reflejo duodenal que neutraliza la hiperacidez y paralisa la secreción gástrica).

Cuando ya la tolerancia del paciente lo permite se agregan los carbohidratos a la leche: avena, arroz, cebada semolina y tapioca. La leche se acostumbra dar en dosis repetidas durante el día, sea sola o adicionada de solución alcalina o bien combinada en la preparación de otros platos. Las legumbres en forma de caldos, papas, gelatina con frutas. Los alimentos deben ser preparados finalmente de manera de obtener una "dieta suave". Los huevos son dados especialmente las claras. La mantequilla fresca. Este régimen tiene una influencia en la sedación de los dolores y permite la readaptación al trabajo. Cuando ya la crisis está terminada se agrega pan tostado, pescado fresco, jamón sin mucha grasa, legumbres cocidas. El agua en mínima cantidad. En general poca sal. La preparación de los platos debe estar exenta de condimentos aromáticos, nada de licor, ni cerveza, ni tabaco, evitar además en el régimen habitual del ulceroso, las legumbres crudas, las carnes en conserva, las frutas ácidas, el pan preferible tostado.

Existe una serie de dietas que llevan los nombres de sus autores. La mayoría son estrictas, más bien recomendables para casos especiales de gran intolerancia digestiva. Conviene citarlas porque algunas de ellas son bastante sugestivas. En América una de las más usadas es la *Suppy's*: consiste en dar tres onzas de leche y tres de crema cada 2 horas para obtener una neutralización continua. Se alterna cada toma con un paquete de las fórmulas siguientes:

de bicarbonato y de creta 0.60 gms. de cada uno alternando con carbonato de calcio y óxido de magnesia 0.60 gms. de cada uno. En casos de diarrea se substituye el óxido de magnesia por el bismuto o el caolín. Es preferible aplicarlo en medio hospitalario. Si el paciente responde favorablemente, puede aumentarse gradualmente agregando al cuarto o quinto día, sopas de vegetales, pan tostado y cereales bien cocidos. El tratamiento antiespasmódico se aplica simultáneamente en esta dieta.

*Método de Winckelsteins* intubación intragástrica para obtener por el gota a gota continuo una neutralización permanente del exceso de acidez y secreción gástrica. El agente: leche con soda hasta tres litros por día. Medicación antiespasmódica y comidas suaves se hacen también pasar por la sonda.

*El método de Einhorn* que hace llegar la sonda del mismo nombre hasta el yeyuno para pasar por ella la alimentación neutralizante líquida. Se pone así en reposo el estómago. Se ha puesto como reparo al método el que produce espasmos y reflejos vagales que son dolorosos.

*El régimen de Lenhartz*: a base de albuminóideos, leche y huevo desde el comienzo, al sexto día agrega carne a cantidades progresivas.

*El régimen de Coleman*: tiene por fin paralizar la secreción gástrica dando grasas, basándose en el principio de que las grasas excitan la secreción pancreática y el reflejo de Boldyreff que como ya dijimos son factores que inhiben la secreción gástrica. Este autor aconseja en los tres primeros días mantener la dieta hídrica y las lavativas de suero glucosado, luego las grasas: mantequilla, aceite de olivas, natilla, huevos.

*El régimen de Jarotsky*: tiene como principio evitar la mezcla de grasas y albumóideas, pues según Pavlov, esta combinación aumenta la secreción gástrica. Se prefiere la combinación de grasas y azúcar que tienen un efecto inhibitor de la secreción. Las claras de huevo y la mantequilla que preconiza durante la fase aguda, recomienda darlas por separado. Se aumenta progresivamente la cantidad de estos alimentos, comenzando por una clara en la mañana y una cucharada de mantequilla en la tarde, con aumento de una clara y 20 gramos de mantequilla diarios. Al décimo día, sopas de legumbres, cereales y carbohidratos en general.

### Tratamientos llamados "biológicos"

Inspirándose en las causas que intervienen en la patogenia de la úlcera gastro-duodenal, varios especialistas han aplicado una serie de tratamientos, que del campo experimental han llevado al campo de la clínica.

El tratamiento por la "*mucina gástrica*" es uno de ellos: al mucus gástrico se le atribuye una función protectora de la mucosa, del frote mecánico de las partículas digestivas y de la acción péptica de la combinación ácido-pepsina. Además tiene una acción aglutinante de los materiales microbianos. Se prepara haciendo actuar sobre la mucosa gástrica del cerdo una solución diluida de ácido clorhídrico con adición de igual volumen de alcohol. Se usa una onza de mucina tres veces por día con las comidas o tablas de mucina de media en media hora.

*Tratamiento por los ácidos aminados:* histidina y triptófano.

Por los trabajos experimentales de la Escuela de Estrasburgo, Aron y Weiss obtienen una gastritis ulcerosa en el perro al derivar los jugos duodenales hacia el íleo. Estas úlceras no se forman si se inyecta una solución de histidina. Concluyen los autores que el metabolismo proteico ha sido alterado a causa de la derivación, pues los jugos duodenales no contribuyen en el perro operado a la desintegración total de las proteínas, las que quedan en estado de polipéptidos. De ahí la carencia de ácidos aminados que condicionan la formación de la úlcera.

En la práctica clínica se usan las soluciones de histidina al 4% inyección intramuscular o intravenosa diariamente en series hasta de treinta, reposo veinte días y luego otra serie. Se le atribuye especialmente un efecto sedante en las afecciones del tubo digestivo en general. En la úlcera se han citado sus efectos sobre el dolor, vómitos y modificaciones de las imágenes radiológicas.

*Proteinoterapia:* inyectar proteínas de origen animal, bacteriano o vegetal para producir una reacción focal que acelera la cicatrización de la úlcera. Se les atribuye también un rol de modificadores del tonus vago-simpático.

Se ha usado: la leche inyectada, la vaccineurina (que proviene de estafilococos y del bacilo prodigeus), la novoprotina (que es una proteína vegetal).

Las inyecciones de solución de pepsina al 10% son también

proteinoterapia. Se inyecta 1 c. c. primero, luego 2 c. c. cada tres días. Se le atribuye un efecto antiespasmódico: sobre el vómito y el dolor.

*Tratamiento con paratiroides:* se basa en la hipótesis de un disturbio del metabolismo del calcio, que la paratiroides regula. Moutier, en Francia, hizo un estudio clínico de una serie de úlceras tratadas de esta manera y señala mejoría sobre el síntoma dolor especialmente.

*Insulinoterapia:* no se explica claramente su acción en el tratamiento ya que se conoce el efecto vago-tónico de la insulina. Ejerce más bien una acción sobre el estado general que mejora notablemente.

*La radioterapia:* se ha aplicado en la úlcera con magníficos efectos sobre el síntoma dolor y sobre los espasmos del píloro. Se le atribuye una acción sobre la secreción gástrica: disminuye la secreción. En las secuelas de gastroenterostomía, cuando a pesar de que funciona bien la boca de anastomosis y el enfermo continúa sufriendo, está indicada.

*La vitamina:* la C se acostumbra asociar a los otros tratamientos de la úlcera. Jean Charles Roux de la Escuela de París, ha hecho dosaje del ácido ascórbico en una serie de enfermos ulcerosos encontrando siempre baja la cantidad de vitamina en la sangre. Este mismo autor señala un efecto antinfeccioso y de cicatrización que tiene la vitamina C en los casos de úlcera, además por el efecto de protección que tiene sobre los capilares sanguíneos se ha preconizado el uso de la vitamina C en los casos de úlcera a tendencia hemorrágica.

*El Benzato de Soda,* en solución al 20% en inyección intravenosa 2 cc. diarios, ha dado buenos resultados en el tratamiento sintomático de la úlcera.

*Extractos de mucosa gástrica y duodenal:* los autores japoneses citan resultados de curación de úlceras con este método. Lo usan inyectado y puede considerarse como una proteinoterapia de acción específica local.

*Extractos de páncrea; acesulfimizados:* (Angioxil) favorece la circulación local de la úlcera.

### Conclusiones

De lo expuesto en este estudio llegamos a algunas conclusiones.

- 1.— No existe tratamiento etiológico específico de la úlcera gastro-duodenal.
- 2.— La úlcera gástrica y duodenal pueden curar con un tratamiento médico bien conducido.
- 3.— El tratamiento médico clásico: antiespasmódico, antiácido y dieto-higiénico, aplicados simultáneamente es el que mejores resultados da.
- 4.— El buen éxito del tratamiento médico depende de la precocidad con que se haga el diagnóstico de úlcera y su inmediato tratamiento.
- 5.— El criterio de curación de una úlcera debe establecerse con prudencia, después de varios años de observación a través de los hechos clínicos, radiológicos y gastroscópicos.
- 6.— Debemos distinguir úlcera, de tipo ulceroso: la primera puede curar, pero la segunda predispone a la recidiva o a la formación de nuevas úlceras.
- 7.— La úlcera duodenal puede complicarse con: hemorragias, perforaciones, estenosis, procesos periviscerales. La gástrica puede dar: hemorragias, perforaciones, estenosis, procesos periviscerales y transformación maligna.
- 8.— Es en la mutua cooperación del paciente, del médico y del cirujano que deben esperarse los mejores resultados en el tratamiento de la úlcera gastro-duodenal simple o complicada.