

Manejo de la Ulcera Péptica en el N. E. C. H. (Boston)

*Dr. Raúl Paredes **

El New England Center Hospital es una institución afiliada a Tufts University School of Medicine y hace parte del New England Medical Center; su capacidad es de solo 216 camas que son manejadas muy activamente (8.000 admisiones anuales aprox.), aunque con el tiempo suficiente para estudiar los pacientes de manera muy detallada e individual. El servicio de Gastroenterología, como los de Endocrinología, Cardiología, Metabolismo, Hematología, Neurología y Psiquiatría, hace parte del Departamento de Medicina Interna y dispone de un laboratorio anexo de investigación; su jefe es el Dr. Malcolm Stanley, un internista sin limitaciones, con conocimientos especiales en gastroenterología.

En las aireadas condiciones anotadas el manejo de los casos con úlcera péptica no está disociado del concepto teórico universalmente aceptado de que se trata de una enfermedad médica de curso no limitado, cuya curación radical sólo puede esperarse en la medida en que se espera la de la diabetes y otras entidades similares. Por lo tanto el tratamiento quirúrgico no se aplica "por el fracaso del tratamiento médico" —el cual debe ser tan ilimitado como lo es la enfermedad—, sino para resolver algunas complicaciones. Obviamente no se piensa que el cáncer del estómago es una complicación de la úlcera péptica.

Diagnóstico.—Como es de esperarse de un medio que tiene a su disposición todos los medios auxiliares de diagnóstico y que los ha experimentado a fondo y críticamente, el diagnóstico de la úlcera péptica está basado en la historia y el examen clínicos repetidos sucesivamente por varios observadores. Se insiste en la his-

* Profesor de Clínica Semiológica. U. N.

toria familiar de la enfermedad, en las condiciones ambientales, en algunos factores desencadenantes de uso corriente en la actualidad: la ulcerógena Prednisona —y Prednisolona— (en comparación con la más definitivamente edematógena Cortisona: J. A. M. A. 160: 613, 1956), los Salicilatos y la Aspirina, muy frecuentemente responsables de reactivación de la úlcera péptica cuando no de severas hemorragias por gastritis aguda erosiva (Brit. Med. J. 2: 7, 1955; Gastroenterology 31: 198, 1956). También se investigan rutinariamente algunas condiciones asociadas que suelen agravar el curso de la úlcera, tales como la Policitemia vera, frecuente en estas latitudes, y el Hiperparatiroidismo, escasamente buscado en nuestro medio gastroenterológico. Tampoco se olvidan las condiciones que hacen menos probable el diagnóstico de úlcera, e. j., enfermedad tiroidea, Addison, anemia perniciosa.

La valoración adecuada del cuadro clínico actual constituye objetivo básico que se afronta objetivamente, pese a las bien conocidas dificultades resultantes de la naturaleza misma de la enfermedad y a los prejuicios inherentes a un cuadro clínico tan universalmente aceptado como específico. Se recomienda la lectura de algunos estudios sobre las variantes del cuadro clínico, en particular la muy valiosa de Ruffin sobre la úlcera del canal pilórico (J. A. M. A. 159: 668, 1955).

Los métodos auxiliares de diagnóstico se emplean discretamente. Fuera del laboratorio rutinario (hematológico, Ca, P, N uréico, glicemia; orina; coprológico) y de la serie gastrointestinal alta, los otros procedimientos se indican muy individualmente y en la medida en que lo exija el diagnóstico diferencial. Es sorprendente el número relativamente escaso de enfermos que son sometidos a estudios de acidez gástrica, los cuales se reservan en forma casi exclusiva para el diagnóstico diferencial con el cáncer gástrico y en este caso se acompañan de un estudio citológico por el método de la quimotripsina (Cáncer, 8:1137, 1955). No considerando de mucho valor práctico la determinación aislada de la acidez gástrica, no se emplea la dosificación del pepsinógeno, que, por lo demás, está todavía en el terreno de la controversia.

El estudio radiográfico, con toda la extensión que demande el diagnóstico diferencial, constituye el aspecto más importante de los métodos auxiliares, pero en ningún caso la base única del

diagnóstico. Probablemente sea ésta la razón de que no se vean aquí con frecuencia aquellas demostraciones de virtuosismo radiográfico a que estamos acostumbrados en Bogotá. Es claro que éstas no están de más cuando no se descansa exclusivamente en ellas para llegar al diagnóstico de la úlcera péptica. Tampoco se observa aquí mucho entusiasmo por la radiología angustiosamente precoz en el diagnóstico de la hemorragia gastrointestinal alta.

Tratamiento.—Se desarrolla sobre las bases siguientes:

a) **Reposo** en el lecho, con insistencia en la posición horizontal, durante 2-4 semanas (los períodos más largos se refieren a casos de úlcera gástrica), ojalá en un medio diferente del doméstico. El grupo gastroenterológico del N. E. C. H. piensa que el reposo en cama es una de las pocas medidas terapéuticas de acción benéfica comprobada en el tratamiento antiulceroso.

b) **Neutralización de la acidez gástrica** mediante antiácidos y comidas frecuentes. Estas consisten, como en el cuento de la dieta del obeso, en las tomas de leche cada hora *mas* las tres comidas usuales. El contenido de estas comidas es variable de acuerdo con la severidad del cuadro clínico, pero en general sólo se excluyen los condimentos y los virtuosismos culinarios, conservando caldos, carnes, alimentos fritos, todos ellos tradicionalmente considerados tabú. El grupo gastroenterológico del N. E. C. H. piensa que las experiencias en que se basan las calificaciones de alimentos secretagogos, no-secretagogos, etc., son generalmente inconcluyentes y contradictorias, y que no autorizan a restricciones tan drásticas como las que se acostumbran. En todo caso, los resultados prácticos son muy satisfactorios, tanto desde el punto de vista de la cicatrización de la úlcera, como desde la dietética y el bienestar de los pacientes. Debo confesar, sin embargo, que al comienzo me hacía cruces al ver los pacientes de "Primera Década" engullendo chuletas de cerdo en una mesa rodeada de frascos de antiácidos y botellas de leche.

c) **Anticolinérgicos.**—Después de extensa investigación clínica (J. Lab. & Clin. Med. 43: 359, 1954), el servicio de Gastroenterología del N. E. C. H. emplea rutinariamente la belladona (a las dosis máximas tolerables), y excepcionalmente alguno de los llamados anticolinérgicos (banthine, prantal, etc.). Entre las desventajas que se anotan a estos últimos están el precio, la dificultad de manejo por parte del paciente en los tratamientos pro-

longados y la engañosa sensación de curación que suelen dar y que hace olvidar otros aspectos más importantes de la terapia antiulcerosa. Por otra parte, sus ventajas reales no serían mayores que las de la tintura de belladona.

d) **Medidas auxiliares:** — Sedantes y similares: barbitúricos solos o asociados a Miltown o al Ecuanyl, de efectos adversos importantes aún no registrados pero tampoco estudiados a fondo; nunca se administra la para estos nórdicos diabólica-icterígena Cloropromazina.

Psicoterapia: generalmente es conducida sin ayuda del Departamento psiquiátrico, pero sí con la asistencia muy eficaz del Servicio Social. Como es obvio, su acción se limita a los aspectos situacionales.

Cirugía.—Los pacientes que presentan situaciones quirúrgicas como complicación de la úlcera o presumiblemente independientes de ésta son objeto de estudio minucioso y muy individual en asociación con el Departamento quirúrgico. En términos generales, se trata de evitar decisiones quirúrgicas basadas solamente en una lista mecánica de indicaciones que no consultan todos los aspectos del problema (en dos meses fueron operados dos ulcerosos, el uno por úlcera duodenal sanguínea repetidas veces y no controlada por tratamiento médico, el otro por colelitiasis responsable de síntomas importantes. En este último caso se respetó la úlcera y sólo se hizo la colecistectomía).

“Leche pobre en calcio”.—Se utiliza en los casos de litiasis renal, hiperparatiroidismo o síndromes similares asociados. La fórmula que hasta ahora ha dado los mejores resultados:

10 claras de huevo	(Mezclar las claras de huevo con 1 va-
84 cc. de aceite de maiz.	(so de agua aprox.
188 Gm. de Lactosa.	(Aregar el aceite y Lactosa; mezclar.
1 cucharada de Vainilla	(Aregar la vainilla y agua hasta 1 bot.
Agua c. s. p. 1 botella.	(Mezclar bien.

(Esta “leche” da buenos resultados, pero tiene el inconveniente del alto costo, sin contar con el problema de la utilización de las yemas).