Actualidades

Consideraciones Clínicas sobre la Terapia Médica y Quirúrgica de la Úlcera Gastroduodenal. Prof. Francisco Gallart Monés, de la Real Academia de Medicina de Barcelona-España, separata, pág. 14. *Anales de Medicina y Cirugía*, Vol. XXIII—Núm. 33, marzo, 1948).

I

La úlcera gastroduodenal constituye una enfermedad cada día más frecuente. Las estadísticas de hace años que acusaban de 10 por 100 de ulcerosos entre los enfermos del aparato digestivo aumentan los números de una manera alarmante. De 1940 a 1947 este porcentaje ha llegado a 20.

II

La definición que la mayoría de autores dan de la úlcera. "Una ulceración profunda con tendencia a la cronicidad" no puede aceptarse hoy día. La curabilidad de la úlcera es un hecho indiscutible sea cual sea su forma anatomopatológica y lo demuestra la clínica, la radiología, la gastroscopía y el sinnúmero de cicatrices encontradas en las piezas de resección y de necropsia. Además, la úlcera no evoluciona siempre hacia la cronicidad, ya que a veces sigue una marcha agudísima demostrable por la presencia de un nicho gigante, que se forma en 24 horas y desaparece en 15, 20 ó 40 días; otras veces el primer síntoma es una hemorragia o una perforación con la peritonitis consiguiente.

Pero la cicatrización de la úlcera no significa la curación de la enfermedad. La Escuela Española desde hace tiempo ha llegado a la conclusión de que la cicatrización forma parte del ciclo evolutivo espontáneo de la enfermedad. Así lo creen personas tan autorizadas como Gutmann y otros. Muchas veces la cicatrización es más aparente que real. Hay úlceras cuyo nicho ha desaparecido a rayos X, con calma clínica absoluta y que por gastroscopía Vidal y Badosa, entre otros, demuestran una ulceración plana, saniosa, con un plano de gastritis a su alrededor o a distancia. En otras ocasiones se observan en los períodos de inactividad sintomática, zonas de la mucosa edematosa de gran labilidad, que aparecen y desaparecen sin ninguna manifestación clínica. Todo ello indica que, en esta fase cicatricial, quedan fenómenos residuales capaces de producir nuevas úlceras cuando un agente casual tóxico, infeccioso, alérgico o psíquico, actúan sobre la víscera residual enferma. Queda el estómago sensibilizado, en estado de hiperergia o parergia.

La úlcera de Cruveilhier, como dice Kalk, no es una entidad morbosa que procede una sola causa, sino de causas múltiples, ante las cuales el organismo preparado reacciona con el substratum unitario de la úlcera. Es decir, a la multiplicación de las causas determinantes corresponde en el hombre una reacción unitaria. Este criterio que tantas veces se repite en patología humana, por ejemplo, en las cirrosis hepáticas se olvida con gran facilidad por los médicos.

Cuando se desconocían los síntomas radiológicos directos de la úlcera duodenal, se daban como signos indirectos la hipertonia gástrica, el hiperistaltismo y el vaciaje del estómago. Algunos llamaban a este conjunto sintomático "dispepsia hiperesténica", "distonia neurovegetativa", y Hurst "diatesis gástrica hiperesténica", porque había comprobado que se presentaba en individuos de una misma familia. Al descubrirse los síntomas directos de la úlcera, se daba una cuenta de que algunos de aquellos dispépticos tenían una úlcera duodenal y muchos veces existía en sus familiares la diatesis hiperesténica sin úlcera. Es de señalar que la dispepsia hiperesténica es mucho más frecuente en el hombre que en la mujer, lo cual podría explicar la mayor frecuencia del proceso ulceroso en el sexo masculino.

Todo ello inclina a pensar que existen circunstancias especiales de orden constitucional, de debilidad orgánica de los tejidos, especialmente del mesénquima, más localizados en el estómago y bulbo duodenal y que por un insulto cualquiera de orden bacteriano o vírico, tóxico o alérgico, o psíquico, puede producir en un momento dado la necrosis del tejido lábil con la inflamación consiguiente y la formación de úlceras profundas, a veces de tamaños considerables en muy corto espacio de tiempo. Es muy interesante valorar el papel del factor psíquico en la producción de la úlcera gastroduodenal, ya que en personas en estado de salud aparente o en pacientes en pleno período de calma o de cicatrización, vemos aparecer brotes ulcerosos, a veces muy graves, después de un choque emocional.

La experimentación ha seguido un mal camino para esclarecer el problema. Con infinidad de procedimientos se han producido úlceras, pero ninguna ha evolucionado con la sintomatología que presenta la del hombre y que le da un carácter muy peculiar. Se ha obtenido la lesión, pero no la enfermedad. Además, las condiciones experimentales se han movido muy lejos de aquéllas en que se produce la úlcera en el hombre. Cuando se experimenta es necesario crear las condiciones lo más próximas posibles al estado patológico que se va a estudiar y nunca hay que provocar alteraciones que en la patología humana nunca se encuentran. Todos los procedimientos de derivación de los jugos

duodenales que sirvieron de base al estudio experimental de la úlcera, no son más que una monstruosidad que no tiene nada de común con el estado patológico humano, cuyo mecanismo etiopatogénico se pretende explicar.

En la evolución de la úlcera, no en su génesis, debe darse un valor a la acción del ácido clorhídrico y de la pepsina sobre los tejidos alterados, pues no hay que olvidar que las úlceras asientan siempre en zonas del tubo digestivo bañadas por dicho ácido, que no es cáustico para el estómago y bulbo normales, pero sí para sus tejidos alterados. La úlcera que se produce en el tejido gástrico aberrante, tal como sucede en el divertículo de Meckel y las úlceras pépticas después de la gastroenterostomía o de la gastrectomía, son la mejor prueba experimental. Se podrá objetar que existen úlceras crónicas con anaclorhidria, pero seguramente la clorhidria fué normal o exagerada en los comienzos de la enfermedad, como se puede observar en muchos casos.

En la terapéutica médica actual de la úlcera únicamente se puede aspirar a un tratamiento sintomático, y aún éste sin una base firme. El tratamiento clásico de regímenes, bismuto, silicatos, belladona, alcalinos, así como las vacunas, proteínas, hidrolizados de proteínas y dextrimaltosa, insulina, paratoroidina, histidina, histamina, foliculina, etc., etc., no tiene ninguna propiedad específica. Sólo la enumeración de tanta variedad medicamentosa desacredita de una manera absoluta su valor específico. Con lo poco que se sabe, hay que dedicar más la atención al estado general del enfermo, considerando al estómago, no como a un órgano aislado, ni creer que los procesos inflamatorios de su mucosa son una reacción al contacto de los alimentos o bebidas, sino producto de una reacción general del organismo. Hay que actuar, pues, sobre el estado constitucional del ulceroso, sobre sus trastornos neurovegetativos, humorales, alérgicos, vasculares, avitaminosis, infección, etc., etc. y, hay que dirigir las investigaciones sobre la úlcera gastroduodenal en el sentido de que no es una enfermedad primitiva de una viscera, sino de un tejido o de un sistema. Tal vez sea éste el camino que conduzca a curar muchos enfermos ulcerosos sin recurrir a la cirugía. Naturalmente, siempre quedarán enfermos en los que el estigma local gástrico o duodenal será incurable por la medicina, sea por su cronicidad o por sus complicaciones sépticas intra y extraviscerales, los cuales serán tributarios de la Cirugía.

III

La Cirugía en la terapéutica de la úlcera no sólo es radical extirpando la lesión ulcerosa, sino que es mutilante, ya que con

la lesión se lleva una gran parte del estómago; cuando más amplia es la resección, se afirma, menos probabilidades de recidiva.

En la úlcera la cirugía sigue un camino inverso al de las otras afecciones, en las cuales toda la tendencia es conservadora. Con el tratamiento quirúrgico es indiscutible que se obtienen resultados brillantes, pero se equivocaría quien creyera que con ella se resuelve el problema, ya que los fracasos son frecuentes y cuando éstos aparecen se agrava la situación del ulceroso. La Escuela Española viene preocupándose desde hace años de las dolencias que acusan los operados de estómago por úlcera, y desde los datos publicados en 1929 a raíz de un considerable número de operados, seguidos por espacio de varios años, se puede hoy afirmar que dichas dolencias son las mismas en calidad y número (72 por 100 que curan contra 28 por 100 que no curan). Lo que ha mejorado de una manera ostensible es la mortalidad inmediata por gastrectomía debido sin duda al perfeccionamiento de la técnica, a la mejor anestesia, a los cuidados pre y postoperatorios y, sobre todo, a la oportunidad de la indicación. Y si no ha disminuido el porcentaje de los trastornos en el operado de estómago por una lesión ulcerosa el motivo es uno y fundamental: se actúa sobre la manifestación local de un proceso general cuyas características se desconocen. Por este motivo hay enfermos a los que se ha practicado una gastrectomía amplia que, sin acusar después ninguna lesión ulcerosa, continúan teniendo dolores y hemorragias a veces graves. La operación no les ha proporcionado ningún beneficio. Se actuó sobre una lesión que no era la única responsable del padecimiento del enfermo. Estas y muchos otras formas tan dispares de reaccionar el ulceroso, aconsejan mucho prudencia en sentar conclusiones demasiado taxativas.

En el tratamiento quirúrgico de la úlcera gastroduodenal, se considera actualmente y de una manera transitoria, como método de elección, a la gastrectomía amplia, porque si no resuelve el problema de la enfermedad ulcerosa, de momento suprime la lesión, y por lo tanto previene sus complicaciones, y por otra parte, con aquella se elimina un segmento importante del órgano, aquél en que preferentemente se implanta la úlcera y al que por su vecindad a la lesión, hemos de considerar alterado anatómicamente (gastritis) o funcionalmente (irritabilidad, hipersensibilidad, etc.).

Además, la experiencia demuestra que es el procedimiento más efectivo con que se cuenta en la actualidad. (El autor declara no tener predilección por ningún método, pero se inclina más al Billroth I por razones de orden fisiológico, ya que pasando los alimentos por el duodeno, se utilizan mucho mejor los jugos biliar y pancreático, y por consiguiente la asimilación es más completa.

Asimismo considera a la gastroenterostomía como una operación de excepción).

Después de muchas intervenciones que se han puesto en práctica y que han caído en desuso por su poca eficacia, surgió la vagotomía doble transtorácica y abdominal como terapéutica de la úlcera gastroduodenal y de la úlcera péptica postoperatoria. Con la vagotomía se abren nuevos horizontes más razonables y más justos dentro de la terapéutica de la úlcera gastroduodenal, sobre todo para combatir alguno de los factores del proceso: la acidez gástrica. Es tal vez la mejor orientación hasta la fecha en el tratamiento quirúrgico de la úlcera gastroduodenal crónica. Es necesario, sin embargo, esperar unos años a que maduren las cosas, para poder apreciar los resultados definitivos. Han tenido que pasar muchos lustros para que la gastroenterostomía tan alabada en un principio como terapéutica curativa de la úlcera gastroduodenal cayese en el descrédito. Además, hay que tener en cuenta que con la vagotomía doble se suprime también la inervación parasimpática del páncreas, del aparato biliar, de los riñones y del intestino delgado, que a la larga, no se sabe qué trastornos puede acarrear. Y sin hablar de los trastornos postoperatorios inmediatos, retención gástrica, parálisis del intestino delgado, bastante frecuentes según muchos autores; estos trastornos obligan a nuevas intervenciones: gastroenterostomía, yeyunostomía, etc. Todos los autores están de acuerdo en que cuando desaparece la acidez después de la vagotomía, en un buen número de casos, aquella reaparece nuevamente pasados unos seis meses. Si después de dicha intervención ha sido preciso recurrir a la gastroenterostomía, el enfermo ulceroso queda en las mejores condiciones experimentales para padecer una úlcera péptica yeyunal, a pesar de lo que dicen Colp, Grimson, Winkenstein, García Morán, etc., etc. De no ser así, la resección vagal ha de producir algún efecto más positivo que la disminución o abolición de la secreción clorhídrica. Tal vez actúe, además, bloqueando las reacciones cerebrales, desconectando el encéfalo de la región gastroduodenal. No hay que olvidar el factor emocional en la producción de la úlcera y en su reactivación. Después de los trabajos anatómicos de Bradley, Small y Wilson sobre la distribución de las ramas de los vagos en la porción inferior del esófago y parte alta del estómago, demostrando que en más del 90 por 100 de casos es posible realizar la sección completa de los mismos por vía abdominal, ésta parece llamada a sustituir a la transtorácica que aparte de presentar mayores dificultades técnicas, tenía el inconveniente de que casi en la mitad de los casos iba seguida de la aparición de un derrame pleural. La vía abdominal permite, además, explorar el estómago y duodeno y practicar al mismo

tiempo otra operación, caso de considerarla necesaria. Entre los partidarios decididos de la vía abdominal hay que citar a Crile, Walters y el mismo Dragstedt. La vagostomía todavía está en pañales y cuantos han practicado esta operación publican ya fracasos del método. Los más optimistas afirman que proporciona buenos resultados en el 75 por 100 de casos.

IV

A pesar de la insuficiencia de nuestros conocimientos el clínico está obligado a saber en qué momento el ulceroso debe ser tributario de la cirugía. Esta determinación estará fatalmente sujeta a la crítica en muchos casos, mientras no se aclare la incógnita etiopatogénica de la enfermedad. La cuestión debe plantearse en cuáles son los ulcerosos que hay que operar y cuáles no. La úlcera gastroduodenal pasa por dos etapas diferentes: la de la úlcera o úlceras sin complicaciones y la de la úlcera o úlceras complicadas. En general se puede afirmar que la segunda fase, la de la úlcera complicada, es siempre tributaria de la Cirugía. Entran también de lleno en el terreno de la Cirugía las hematemesis y melenas de repetición, sean escasas o abundantes. Hay que incluir las escasas porque no se puede prever la magnitud de las venideras. Cuando el ulceroso, que seguía con el tratamiento médico un curso favorable, sus crisis dolorosas se hacen más frecuentes o pierde el apetito y adelgaza, debe entregarse al cirujano, pues hay que pensar en una transformación maligna. En la úlcera o úlceras solitarias, es decir, aquellas que no presentan ninguna complicación apreciable, con sintomatología por temporadas, el tratamiento quirúrgico está condicionado por diferentes factores:

1º El tiempo de enfermedad. La experiencia demuestra que el ulceroso, cuanto antes se somete al tratamiento médico, más probabilidades tiene de curar. Observaciones hechas en 350 enfermos, seguidos durante años, se ha podido constatar que, entre los que comenzaron el tratamiento a partir de tres meses a un año de enfermedad, dejaron de sufrir el 62,5 por 100. Los que comenzaron el tratamiento a partir de uno a tres años de enfermedad, dejaron de sufrir el 33 por 100, y de los que acudieron después de los tres años, solamente curaron el 6 por 100. ¿Quiere esto significar que todos los ulcerosos que no mejoraron con tratamiento médico deben ser operados? A primera vista parecería lógico que fuese así; pero esta pregunta es muy difícil de contestar, ya que la respuesta depende de múltiples factores, siendo los más decisivos el enfermo y el mismo médico. El enfermo muchas veces no acepta la operación y prefiere seguir el trata-

miento médico. Por otra parte los ulcerosos son a miles y nutren en gran parte la consulta de los médicos y muchos de éstos no ceden sus enfermos al cirujano más que en casos extremos. El autor expresa su criterio así: "Cuando después de una temporada de seis a ocho meses de tratamiento médico bien dirigido no aparece francamente la mejoría, debe aconsejarse la intervención quirúrgica".

2º *La localización de la úlcera.* Es bien sabido que la úlcera de la curvatura menor es la que más fácilmente desaparece con tratamiento médico bien dirigido. No por esto debe confiarse demasiado porque hay cánceres ulceriformes que también desaparecen. El autor formula la siguiente exhortación: "Estad alerta frente a un nicho de la curvatura menor, máxime si está cerca del píloro, que reaparece aunque el estado general sea bueno. Acordaos de los numerosos trabajos publicados por diversos autores sobre este tema, los cuales demuestran que un buen número de estas úlceras son primitivamente malignas".

3º *El estado social del enfermo.* Es este un punto que no tiene lugar a discusión. El enfermo que por su posición social y clase de trabajo no puede seguir un tratamiento médico apropiado debe operarse.

4º *Concomitancia de la úlcera con otras enfermedades.* Hay enfermedades que lógicamente, contraindican cualquier intervención quirúrgica; la tuberculosis avanzada, las cardiopatías en período de descompensación, las cirrosis hepáticas, etc. El autor haciendo hincapié en lo que hace referencia a la tuberculosis exterioriza su punto de vista así: "Si la tuberculosis es curable, la coexistencia de una úlcera dificultará su curación y si no mejora rápidamente con tratamiento médico, debe aconsejarse la operación. La gastrectomía practicada con una indicación precisa, ha contribuido a sanar muchos tuberculosos pulmonares". La diabetes no contraindica la operación; en primer lugar porque con un tratamiento preoperatorio logra poner al enfermo en condiciones óptimas y además el diabético que cura de su úlcera responde mejor a la terapéutica de su enfermedad.

Dr. P. L.

Accidentes en la Aplicación de Inyecciones Intravenosas. Doctor Adriaensen (Gand-Bélgica); *Ars Medici, Revue International pour le médecin praticien*, pág. 823. octubre 1947.

En este artículo original se llama la atención sobre medicamentos que solos o en asociación con otros han provocado accidentes. Se comunican dos muertes súbitas debidas a fibrilación

ventricular después de una inyección intravenosa de un compuesto de "Dériphylline-Strophantine" que se hubieran evitado con las precauciones habituales, inyectando lentamente y comenzando con dosis muy débiles. Hay que ser prudente —recomienda el autor— tratándose de cardíacos viejos lo mismo que cuando el paciente ha estado bajo tratamiento de digitalina por largo tiempo, y lo mejor, abstenerse suministrar dos medicamentos a causa de reacciones posibles. Luego se refiere a accidentes con digitalina, calcio (glocunato y cloruro) y particularmente a accidentes mortales con diuréticos mercuriales con dos tipos de reacción: inmediata y tardía, ambas mortales. Los accidentes de la reacción tardía se manifiestan 12 horas después de la inyección. Se cita la opinión de S. Ben Asher respecto a las reacciones de los diuréticos mercuriales: la reacción inmediata se debe a la acción tóxica directa sobre el miocardio, mientras que la reacción tardía no es específica de los diuréticos mercuriales sino que es producida por la pérdida de agua y de sales, por lo que se recomienda la inyección fraccionada (0,1 cc. cada 15 segundos) o inyección previa de Tiosulfato de Sodio. En cuanto a los compuestos mercuriales el autor considera que la inyección intramuscular es el método más simple para evitar accidentes mortales.

Dr. P. L.