

COMENTARIOS A UNA ESTADISTICA DE CINCO AÑOS

por ARTURO CAMPO POSADA

La incidencia inusitada de la U. G. D. en los departamentos de Caldas y Antioquia plantea, por una parte, un problema de carácter social por el inmenso lucro cesante que representa la inferiorización para el trato de los afectados por esta dolencia, que son en su gran mayoría gentes jóvenes, sin distinción de clases sociales, y por otra parte, un problema de carácter científico para cuya elucidación se requiere el trabajo cooperativo de los institutos de alimentación, de los laboratorios biológicos, de los psicólogos y de los gastro-enterólogos, entidades e individuos que tienen el deber patriótico de emprender este estudio para buscar las soluciones científicas del problema.

Una revisión minuciosa de las teorías etiopatogénicas de la U. G. D. sólo permite llegar a soluciones confusas; pero a pesar de esto es imprescindible que ustedes nos concedan la venia de considerarlas sumariamente, porque es necesario para poder sacar algunas conclusiones útiles.

1ª—Teoría gástrica.

Konjeznny, después de estudios histológicos minuciosos de la mucosa gastro-duodenal en individuos muertos de toda clase de entidades, llegó a la conclusión de que los procesos inflamatorios de la mucosa, con erosiones superficiales, son más frecuentes de lo que el aspecto clínico había manifestado.

Estas alteraciones de la mucosa gástrica se localizan en las zonas alcalinas del estómago, o sean: el antro, la calle gástrica y el píloro, así como en el bulbo duodenal.

Cuando se realiza una gastrectomía para úlcera, siempre se encuentra la mucosa vecina, y a alguna distancia, sembrada de granulaciones congestivas con tendencia erosionante, que nos hacen pensar en la posibilidad de procesos ulcerativos crónicos que pueden aparecer en el futuro. Por fin, el interrogatorio inteligente y minucioso de todo ulceroso permite encontrar siempre un proceso dispéptico inicial que ha precedido en mucho tiempo a la aparición de la sintomatología típica de la úlcera, con excepción de los casos, muy raros por lo demás, en que la sensibilidad visceral del paciente es tan escasa, que nos da la impresión de que el primer fenómeno ha sido una gran hematemesis, por ejemplo.

Schiff, y posteriormente Leriche, en 1931, demostraron que el mucus gástrico tiene una influencia protectora definitiva sobre la mucosa y que todos los procesos que perturban su producción fisiológica traen como consecuencia la falta de esta protección natural de la mucosa gástrica y facilitan así su erosión.

Solé y Piñero, en la Argentina, después de comprobaciones anatómicas de sus investigaciones, llegan a conclusiones aún más perentorias: sostienen que la gastritis es la madre de la úlcera y que ésta se debe considerar simplemente como un epifenómeno de la gastritis, como una consecuencia final.

Esta teoría tiene en su contra dos elementos que la refutan seriamente: son los casos de sujetos alcohólicos que abusan de alimentos tóxicos, irritantes de la mucosa gástrica, del tabaco, condimentos, etc. Estas personas adquieren su gastritis hiperclorhídrica que los acompaña por largos años hasta convertirse en atrófica o aquirica, sin que jamás presenten las características del *ulcus*, ni éste se encuentre en los estudios radiológicos. En segundo término (y esto lo refuta aún más seriamente), ¿cómo pueden explicarse los innumerables casos de úlceras gastroduodenales en jóvenes de 12 a 18 años que jamás han sometido su estómago a las influencias perniciosas que producen la gastritis y que, sin embargo, aparecen más o menos bruscamente con la sintomatología del U. G. D., que el examen radiológico comprueba plenamente con la presencia de un nicho claramente visible?

2ª—Teoría hiperclorhídrica.

Es la más antigua de las teorías que tratan de explicar la aparición del *ulcus gastroduodenal*. Está basado en el hecho de que casi todos los ulcerosos poseen un acidograma alto con aumento del ácido clorhídrico libre.

Las sensaciones clínicas de agriera, con acidez notoria en muchos casos, hacen que el dolor se manifieste cuando los índices de acidez gástrica se acentúan, es decir, cuando la evacuación de los alimentos se ha terminado o se acerca a su fin, de manera que ya no existen diluyentes del jugo gástrico y éste puede ejercer su acción irritante sobre las partes lesionadas de la mucosa hasta provocar la ulceración y hacerla penetrar progresivamente. Este fenómeno acontece, de acuerdo con esta concepción, solamente en las partes del estómago donde no existen glándulas secretoras de jugo ácido-péptico, es decir en la calle gástrica que corresponde a la curva menor, antro-píloro y bulbo duodenal. Habría aquí un caso de localización de lesiones en los sitios de menor resistencia, en los que no hay defensa para la autopepsia. Contra esta teoría aboga la gran cantidad de ulcerosos en que el acidograma conserva los índices normales y aun se encuentra por debajo de ellos, y el hecho, demostrado claramente por Aschoff, de que jamás el ácido clorhídrico libre ataca una mucosa sana, es decir que para que esto suceda es necesario que factores previos cambien la anatomía y fisiología normales del tejido mucoso.

3ª—*Teoría funcional.*

Es más bien una teoría que explica el sostenimiento y progreso de las ulceraciones benignas gastro-duodenales cuando están localizadas en los sitios de gran movilidad y trabajo del estómago, que producen traumatismo de gran repetición y como consecuencia imposibilitan la cicatrización. Esta manera de pensar está reforzada por el hecho de que los dos sitios de más frecuente localización de la úlcera gástrica son: el ángulo gástrico, punto de apoyo del estómago para ejercer su peristaltismo, y la zona yuxtapilórica, en la cual está la pared de resistencia a la evacuación representada por la vertiente gástrica del píloro.

Esta teoría mecánica del *ulcus* era sostenida fervorosamente por nuestro gran maestro Lombana Barreneche, en sus clínicas de San Juan de Dios.

4ª—*Teoría infecciosa.*

Bottcher, en 1874, lanzó la teoría de que los gérmenes infecciosos podían producir la ulceración de la mucosa, bien fuera por contacto directo sobre una mucosa ya erosionada o por embolia microbiana hematógena procedente de infecciones focales a dis-

tancia. En Norteamérica esta teoría tuvo afanosos seguidores y Rosenow, el gran bacteriólogo de la Fundación Mayo, ha dedicado muchos años de su vida al estudio de los estreptococos; encontró un tipo de éstos en los tejidos vecinos al úlcus, estreptococo que, inoculado a los conejos, producía en éstos exactamente las mismas ulceraciones del estómago humano.

En apoyo de esta teoría se podrían citar las ulceraciones sifilíticas del estómago, pero, aunque no son demasiado raras, apenas podrían explicar un porcentaje mínimo de los úlcus.

De ésta, como de las teorías anteriores, sólo es dable pensar que es un factor más de los que pueden contribuir para la aparición y conservación de la úlcera gastro-duodenal.

5ª—*Teoría neurovegetativa.*

Von Bergman lanzó la teoría de que casi todos los ulcerosos gastro-duodenales padecen de un desequilibrio neurovegetativo que produce espasmos capaces de llegar a la contractura persistente y que se repiten con insistente frecuencia; estos espasmos afectan de preferencia las terminaciones arteriales de la irrigación gastro-duodenal y producen períodos de isquemia local prolongados y repetidos que originan la erosión mucosa y la úlcera necrótica consecutiva.

Por este mecanismo podría explicarse la aparición del úlcus como consecuencia de procesos infecciosos que originan la distonía neurovegetativa y el espasmo reflejo como fases iniciales de la úlcera.

6ª—*Teoría vascular.*

Esta interpretación fue lanzada por Virchow, quien la fundamentó en el hecho de que el jugo gástrico no podría atacar la mucosa del estómago en condiciones fisiológicas normales. Según esta teoría era necesario que existiera un trastorno circulatorio de manera que impidiese la neutralización del jugo gástrico por los álcalis sanguíneos.

Más tarde Hauser aseveró, como hecho imprescindible, que hubiera infarto vascular de la mucosa, con isquemia persistente, para que se presentara la erosión iniciadora del úlcus.

Sorprende, para dar validez a esta teoría, el hecho de que la U. G. D. sea una entidad que predomina en la juventud, cuando es muy raro encontrar los estados patológicos que producen tras-

tornos circulatorios obstructivos, porque éstos son casi siempre enfermedades de la edad madura y de la vejez.

7ª—*Teoría constitucional.*

Las características clínicas, de observación diaria, en los ulcerosos gastro-duodenales, demuestran que hay individuos y familias en los cuales el síndrome ulceroso se presenta con caracteres de desusada frecuencia y de persistencia desesperada, aun en casos sometidos a regímenes y tratamientos científicamente conducidos.

Todo gastro-enterólogo de intenso trabajo sabe que al revisar sus estadísticas encuentra un crecido porcentaje de pacientes que presentan antecedentes familiares de *ulcus* comprobados o de trastornos digestivos importantes, en los que probablemente un examen riguroso hubiera descubierto un síndrome ulceroso gastro-duodenal.

Hay un hecho favorable de notable alcance que hace meditar en la importancia de la teoría constitucional; son los casos, muy frecuentes, en que una gastrectomía bien ejecutada o una gastro-enterostomía realizada en su mejor y casi única indicación, la obstrucción fibrosa conjuntiva del píloro permite la reproducción en pocos meses de una úlcera que se localiza en la boca de *antrum* o en otro sitio del estómago o del yeyuno.

Un examen atento del psiquismo de estos individuos permite clasificarlos dentro de los inestables nerviosos, excitables, emocionables, con gran tendencia a la producción de espasmos del tubo digestivo y de los capilares sanguíneos.

El quimismo gástrico sufre en estos pacientes grandes variaciones, con aumentos casi explosivos de la acidez, que se presentan ante estímulos que en un individuo normal tendrían poca o ninguna influencia.

8ª—*Teoría de la carencia de aminoácidos.*

Weiss, Mann y Williamson, después de estudios experimentales en los perros por aislamiento del duodeno, que desembocan en la porción terminal del íleon, aislando así el estómago y el bulbo duodenal de la influencia de los jugos duodenales, produjeron, en 100% de los casos, úlceras graves del estómago y del bulbo, que producían la muerte de los animales en corto tiempo.

De aquí concluyeron que el reflujo duodenal al estómago,

con su enorme carga de amino-ácidos, especialmente de histidina y triptofano, neutraliza la acidez gástrica y defiende la mucosa contra la erosión, aparte de una función de vitalización directa que éstos ejercen sobre las células mucosas.

Estos hechos aclararon mucho los conceptos patogénicos del ulcus en relación a la carencia de amino-ácidos y en especial a la histidina, que pasó a hacer parte del arsenal terapéutico de la enfermedad. El ulcus humano puede ser la consecuencia de un trastorno importante en el metabolismo, que produzca la carencia de los amino-ácidos.

9ª—Teoría alérgica.

La aparición de la crisis ulcerosa con períodos de reposo a veces largamente prolongados y en muchos casos sin que haya habido una causa determinante visible, así como la observación de los ulcerosos en la práctica, que permite encontrar en la alimentación y en el consumo de tóxicos especiales alergenos casi específicos, el número considerable de casos en los cuales los síntomas de un síndrome ulceroso benigno han desaparecido con un cambio de vida, de clima, de alimentación o de varios factores conjugados, hace pensar que en su iniciación esta enfermedad puede estar influida por agresiones alérgicas variadas que desencadenan una especie de choque hemoclásico con manifestación localizada en la mucosa gastro-duodenal. Gutman, el gran maestro parisiense de patología gastro-duodenal, nos insinuaba ya, en sus magistrales conferencias de 1935 en la Salpetriere, esta posibilidad. Los norteamericanos tienen muy en cuenta este probable patogénico en sus orientaciones terapéuticas.

Reconozco que los he fatigado un poco con la repetición de estas teorías etio-patogénicas de la enfermedad ulcerosa gastro-duodenal, pero sólo teniéndolas muy presentes podremos tratar de buscar la explicación de su grande incidencia en Caldas y Antioquia para estudiar con fundamentos científicos los recursos higiénicos y terapéuticos que ayuden a la solución del problema.

La estadística que voy a presentar se refiere a cinco años de trabajo en la ciudad de Pereira, en donde me dedico a la especialidad de gastro-enterología y cirugía del aparato digestivo: los datos que ella encierra han sido llevados por mí con el mayor cuidado y sólo tienen en cuenta casos que he podido seguir durante tiempo suficiente para poder sacar conclusiones sobre la evolución de la dolencia y los resultados obtenidos.

Quise resumir en cuadro estadístico las modalidades clínicas de los 242 casos a que se refiere este estudio, para ganar tiempo y poder apreciar mejor la gama infinita de aspectos que presenta la sintomatología del síndrome ulceroso gratro-duodenal.

De los 242 casos que presento, 165 corresponden a úlceras duodenales y los 77 restantes a úlceras gástricas.

ULCERAS DUODENALES

Hombres, 142. Mujeres, 23. (165 casos).		Úlceras gástricas, 77. Hombres, 66; mujeres, 11.
Con melenas al coproanálisis	111	42
Sin melenas al coproanálisis	54	35
Con crisis de menos de 8 días de promedio	36	7
Crisis de 8 a 15 días	28	16
Crisis de 15 a 30 días	82	41
Crisis de más de 30 días	19	13
Dolor con ritmo duodenal: Dolor, Comp., Calma	92	32
Dolor con ritmo gástrico: comida, dolor, calma ..	6	25
Dolor con horario caprichoso	67	20
Con vómito	56	28
Sin vómito	109	49
Con agriera	45	63
Sin agriera	120	14
Crisis con fiebre	16	8
Crisis sin fiebre	149	69
Dolor con irradiación a la espalda	28	17
Dolor sin irradiación	137	60
Dolor epigástrico-solar	146	68
Dolor bulbo-duodenal	152	3
Con sensibilidad vesicular	48	12
Sin sensibilidad vesicular	117	65
Con reacciones serológicas, 16 — 11 2%		8

COMPLICACIONES

Con obstrucción pilórica	28	16
Sin obstrucción pilórica	137	61
Con hematemesis	45	14
Sin hematemesis	120	63
Con melenas (clínicas)	68	18
Sin melenas	97	59
Perforadas	11	2
Cancerizadas	0	15
No cancerizadas	165	62
Rayos X con nicho visible	48	77
Con bulbo deformado simplemente	117	

TRATAMIENTO

<i>Médico</i> 109	<i>Mejoría clínica</i>	<i>Sin cambios</i>	<i>Desaparición del nicho</i>	<i>Bulbo deformado</i>
Diatermia corta. Es- trógenos. Histidina. Reposo. Hidróxido de Al. Vitaminas	94	15	39	165
				<i>Úlcera Gástrica</i>
<i>Quirúrgico</i> (Úlcera duodenal)			56	39
Por obstrucción pilórica			28	16
Por gran hemorragia			2	1
Por perforación			11	2
Por fracaso del tratamiento médico o imposibilidad de hacerlo			15	5

El estudio pormenorizado de este cuadro nos permite obser-
var varios hechos protuberantes:

1º—La presencia de sangre en las heces, denunciabile al examen
químico, es un síntoma que se presenta en la gran mayoría de
los casos.

2º—La crisis ulcerosa presenta por lo regular una duración
de 15 a 30 días.

3º—El dolor con ritmo duodenal, es decir: dolor-comida-
calma-dolor, se presenta con gran frecuencia, pero existen nume-
rosos casos en los cuales el dolor adopta formas caprichosas, sin
relación con las horas de alimento. Este hecho tiene grande im-
portancia porque es una de las características clínicas más cons-
tantes en los casos en que la úlcera ha dejado de ser benigna y
presenta ya complicaciones de perivisceritis inflamatoria o adhe-
siva que compromete los órganos vecinos; entonces, el ritmo del
dolor como síntoma-guía pierde todo su valor y solamente una
exploración muy cuidadosa, con todos los medios disponibles y un
severo análisis de la anamnesis permiten llegar al diagnóstico.

4º—El vómito aparece en 56 casos de los 165 y en todos se
ha observado que corresponde a enfermos de vieja data, en los
cuales el proceso inflamatorio crónico ha producido reacción
fibrosa intensa del esfínter pilórico comprometiendo su permea-
bilidad, hecho que comprobaron los estudios radiológicos y las
piezas quirúrgicas. Sin embargo, existen algunos casos en que se
presenta el cierre pilórico espástico y en éstos sobrevienen vómi-
tos irregulares, especialmente en las horas prepanciales y sin
alimentos de retención; son vómitos difíciles de jugo gástrico.

5º—La agriera (acedías), que siempre se ha considerado como

un síntoma de importancia en la U. G. no aparece en la duodenal sino en un porcentaje reducido de casos (45), cuarenta y cinco en ciento sesenta y cinco (165), de mi estadística.

Este dato concuerda con el promedio de todos los tratadistas de gastro-enterología.

6º—La localización del dolor asume grande importancia en la úlcera duodenal: se encuentra en la zona dolorosa del bulbo que corresponde al segmento de la pared abdominal colocada en el cuadrante superior, a la derecha de la línea media y en el tercio medio de una línea que va del ombligo al arco del reborde costal anterior derecho. Esta localización del dolor la he encontrado en 152 casos de los 165 de U. D.

El dolor epigástrico central alto es extraordinariamente frecuente: 146 casos de 165, pero se presenta casi con la misma frecuencia en todas las entidades que comprometen los órganos de la región epigástrica. El plejo solar, asiento de esta zona de sensibilidad dolorosa, se irrita y se hace sensible a la presión, por todas las lesiones que afecten las terminaciones neuro-vegetativas de los órganos vecinos: hígado, vesícula, estómago, duodeno, páncreas, colon transverso. Por tanto, este dolor no tiene importancia diagnóstica.

En el capítulo de las complicaciones encontramos también algunos hechos sobresalientes:

1º—La obstrucción pilórica orgánica, definitiva, se observó en 28 casos que requirieron tratamiento quirúrgico. Este hecho demuestra la enorme importancia que tiene el diagnóstico precoz, porque toda úlcera, tratada oportunamente, cede con relativa facilidad y es muy raro que llegue a presentar ésta u otras complicaciones graves.

Los médicos generales, que pasan por alto las pequeñas fatigas epigástricas, periódicas, sin intentar los exámenes que pueden ya descubrir un *ulcus* incipiente, cometen grave falta deontológica, porque un paciente advertido de la calidad de su dolencia y de sus posibles consecuencias, se somete a las prescripciones médicas y puede vivir en condiciones perfectas de salud si adquiere los hábitos de régimen y cuidados necesarios.

2º—Las hemorragias con hematemesis se han presentado en 45 de los 165 casos y a pesar de que hubo algunas de grande intensidad, el tratamiento médico con transfusiones, plasma, coagulantes, reposo y alimentación repetida, permitieron yugular la hemorragia, con excepción de dos casos en los cuales se intervino de urgencia. En uno de ellos se ligó la arteria pilórica y se hizo

la duodenotomía para comprobar la hemostasis y en el otro se encontró una úlcera con perforación aguda y sangrando violentamente. Se ligaron los vasos y se cerró la perforación con bolsa doble. En estos dos casos se obtuvo la reposición de los enfermos.

3º—El hecho protuberante en esta estadística es la grande incidencia de las úlceras perforadas, 11 para 165, o sea un 6%. En todos estos casos se intervino dentro del tiempo necesario para lograr un buen resultado y sólo se presentó una defunción en un caso operado a las 72 horas de haberse presentado el dolor lancinante de la perforación; una peritonitis generalizada de graves caracteres dio cuenta de este enfermo.

4º—En lo que respecta a la cancerización, los datos de esta estadística concuerdan en absoluto con el apotegma establecido: la úlcera duodenal no se canceriza.

En ningún caso se encontró la degeneración cancerosa de una úlcera duodenal.

5º—En las interpretaciones radiológicas de los estudios realizados en estos enfermos, en colaboración con el radiólogo doctor Monsalve Arboleda, en los últimos meses, se aprecia claramente el hecho que Gutmann estableció como axioma: “El bulbo duodenal que ha sufrido una úlcus, jamás vuelve a adoptar su forma radiológica normal.”

Esta circunstancia la he anotado siempre en los exámenes radiológicos de control de los tratamientos y aun en enfermos que llevan varios años de bienestar, sin que hayan vuelto a presentar una crisis ulcerosa y, sometidos a un régimen, siempre he encontrado transformaciones radiológicas del bulbo duodenal, que si no son iguales a las halladas en los exámenes practicados para precisar el diagnóstico, sí son suficientes para afectar considerablemente la conformación radiológica normal del bulbo.

Este hecho reviste inmensa trascendencia con relación a la radiología de la úlcera gástrica, en la cual la desaparición del nicho es una comprobación permanente con el solo hecho de que pase la crisis ulcerosa: cuando el edema de la mucosa vecina deja de ejercer influencia profundizando el nicho y éste desaparece radiológicamente. De aquí los grandes engaños en que han caído algunos gastro-enterólogos al pensar que la mejoría clínica y la desaparición radiológica del nicho, representan la curación de la úlcera. Esta interpretación es hija de un lamentable error: ¡Confundir la úlcera con la enfermedad ulcerosa! Curar la úlcera es muy fácil, lo que no se cura jamás es la predisposición de un

individuo a ulcerarse o a romper de nuevo la cicatriz de una úlcera curada.

La diferencia que acabo de describir entre la radiología de la U. G. y la de U. D. es un hecho que debe estar siempre presente en la mente de todo gastro-enterólogo, si no quiere cometer serios errores y hacer pronósticos favorables para el futuro que pueden dar al traste con su reputación.

Úlcera gástrica.

El estudio cuidadoso del cuadro estadístico en lo que se refiere a la úlcera gástrica, permite destacar los siguientes hechos:

1º—Las úlceras denunciabiles al copro-análisis son menos constantes que en la U. D.

2º—El promedio de duración más común de la crisis ulcerosa es de 15 a 30 días, lo mismo que la U. D.

3º—El dolor con ritmo duodenal, comida-calma-dolor-comida, es más frecuente en la úlcera gástrica de lo que ordinariamente anotan los tratadistas. Esto se debe a que las úlceras gástricas del antro, en las vecindades del canal pilórico, son muy frecuentes y en ellas el mecanismo del síntoma dolor se asemeja considerablemente al de úlcera duodenal, con pequeñas diferencias en la longitud del período de calma postprandial, que es un poco más prolongado en la úlcera del duodeno.

4º—En la úlcera gástrica, como en la duodenal, son muchos los casos de horario caprichoso: aquí, como lo anoté al hablar de la lesión duodenal, este hecho se debe a las perivisceritis de las úlceras penetrantes complicadas.

5º—El vómito es un síntoma frecuente que se encuentra principalmente en las úlceras yuxtapilóricas colocadas en la vertiente gástrica del píloro y producen, por vecindad, serios trastornos en el mecanismo fisiológico evacuador del píloro.

6º—La agriera (accedías) es bastante común en la úlcera gástrica, 63 de 77 casos, pero no es tan constante como comúnmente se afirma.

7º—La fiebre en la úlcera gástrica como en la duodenal es frecuente durante el brote de la crisis ulcerosa.

8º—El dolor epigástrico solar es en la úlcera gástrica de una constancia casi total. La vecindad del plejo solar a la curva menor del estómago, hace que su irritación dolorosa sea muy constante y que este síntoma sea tan claramente denunciabie a la presión.

9º—La sensibilidad vesicular es menos frecuente que en la úlcera duodenal: se explica porque la perivisceritis de vecindad, que compromete tan frecuentemente el funcionamiento vesicular en la úlcera duodenal, se presenta en la úlcera gástrica un poco más distante de la vesícula y de sus canales excretores.

10—La obstrucción pilórica, en 16 casos de 77, demuestra que la posición yuxta-pilórica del ulcus gástrico es muy frecuente, porque es este tipo de úlcera el que más comúnmente se complica de obstrucción. Las úlceras del ángulo, y aun las de la porción vertical de la curva menor, pueden llegar a producir las por retracción exagerada de la curva menor, que lleva el píloro hacia el cardias y complica extraordinariamente la sintomatología y la gastrectomía cuando ella se impone.

11—La hemorragia en la úlcera gástrica presenta aproximadamente la misma frecuencia que en la U. D.

12—Sólo se encontró la perforación en dos casos de los 77; en ambos la intervención quirúrgica oportuna salvó la vida de los enfermos.

Quiero informarles que en uno de ellos me aventuré a practicar la gastrectomía por la técnica de Finsterer, en vista de que la perforación se diagnosticó casi inmediatamente y el enfermo se operaba dos horas después. No hubo complicaciones post-operatorias especiales.

Úlceras cancerizadas.

Este capítulo presenta importancia de tanta monta que ha sido objeto de extensas publicaciones y discusiones violentas en diferentes congresos de gastro-enterologías. La cancerización de la úlcera gástrica presenta, en la estadística objeto de este estudio, una incidencia que corresponde aproximadamente a la que presentan distintos autores. Esta circunstancia, comprobada ahora entre nosotros, porque no tengo conocimiento de otra publicación colombiana en este sentido, demuestra que debemos exagerar la vigilancia clínica y radiológica de los ulcerosos gástricos que se someten a nuestros tratamientos, porque solamente así tendremos oportunidad de intervenir a tiempo para salvar una vida de la evolución inexorable de un proceso canceroso.

René A. Gutmann, en sus geniales investigaciones sobre este proceso, nos decía casi diariamente: “La cancerización de la úlcera hay que buscarla en las radiografías con la pasión del artista que presiente imágenes donde los demás no ven casi nada.”

Solamente así la mano del cirujano podrá llegar a extirpar el carcinoma gástrico y dar las seguridades de una gastrectomía oportuna.

De acuerdo con el esquema del mismo Gutman, la cancerización de U. G. se distribuye según la localización del úlcus, tomando como base de incidencia índices de 0 a 3, así:

En la porción vertical, es decir, del ángulo al cardias: 0.

En el ángulo gástrico: 1.

En la porción horizontal, entre la estrechez antral y el ángulo: 2.

En el antro: 3.

En el canal pilórico: 2.

En el bulbo duodenal: 0.

Corresponde en este asunto al radiólogo una responsabilidad inmensa, porque tiene la obligación de precisar los signos radiológicos precoces del carcinoma gástrico, y al gastro-enterólogo y al cirujano una responsabilidad no menor por el deber en que están de tener conocimientos tan profundos sobre radiología gástrica como el radiólogo y porque ante sus ojos se puede estar realizando una transformación maligna de una úlcera que es necesario parar en su evolución.

No una sino muchas veces tuve la suerte de presenciar en el servicio del profesor Gosset, en la Salpêtrière, el hecho de que el gran cirujano dijera a Gutmann, con el estómago del paciente en las manos: "No encuentro anomalía ninguna." Y Gutman respondía: "Haga la gastrectomía bajo mi responsabilidad."

El estudio histo-patológico de la pieza daba siempre la razón a Gutmann.

Es cierto que los signos radiológicos y clínicos de un carcinoma gástrico que apenas se inicia son muy sutiles y de difícil interpretación, pero la gran responsabilidad que este hecho encierra obliga a ser un poco audaz en las interpretaciones radiológicas y clínicas y en los procedimientos quirúrgicos.

Quiero apenas resumir los signos de presunción de cancerización de la úlcera gástrica, porque este tema puede ser motivo de varias conferencias.

1º—Clínicamente toda úlcera que esté localizada en las zonas cancerígenas del estómago y que no cede al tratamiento médico de prueba debe tenerse como sospechosa de degeneración maligna y observarla con escrúpulo clínico y radiológicamente.

2º—Toda úlcera de las zonas cancerógenas que no se modifica radiológicamente, a pesar de la mejoría clínica, es sospechosa.

3º—Todo ulceroso que empieza a desnutrirse y anemiarse, si la úlcera está en zona cancerígena, es sospechoso.

4º—Todo nicho que presente rigideces de la pared gástrica a su alrededor, aunque no sean muy claras, es sospechoso.

5º—Todo nicho que presente el menisco de Kirkle es de innegable generación maligna. El bario rueda por la curva menor al fondo del nicho y queda aislado constantemente por un menisco rígido.

6º—Todo nicho en *meseta* triangular o incrustado demuestra que hay una rigidez de la mucosa vecina que puede ser cancerosa.

7º—Todo nicho que no duele a la exploración bajo la pantalla, es sospechoso.

No esperar jamás las imágenes lagunares del carcinoma gástrico y los signos clínicos de las clásicas, porque ya no tiene objeto saber que ese paciente tiene una úlcera cancerizada inoperable.

Tratamientos.

El tratamiento médico que se ha hecho en todos los casos se podía resumir, sintetizando, en los siguientes elementos fundamentales:

A.) Durante la crisis:

1º—Régimen láctico exclusivo por dos semanas, tomando hidróxido de aluminio o un polvo alcalino, pero con elementos lo menos absorbibles que sea posible, para evitar la alcalosis.

2º—Diatermia de onda corta en sesiones de 15 a 20 minutos por día, hasta que cesen los fenómenos inflamatorios agudos.

3º—Estrógenos a dosis de 5.000 U. cada 48 horas, por vía intramuscular.

4º—Histidina al 4%: 5 c. c. cada 48 horas, por vía intramuscular.

5º—Vitaminas completas, dando preferencia a la vitamina C, por cualidades defensivas comprobadas contra la erosión mucosa.

6º—Reposo físico y mental. Esta medida es de carácter fundamental en el tratamiento de todo ulceroso y sin ella es casi imposible hacer ceder una crisis ulcerosa y mucho menos mantener al enfermo en condiciones que lo dejen exento de la reincidencia inflamatoria aguda.

7º—Suprimir los tóxicos y excitantes de la mucosa gástrica y del sistema nervioso: café, tabaco, alcohol, té y sal.

El tratamiento de fondo para mantener la mucosa gastro-duodenal libre de nuevas inflamaciones se ha basado en estas medidas cardinales:

1º—Reposo mental y físico.

2º—Alimentación muy blanda, bien cocida y frecuente.

3º—Un neutralizante del ácido clorhídrico a base de sustancias inertes que no produzcan alcalosis.

4º—Vitaminas totales, que suplan las deficiencias del régimen y estimulen el proceso de granulación cicatricial de la mucosa.

En toda úlcera benigna, no complicada, si se logra mantener al paciente dentro de estas circunstancias de vida, se habrá obtenido la curación clínica que permita al individuo llevar una vida normal y rendir un trabajo intelectual o material que no le inferioriza para la vida.

Tratamiento quirúrgico.

Este tema del tratamiento quirúrgico está ya por fortuna suficientemente definido por la experiencia y por todos los investigadores. Las indicaciones quirúrgicas de la úlcera gastro-duodenal son cuatro:

1º—Obstrucción pilórica persistente.

2º—Perforación.

3º—Grandes hemorragias con peligro inminente, a pesar de la acción del plasma, transfusiones y coagulantes.

4º—Signos de degeneración cancerosa.

A estas cuatro indicaciones indiscutibles se pueden agregar las que resultan de úlceras que no ceden a pesar del tratamiento debidamente instituido y los pacientes que por variadas circunstancias de su vida no pueden tratarse con todos los elementos necesarios para su curación clínica.

Este último concepto tiene grandes modalidades porque, y cabe aquí repetir el criterio fundamental que ya dijimos: “Curar la úlcera es fácil, lo que no se cura es la enfermedad ulcerosa”. De suerte que todo operado de úlcera gastro-duodenal, así sea por gastrectomía amplia con supresión de las zonas ulcerígenas gastro-duodenales, debe continuar llevando un género de vida que le evite la aparición de nuevos procesos ulcerosos en el segmento gástrico o en el yeyuno.

En lo que respecta a la conducta quirúrgica adoptada en los casos operados de esta estadística, simplemente diré que la gastro-yeyunostomía se practicó exclusivamente en 29 casos de obstrucción pilórica fibrosa por úlceras duodenales yuxta-pilóricas; en los 53 casos restantes se practicó la gastrectomía siguiendo la técnica de Hoffmeister Finsterer, que se logró realizar en todos ellos.

Sobre este tema de las indicaciones quirúrgicas de la úlcera gastro-duodenal y de los procedimientos que deben seguirse, me prometo presentar un trabajo en próxima oportunidad.

Interrogantes.

¿Cuál es la causa de la enorme incidencia de la úlcera gastro-duodenal en Caldas y Antioquia?

1º—¿La ansiedad de la raza antioqueña determinada por el complejo de ambición ancestral para dominar rápidamente el medio en la lucha por la vida y su inconformidad insaciable, mantienen en los individuos de esta raza una distonía neuro-vegetativa persistente, con todas sus fatales consecuencias, sobre el mecanismo fisiológico gastro-duodenal y son causa de úlceras?

2º—¿La helmintiasis intestinal, tan generalizada en las regiones cafeteras de Antioquia y Caldas, es un factor que contribuye a desencadenar los fenómenos premonitores de la ulcerización?

3º—¿La alimentación recargada de maíz en todas sus formas culinarias y de otros elementos de escaso valor nutritivo, puede contribuir al empobrecimiento nutritivo de la mucosa gastro-duodenal y ser factor de importancia para provocar la erosión de la mucosa y la úlcera consecutiva?

Estas son, apreciados colegas, las conclusiones muy sumarias que he podido extraer del estudio de mi archivo de historias clínicas en 5 años de trabajo.

El tema es de tal importancia científica y social que impone la necesidad de investigaciones prolongadas, minuciosas, en las cuales prometo cooperar con mis escasas capacidades. Si este estudio, que apenas esboza un tema de tanta categoría, ha servido para despertar la inquietud del cuerpo médico y de los investigadores, por tratar de aclarar la infinidad de puntos oscuros que encierra en sus múltiples aspectos, habré cumplido con mi propósito.

BIBLIOGRAFIA

René A. Gutmann. *Les syndromes douloureux de la region epigastrique*. G. Doin, 1937. París.

Oviedo Bustos. *Úlcera gástrica y duodenal*. Buenos Aires, 1938.

Lewis: *Practice of Surgery*. Hagerstown. Mariland. 1944.

Bassler. *Diseases of the stomach and the Upper Allimentary Tract*.

Spivac. *The surgical technique in adbdominal operations*. 1940.

Balfour D. C. *Surgical management of gastric ulcer*. Ann of Surgery. 74-440 21.

Doctor Julio Zuloaga. *Cáncer del estómago y gastrectomía en el departamento de Caldas*. Asamblea médica de Caldas. 1940.

Arturo Campo Posada. *Tratamiento de prueba en el diagnóstico diferencial de las afecciones gastro-duodenales y del sistema biliar*. Asamblea médica de Caldas. 1940.