

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Revisión de 71 Casos Operados por Lesión Gástrica o Duodenal

TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA
DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA POR

RODOLFO DURAN AYALA

Ex-Interno de los siguientes Servicios del Hospital General: 2a. Sala de Maternidad; 4a. Sala de Medicina de Hombres; Sala de Oftalmología de Mujeres; Sala de Cirugía de Niñas; Ex-Interno de la Sala de Oncología del Hospital San José y de la Sala de Cirugía de Hombres del Hospital San Vicente; Ex-Asistente de Residente, por oposición, del Servicio de Emergencia del Hospital General; Ex-Practicante de las Clínicas de Cirugía General, Cardiología y Dermatología de la Consulta Externa del Hospital General. Ex-Miembro de las Directivas de la Asociación de Estudiantes de Medicina, de la Juventud Médica y de la Asociación de Médicos y Practicantes Internos del Hospital General.

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, MAYO DE 1955

REVISION DE 71 CASOS OPERADOS POR LESION GASTRICA O DUODENAL

Introducción

El carcinoma del estómago sigue siendo uno de los procesos malignos de pronóstico más sombrío, no obstante la continua lucha que contra ésta enfermedad se ha mantenido. Es causante aproximadamente de la mitad de todas las muertes por cáncer.

Por otra parte, las lesiones benignas de este órgano se encuentran tan ligadas al carcinoma, en sus fases iniciales, que no se puede tener la certeza clínica, de los límites entre unas y otras lesiones por lo cual se debe ser radical en el tratamiento de aquellas para disminuir aunque sea en parte la incidencia de éstas.

MATERIAL Y METODO

Se estudiaron 71 casos de Lesión Orgánica Gástrica o Duodenal, en pacientes de la Primera Cirugía de Mujeres del Hospital General de Guatemala, ingresados de Enero de 1951 a Febrero de 1955.

Se estudiaron los casos tomando en cuenta: historia, examen físico, resultados de laboratorio, hallazgos radiológicos, record operatorio, postoperatorio inmediato y en los que fué posible: evolución y control postoperatorio subsiguiente y resultado anatomo-patológico.

No podemos sacar conclusiones en lo relacionado con el sexo, por haberse efectuado el estudio en una sala de mujeres.

PRIMERA PARTE

ANALISIS DE LOS CASOS

A) ENFERMEDADES ENCONTRADAS.

Las lesiones orgánicas descubiertas y diagnosticadas en los 71 casos, están distribuidas así:

Ulceras	27	casos	38.02%	gástricas: 21
				duodenales: 6
Adenocarcinomas	43	"	60.56%	
Sarcoma	1	"	1.40%	

Hubo 1 caso de pólico gástrico, pero como al examen microscópico se descubrieron células neoplásicas, se incluyó entre los adenocarcinomas.

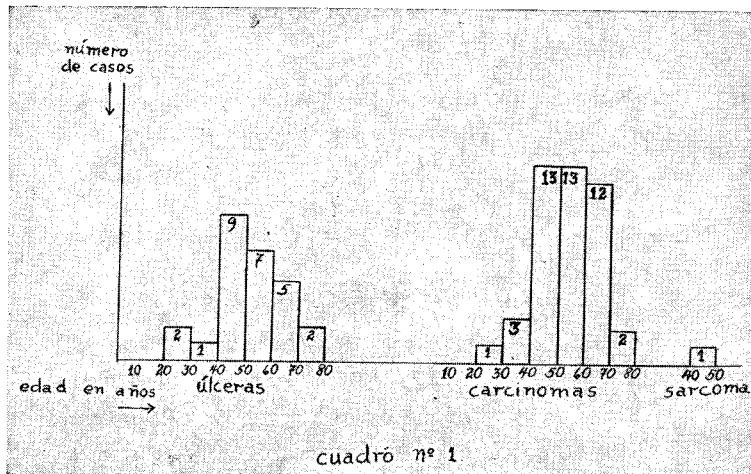
B) EDAD.

La mayor incidencia de úlcera se encontró entre 40 y 60 años de edad. Edades límites: 28 y 75 años.

La mayor incidencia de adenocarcinoma fue observada entre 40 y 70 años de edad, con edades límites de 26 y 80 años.

El caso de sarcoma se observó en una paciente de 45 años.

El siguiente cuadro expone gráficamente la distribución de los casos por edades:



C) TIEMPO DE EVOLUCION.

Un dato interesante y que concuerda con los recabados por otros autores, es el tiempo que los pacientes han venido sufriendo al presentarse a consultar.

La historia más corta era de 1 mes.

Cuatro pacientes habían padecido 25 años, tiempo que nos hace pensar en el discutido asunto de la degeneración carcinomatosa de las úlceras, ya que es imposible atribuir la sintomatología, desde el principio, al tumor encontrado en la operación.

	Ulcera gástrica	Ulcera duodenal	Cáncer
1 a 6 meses	2	1	24
6 meses a 1 año	2	1	5
2 años	2	—	2
3 años	2	2	5
4 años	4	—	4
5 años	2	1	—
6 años	2	—	—
7 años	1	—	—
8 años	—	—	—
9 años	1	—	—
10 años	3	—	—
15 años	—	1	—
16 años	1	—	—
25 años	—	—	4

Como puede verse, en los casos de úlcera el 22.22% de las pacientes tenían historia de menos de 1 año, en tanto que en los casos de cáncer gástrico esta incidencia ascendió al 61.35%.

D) SINTOMAS Y SIGNOS.

1.—DOLOR.

El dolor fué indudablemente el síntoma predominante en todas las pacientes de nuestra serie.

Se encontró en todos los casos con diagnóstico de úlcera, dando pues, una incidencia de 100%, tanto en las gástricas como en las duodenales.

Lo acusaron 36 de las pacientes con diagnóstico de carcinoma del estómago, dando una incidencia de 83.72%.

La paciente de sarcoma del estómago se quejó de dolor.

De las 21 pacientes con úlcera gástrica, 18 refirieron el dolor entre media hora y 2 horas después de la ingestión de alimentos y casi todas referían alivio con la ingestión de alcalinos o al vomitar.

Las 6 pacientes con úlcera duodenal refirieron el principio del dolor más tardeamente después de la ingestión de alimentos y solo en 1 caso hubo alivio con el vómito.

En los 27 casos de úlcera el dolor fue de localización epigástrica principalmente; en 8 casos con irradiaciones diversas al resto del abdomen.

En los casos de carcinoma del estómago el dolor fué de caracteres menos definidos y sin ritmo. Si bien es cierto que casi todas lo referían al epigastrio especialmente, en la mayoría había irradiaciones a todo el abdomen. Es de notar que al principio de su enfermedad se aliviaban con la ingestión de substancias alcalinas pero posteriormente desapareció ese efecto favorable.

En los 7 casos que no presentaron dolor, los síntomas principales fueron: anorexia, vómitos y pérdida de peso.

2.—VÓMITOS.

Los vómitos fueron en su mayoría alimenticios, postprandiales, salvo en algunos casos en que fueron de carácter ácido o bilioso. Se presentaron en 13 de los casos de úlcera gástrica (61.90%), en 2 con úlcera duodenal (33.33%) y en 36 de las pacientes de carcinoma (38.72%).

3.—NAUSEA.

En la mayoría de los casos precedía a los vómitos, pero hubo pacientes que solo presentaron uno de los dos síntomas, por lo cual se analizan separadamente. Se presentó en 11 (52.38%) de las pacientes con úlcera gástrica; en 3 (50%) de las que padecían de úlcera duodenal y en los casos de neoplasia, en 31 ó sea el 72.09%.

4.—PERDIDA DE PESO.

Se encontró con mucho mayor incidencia y en tiempos de evolución mucho más cortos en los casos de carcinoma que en los de úlcera. Solo se tomaron en cuenta los casos con disminución considerable, haciéndose caso omiso de las variaciones mínimas.

Fue observada en 8 pacientes con úlcera gástrica, (38.09%), en 2 con úlcera duodenal, (33.33%) y en 33 con neoplasia (76.74%).

La pérdida de peso en las pacientes con úlceras puede atribuirse a síndrome de estenosis pilórica que fue descubierto en 5 de ellas radiológicamente manifestándose por presencia de líquido en ayunas; además algunas de estas pacientes acusaron anorexia.

Los casos de mayor pérdida de peso se observaron entre las enfermas de cáncer, una paciente refirió haber perdido 40 libras en término de 5 meses, se le comprobó un carcinoma inoperable del estómago; otra dijo haber disminuido 30 libras en 2 meses, se le comprobó también un carcinoma inoperable, y la enferma que presentó el linfosarcoma del estómago refirió haber perdido 25 libras en 1 año.

5.—ANOREXIA.

También se halló con más frecuencia en los casos de neoplasia que en los de úlcera. Estuvo presente en 24 casos (55.80%) de neoplasia gástrica, en 7 (33.33%) de úlcera gástrica y en 1 (16.66%) de úlcera duodenal.

6.—ESTREÑIMIENTO.

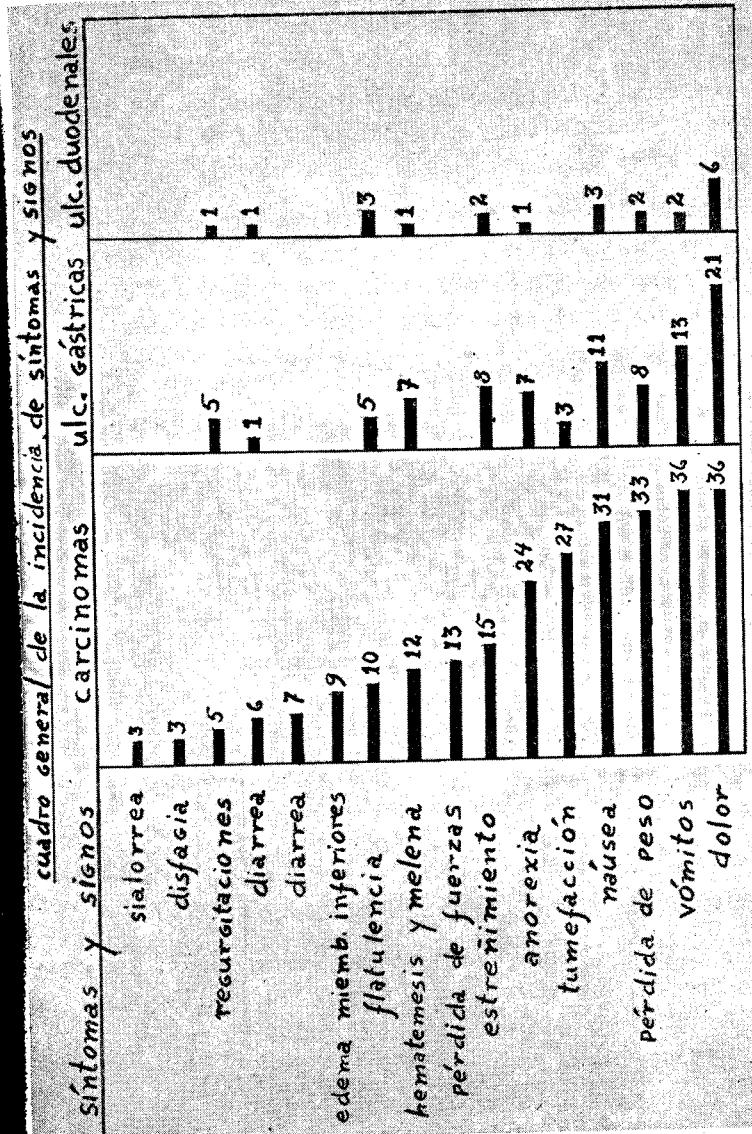
Ocho de los pacientes con úlcera gástrica (38.09%) acusaron este síntoma, así mismo 2 de las de úlcera duodenal (33.33%). En los casos de cáncer se presentó, generalmente alternando con crisis de diarrea, en 15 o sea el 34.88% de las enfermas con lesión maligna.

7.—HEMATEMESIS Y MELENA.

Este es un dato que muchas veces fue dado con duda de interpretación de las enfermas, por lo cual no puede dársele crédito absoluto. Fue referido por 7 pacientes con úlcera gástrica (33.33%), 1 paciente con úlcera duodenal (16.66%) y por 12 pacientes con carcinoma, (27.09%).

8.—TUMEFACCION ABDOMINAL PALPABLE.

Se observó en 27 enfermos con carcinoma (62.79%) y en 3 con úlcera gástrica, (14.28%), en estos últimos casos pudo haber sido un error de interpretación al practicar el examen físico. Fueron encontradas 24 en el epigastrio, 5 en el hipocondrio izquierdo y 1 en el hipocondrio derecho.



cuadro nº 2

E) EXAMENES DE LABORATORIO.

1.—ANEMIA.

Analizamos a continuación los recuentos de los glóbulos rojos y las dosificaciones de hemoglobina de los diferentes casos, tanto de úlceras como de carcinomas.

Hay que hacer notar que los valores tomados en cuenta son los que alcanzaron las enfermas con las medidas preoperatorias que les fueron instituidas, siendo los niveles a su ingreso marcadamente más bajos.

Los recuentos de glóbulos rojos fueron los siguientes:

	2-3 millones	3-4 millones	4-5 millones
úlcera }			
} (27 casos)	3	10	14
cáncer }			
} (44 casos)	3	29	12

Como puede verse solo en 6 de los 71 casos el recuento arrojó una cifra de menos de 3 millones.

El 48.14% de las pacientes con úlcera tenían menos de 4 millones, en los casos de cáncer, el 72.72% tenían menos de 4 millones.

La cifra mínima encontrada fue de 2.080,000.

La hemoglobina se encontró por debajo de 11.5 gramos solamente en 6 de los 71 casos, casi todos oscilaron entre 12 y 15 gramos.

Es obvio el mayor porcentaje de anemia que presentaron las lesiones neoplásicas del estómago y se hace más espectacular al recordar que el tiempo de evolución en estos casos es siempre menor que en los de lesiones benignas.

2.—PROTEINAS TOTALES EN LA SANGRE.

	4-5 Grs.%	5-6	6-7	7-8
Lesiones benignas}				
} (27 casos)	2	3	8	11
Lesiones malignas}				
} (44 casos)	—	5	18	14

La hipoproteinemia no fue un síntoma tan frecuente como la anemia.

3.—ACIDEZ GASTRICA.

Este examen se practicó en 25 enfermas con diagnóstico de carcinoma del estómago y en 20 enfermas con diagnóstico de úlcera gástrica o duodenal. Todas se efectuaron por el método de comida de prueba de Ewald. En los casos de úlcera, la acidez total encontrada con más frecuencia osciló entre 40 y 50 grados. En los casos de carcinoma gástrico la acidez total más frecuentemente encontrada fluctuaba entre 20 y 30 grados. Siempre se tomó en cuenta el acmé de cada curva.

Es de notar que en los casos de neoplasia gástrica, la acidez libre se encontró de 0 grados en 19 de los 25 casos (76%), mientras que en los casos de úlcera solo se encontró en 2 (10%), con anaclorhidria.

Grados de acidez	Ulcera gástricas y duodenales			Carcinomas		
	Número de casos		Número de casos	Número de casos		Número de casos
	Ac. Libre	Ac. Total		Ac. Libre	Ac. Total	
0—10	2	1	19	—	—	—
10—20	1	—	2	4	—	—
20—30	5	2	—	6	—	—
30—40	2	2	2	2	—	—
40—50	3	4	1	3	—	—
50—60	2	1	—	4	—	—
60—70	3	3	1	2	—	—
70—80	—	2	—	2	—	—
80—90	—	1	—	2	—	—
90—100	—	—	—	—	—	—
100—110	2	2	—	—	—	—
110—120	—	1	—	—	—	—
160—170	—	1	—	—	—	—

F) EXAMENES RADIOLOGICOS.

Se revisaron los exámenes radiológicos de 57 de los 71 casos (80.28%) y los resultados fueron los siguientes:

Estómagos con signos radiológicos de neoplasia	28	45.61%
Ulcera gástrica	12	21.05%
Ulcera duodenal	5	—
Ptosis gástrica	5	—
Gastritis	4	—
Estómago y duodeno normales	3	—

En 18 casos se encontró asociado al defecto anatómico: retención gástrica, líquido en ayunas y vaciamiento retardado.

Algunas de las pacientes fueron examinadas radiológicamente más de una vez, aquí hemos tomado en cuenta solo los informes más concluyentes.

En 2 casos se informó poliposis gástrica, habiéndose confirmado el diagnóstico en uno; en el otro se encontró un carcinoma gástrico.

En 5 casos informaron un cuadro de estenosis pilórica.

A casi todas las pacientes se les practicó examen radiológico de tórax, solo en un caso informaron sombras sospechosas de metástasis.

A las enfermas con sospecha de patología biliar les fue practicado colecistograma; 3 fueron reportadas como vesículas invisibles sin que se hayan confirmado cálculos en ninguna de ellas, ni otra causa obstructiva local.

G) DIAGNOSTICO.

El diagnóstico clínico de cáncer del estómago se hizo en 40 casos de los 43 que fueron confirmados en la presente serie, (93.02%).

En 3 casos se hizo diagnóstico de poliposis gástrica, dos de los cuales eran carcinomas y el otro, un pólipos gástrico con células precancerosas.

El diagnóstico clínico de úlcera gástrica se hizo en 18 casos, (85.71%) de los 21 que se confirmaron. 2 de los 6 casos encontrados de úlcera duodenal, (33.33%) fueron diagnosticados clínicamente.

Errores diagnósticos:

En 1 caso se diagnosticó úlcera gástrica clínicamente y se comprobó una neoplasia pilórica estenosante, que presentó caracteres de linfosarcoma al examen anatopatológico.

En 2 casos se diagnosticó cáncer del estómago y se encontró úlcera duodenal en vías de cicatrización en uno y úlcera gástrica en el otro.

En 2 casos se diagnosticó úlcera duodenal y se encontró úlcera gástrica en ambos.

En 2 casos se diagnosticó úlcera gástrica y se encontró úlcera duodenal en ambos.

En 2 casos se diagnosticó úlcera gástrica y se encontró proceso carcinomatoso en ambos.

En 1 caso se diagnosticó colecistitis crónica calculosa tanto clínica como radiológicamente y se encontró úlcera duodenal con vesícula biliar normal.

H) ANATOMIA PATHOLOGICA.

1.—ULCERA GASTRICA.

Macroscópicamente se localizaron las lesiones en:

Curvatura menor	9	42.85%
Cara posterior	6	28.57%
Región pilórica	3	14.28%
Cara anterior	1	4.76%
Sin especificar situación	1	

Microscópicamente: fueron reportadas como úlceras simples sin ninguna evidencia de degeneración maligna.

Hubo dos casos de úlceras gástricas que microscópicamente tenían las características del carcinoma, por esta razón en este estudio se han incluido entre las neoplasias gástricas en todos los análisis.

En uno de estos casos se trataba de una enferma de 45 años, con enfermedad de 4 años de evolución, con historia de dolor epigástrico postprandial, anorexia, enfraquecimiento y una hematemesis. Se encontró úlcera a 3.5 cms. del piloro con aspecto maligno macroscópicamente. Microscópicamente: Adenocarcinoma mucoide grado II.

El otro caso se presentó en una enferma de 43 años que había sufrido dolor epigástrico postprandial irradiado al flanco izquierdo que se cliviaba con la ingestión de leche; además: náusea, vómitos, estreñimiento y pérdida de peso (15 lbs). Tiempo de evolución 3 años. En este caso se encontró úlcera gástrica situada en la cara posterior cerca de la curvatura menor, no se sospechó malignidad pero microscópicamente se pudo comprobar la presencia de un carcinoma.

Como puede verse en el análisis de la sintomatología de nuestra serie de enfermas, los casos de úlcera gástrica o duodenal no presentaron pérdida de peso marcada.

2.—CANCER DEL ESTOMAGO.

Macroscópicamente: según su localización y grado de invasión se pueden agrupar así:

Piloro y región prepilórica	10
Curvatura mayor	5
Cardias	2
Cuerpo del estómago	7

Las metástasis se encontraron distribuidas así:

Al hígado	10
Al epiplón	7
Al mesocolon	3
A los órganos pélvicos	2
Generalizadas	8

Microscópicamente:

Adenocarcinoma del estómago	33	casos
Adenocarcinoma del cardias	1	"
Pólipo gástrico sesil con zonas pre-cancerosas	1	"
Carcinoma secundario del estómago con primario en vesícula o colon	1	"
Ulcera gástrica con proceso carcinomatoso	2	"
Proceso inflamatorio crónico y Linfosarcoma	1	"

El diagnóstico anatomo-patológico se hizo:

Por biopsia hepática	8	casos
Por biopsia de epíplón	7	"
Por biopsia de ganglio mesentérico	1	"

En el resto se hizo en la pieza operatoria.

En 15 informes de Anatomía Patológica se incluyó el grado de malignidad del tumor. Esta se presentó con la incidencia siguiente:

Grado II	4	casos	26.66%
" III	4	"	26.66%
" IV	7	"	46.66%

I) TRATAMIENTO:

Se efectuaron 69 celiotomías (2 de los 71 casos estudiados no se operaron, el diagnóstico definitivo se hizo por autopsia).

Todas las úlceras, tanto gástricas como duodenales fueron casos operables 27 100%

Los casos de neoplasia gástrica se encontraron:

Operables	28	63.63%
Inoperables	14	31.81%

Tipos de operaciones practicados

1.—En úlceras gástricas:

Gastrectomía subtotal Polya, antecólica	11
Gastrectomía subtotal Billroth I	3
Gastrectomía subtotal Billroth I con injerto de yeyuno	2
Gastrectomía subtotal Schoemaker	2
Gastrectomía subtotal Hoffmeister-Finsterer	2
Operación de Sommerville	1

Operaciones concomitantes:

En 1 caso esplenectomía y pancreatectomía parcial.
En 1 caso ooforectomía parcial izquierda.

2.—En úlceras duodenales:

Gastrectomía subtotal, Polya antecólica	2
Gastrectomía subtotal Billroth I	1
Gastroenteroanastomosis Wolfler	1
Gastrectomía exclusiva de Devine	1
Piloroplastía Finney-Haberer	1

En 3 casos se hizo vagotomía concomitantemente.

3.—En neoplasias gástricas:

Laparotomía exploradora y biopsia	13
Toracotomía exploradora y biopsia	1
Gastrectomía subtotal Polya	13
Gastrectomía exclusiva de Devine	4
Gastrectomía subtotal Billroth I	1
Gastrectomía subtotal Billroth I con injerto de yeyuno	1
Gastroenteroanastomosis	2
Gastrotomía y escisión local	1
Gastrectomía total	1
Esofagogastrrectomía	1
Yeyunostomía (Witzel)	1

Operaciones concomitantes:

Colectomía parcial transversa	4
Hepatectomía parcial	3
Esplenectomía	2
Pancreatectomía parcial	1
Ooforectomía derecha	1

En general, las operaciones por neoplasia gástrica fueron:

Exploraciones	14	33.33%
Paliativas	8	19.04%
Curativas	20	47.61%

Cuatro casos de carcinoma del estómago se reoperaron secundariamente:

En un caso: "Second Look" a los 8 meses de haber practicado una gastrectomía subtotal, Polya, se encontró buena boca anastomótica, sin signos de invasión. Biopsia negativa.

Una laparotomía exploradora y biopsia a los 9 meses de la primera operación, encontrándose metástasis múltiples.

2 casos de obstrucción intestinal parcial a nivel del íleon por metástasis al año de la primera operación. En ambos casos se efectuó una resección intestinal con anastomosis término-terminal.

Complicaciones postoperatorias en las 72 operaciones:
Dehiscencias de la pared 3 (4.1%); cerradas secundariamente.
Atelectasia pulmonar 2; resultados satisfactoriamente.
Fístulas de la incisión 2; cerraron con tratamiento local.
Fístula duodenal 1; cerrada secundariamente a satisfacción.
Tromboflebitis del miembro inferior derecho 1; cedió al tratamiento.

Shock postoperatorio 2, 1 fatal, el otro resuelto favorablemente.

Bronconeumonía 1; falleció la enferma.

Reacción por transfusión incompatible 1; falleció la enferma.

dJ) EVOLUCION. TIEMPO DE SOBREVIDA.

Como es sabido por todos, en nuestro país es muy difícil efectuar el control de la evolución postoperatoria de los pacientes, por lo menos en el medio hospitalario.

En la presente serie, los controles postoperatorios que se pudieron efectuar en los casos de carcinoma gástrico fueron:

1 año	1 caso
1 año 1 mes	3 casos
1 año 2 meses	2 casos
1 año 6 meses	1 caso

Entre 8 y 10 meses	6 casos
Entre 1 y 6 meses	7 casos
Sin control postoperatorio	7 casos

En las pacientes de úlcera, los controles fueron:

1 año	1 caso
1 año 6 meses	3 casos
1 año 10 meses	1 caso
2 años 2 meses	1 caso
Entre 1 y 7 meses	15 casos
Sin control postoperatorio	4 casos

En las enfermas que se presentaron a controles postoperatorios, (follow-up), se observó:

	Ulcera gástrica	Ulcera duodenal	Cáncer
Sin complicaciones	3	1	9
"Dumping" moderado	4	4	—
Dolor epigástrico	7	—	2
Flatulencia	3	—	1
Pérdida de peso	1	—	4
Náusea	2	—	2
Anorexia	—	—	3
Palpitaciones	1	1	—
Diarrea	—	—	1

En ningún caso llegaron estos trastornos a producir invalidez de los pacientes, todas se sostenían sin molestias cumpliendo con sus regímenes dietéticos, evitando excesos y con reposo posprandial.

SEGUNDA PARTE

DISCUSION

1) ENFERMEDADES ENCONTRADAS:

En nuestra serie, hemos encontrado las lesiones malignas del estómago con una incidencia bastante mayor que las lesiones benignas. De las lesiones orgánicas malignas se encontraron 43 carcinomas y solo 1 caso de linfosarcoma gástrico, lo cual da una incidencia de 2.2% coincidiendo con Taylor quien establece que 1 ó 2% de las neoplasias gástricas son del tipo sarcomatoso.

Respecto a las úlceras gastroduodenales todos están acordes en la preponderancia de las duodenales sobre las gástricas, pero siendo nuestros casos considerados solamente desde el punto de vista del tratamiento quirúrgico, es lógico que haya habido mayoría de úlceras gástricas, ya que las duodenales pertenecen en un 90% al internista.

2) E D A D.

En nuestros casos la mayor incidencia de úlceras se observó entre 40 y 50 años de edad; Cutler, Zollinger y Bailey dán como edad de máxima incidencia entre 30 y 40 años; las cifras encontradas por nosotros coinciden con las reportadas por Wallensten y Gothman en una serie de 364 pacientes. Rauch encontró como edad promedio 50.1 años.

En nuestros casos de adenocarcinoma gástrico encontramos la máxima incidencia entre 40 y 60 años coincidiendo exactamente con las cifras mencionadas por Balfour; sin embargo, otros autores refieren cifras de mayor incidencia entre 50 y 70 años.

3) TIEMPO DE EVOLUCION.

Siempre se tiene presente que en general, historia corta es de lesión maligna e historia larga es de lesión benigna. En nuestros casos la historia de los pacientes de úlcera fue de más de 2 años en el 74%, en tanto que de los casos de adenocarcinoma, solo el 29% tenían historia de más de 2 años de duración.

Según Rauch la historia promedio de sus casos de úlcera gástrica fue de 8.1 años.

4) CUADRO CLINICO.

En la úlcera tanto gástrica como duodenal los síntomas capitales, según la opinión de casi la totalidad de autores son el dolor epigástrico y los cuadros de indigestión más o menos intensa.

En nuestros casos el dolor se presentó en el 100% de las pacientes con úlceras duodenal o gástrica, 8 de las pacientes referían irradiación del dolor al resto del abdomen y al tórax.

Los otros síntomas de mayor incidencia en nuestros casos de úlceras fueron náusea, vómitos, estreñimiento, y anorexia. Los vómitos se presentan más frecuentemente en úlceras de localización alta, produciéndose también disfagia por cardiospasmo en algunos casos. En nuestra serie el 42.85% de las úlceras gástricas se encontraron localizadas en un nivel bastante alto de la curvatura menor, lo cual explica en parte, la alta incidencia de náusea y vómitos que encontramos. En ninguno de nuestros casos de úlcera gástrica o duodenal se presentó disfagia.

El estreñimiento se presentó en más de la tercera parte de nuestros casos de úlceras gástricas y duodenales, hay que tener presente, que en general, este padecimiento es más frecuente en mujeres que en varones.

La tercera parte de nuestros pacientes dieron en su historia antecedentes de hematemesis y melena, habiéndose presentado, en mayor incidencia que en las lesiones malignas, como está aceptado por la generalidad de autores.

En los casos de carcinoma de nuestra serie, los síntomas y signos más frecuentemente encontrados fueron: dolor epigástrico, más o menos irradiado al resto del abdomen, náusea, vómitos, pérdida de peso y presencia de tumefacción abdominal palpable.

Según Balfour el dolor se presenta en el 90% de los casos de carcinoma gástrico avanzado, nosotros lo encontramos en el 83.72% de las pacientes. Según el mismo autor los vómitos se encuentran en el 60 u 80%, nosotros los observamos en el 83.72% de nuestras pacientes. La tumefacción abdominal, palpable generalmente a nivel del epigastrio o parte alta del abdomen fue observada en el presente estudio en el 62.79%. La anorexia y pérdida de peso, dos síntomas también clásicos fueron encontrados en nuestros casos en el 55.80% y 76.74% respectivamente.

State, Moore y Wangensteen sostienen que el carcinoma del estómago puede ser una enfermedad silenciosa por 15 ó 20 meses y por otros 4 a 6 meses los síntomas pueden ser tan vagos que el paciente no busca al médico.

5) EXAMENES DE LABORATORIO.

Anemia: se encontraron 48.14% de nuestros casos de úlceras con menos de 4 millones de glóbulos rojos, en cambio de los casos de carcinoma del estómago el número de casos con menos de 4 millones de glóbulos rojos fue de 72.72%. Según Ariel, en el 70% de los casos de carcinoma gástrico se encuentra anemia.

Hipoproteinemia: Las proteínas totales se encontraron por debajo de 6 Grs. % en 5 de los 27 casos de úlceras, y en 5 de los 44 casos de carcinoma que estudiamos. Algunos autores reportan hasta 60% de los casos de carcinoma gástrico con hipoproteinemia.

Acidez gástrica: Aunque no es un dato absoluto, en general, se considera que los pacientes con úlcera gástrica tienen hasta un 30% más de ácido clorhídrico libre que las personas normales; por otra parte, Perman ha encontrado que la acidez del jugo gástrico varía en ulcerosos provenientes de diferentes regiones y climas. La acidez gástrica varía según los diferentes autores, no obstante haber utilizado el mismo método de investigación, comida de prueba. Perman encontró 45% de enfermos con más de 60 grados de acidez libre, Hedlund 43% con más de 60 grados, Bohmanson 19% y Wallensten solo el 17% con más de 60 grados de acidez libre. Nosotros encontramos en las pacientes de nuestra serie solo 14% con más de 60 grados de acidez libre, por el método de comida de prueba de Ewald, sin embargo, si consideramos como normal de acidez libre en la mujer de 35 a 40 grados, observamos que 12 de nuestros 27 casos se encontraron aumentados. Es interesante recordar que en la mujer la acidez gástrica no desciende con la edad como sucede en el hombre a partir de los 45 años.

Considerando que el ácido libre falta en 70% de los casos de carcinoma gástrico, nuestras cifras aún exceden ese dato, ya que encontramos un 76% de casos con anaclorhidria.

6) EXAMENES RADIOLOGICOS.

Es sin duda el auxiliar de mayor valor para el diagnóstico de las lesiones orgánicas de estómago, pudiendo además establecer en muchos casos el diagnóstico diferencial entre lesión benigna y maligna. En la presente serie de 71 enfermas, se revisaron 27 exámenes roentgenológicos o sea 80.28%, de allí se obtuvieron 45% de informes de neoplasia gástrica y 21% de úlcera gástrica.

Se considera que en manos de radiólogos expertos se puede alcanzar un 95% de certeza en el diagnóstico del carcinoma del estómago por este valioso método.

7) DIAGNOSTICO:

Todos están de acuerdo en que el diagnóstico del carcinoma del estómago en su fase de principio que es la única que puede considerarse como curable, es, con los medios con que se cuenta hoy día, prácticamente imposible, sin embargo, el diagnóstico de las lesiones gástricas benignas puede considerarse como la única forma de hacer el diagnóstico precoz de carcinomas potenciales. El diagnóstico de los carcinomas en sus fases más avanzadas es obviamente más asequible.

En nuestra serie de enfermas el diagnóstico clínico de úlcera gástrica se confirmó en el 85.71% de los casos; en las úlceras duodenales en el 33.33% de los casos y en los carcinomas en el 93.02%.

8) ANATOMIA PATHOLOGICA.

Es bien sabida la malignidad potencial de las úlceras de la curvatura mayor. Además, alrededor de 10% de las úlceras de la curvatura menor son malignas. Los diferentes autores dan cifras diversas a este respecto: 13.7% según Marshall y Welch, 8.1% según Ramson, 5.7% según Boyden.

De los casos de nuestra serie en 2 úlceras gástricas se descubrió lesión cancerosa (9.5%) porcentaje igual al admitido por Cutler, Zollinger y Bailey respecto a que de todas las úlceras gástricas, el 5 a 10% se vuelven malignas.

Respecto a los carcinomas, en las enfermas de nuestro estudio hubo 7 casos con tumor de grado IV de malignidad, 4 de grado II y 4 de grado III mostrándose así una proporción de 46.66% de los de más alto grado.

Considerando su localización en el estómago, los más numerosos fueron del piloro y región prepilórica.

Las metástasis más numerosas se encontraron en hígado y epiplón.

9) TRATAMIENTO.

En los casos de úlcera gástrica todos los autores están de acuerdo en practicar resecciones amplias, como dice Boyden, las resecciones económicas conducen a encontrar ulteriormente carcinomas inoperables que hubieran sido curables haciendo la operación por úlcera más radical, ya que los carcinomas gástricos más precoces que llegan a la mesa de operaciones son las úlceras gástricas que se comprueban malignas.

En la presente serie, en 16 de las pacientes se practicaron resecciones de 75% del estómago.

En los casos de carcinoma gástrico debe actuarse lo más radicalmente posible siempre considerando los riesgos y las ventajas que los diferentes tipos de operación presentan en los diversos casos.

En nuestro estudio de las 42 operaciones efectuadas por carcinoma del estómago 47.61% fueron hechas con fin curativo (resecciones radicales) y 19.04% con objeto de lograr alivio.

10) EVOLUCION. POSTOPERATORIA.

Las secuelas postgastrectomía más discutidas en la actualidad son: "Dumping Syndrome", pérdida de peso y el síndrome hipoglicémico.

1.—Dumping Syndrome (Mix 1922) o síntomas de debilidad postprandial inmediata (Rauch), se presenta según Wallensten y Gothman con una incidencia de 10.3% (serie de 293 enfermos). Sin embargo, en otras series ha habido una incidencia muy variable: Garlock en 187 casos reportó menos del 2%, Muir en 124 resecciones encontró que 75% había experimentado síntomas en alguna época después de la operación. La divergencia parece estribar en el concepto que se tenga del síndrome, ya que según Rauch el 50% de los pacientes presentan por lo menos, algunos de los síntomas que lo componen.

En la serie estudiada por nosotros hubo 8 casos de Dumping moderado, en las 27 enfermas operadas por úlceras, pero ninguna acusó trastornos como para considerar la existencia del síndrome severo.

En las resecciones efectuadas por adenocarcinoma no se presentó en ningún caso.

2.—Pérdida de peso después de la operación fué reportada en 76% de enfermos con úlcera gástrica y en 81% de enfermos con úlcera duodenal por Rauch. Entre nuestras enfermas se presentó en una operada por úlcera gástrica y en 4 operadas por carcinoma del estómago, lo cual da un porcentaje mucho más reducido.

3.—El síndrome de hipoglicemia fué observado en 20% de la serie de Rauch. En el grupo estudiado en este trabajo no se presentó en ningún caso.

TERCERA PARTE

RESUMEN Y CONCLUSIONES

- 1.—Hemos revisado 71 casos de lesiones orgánicas gástricas o duodenales, tratados en la Primera Cirugía de Mujeres del Hospital General en un período de 4 años.
- 2.—No obstante lo reducido de la serie, es evidente el mayor porcentaje de lesiones malignas observadas.
- 3.—La incidencia por edades y el tiempo de evolución de nuestros casos es con pocas diferencias igual a la reportada por la mayoría de autores.
- 4.—El dolor es indudablemente el síntoma capital que induce a los pacientes a buscar asistencia médica, consideramos que el porcentaje de curabilidad aumentaría mucho si la buscaran al observar síntomas de aparición más temprana y que los pacientes subestiman.
- 5.—En nuestros casos la incidencia de pérdida de peso en lesiones benignas coincidió con la existencia de síndromes de obstrucción pilórica más o menos marcada o anorexia intensa.
- 6.—El diagnóstico preoperatorio fué confirmado en 84.50% de todos los casos analizados.
- 7.—El porcentaje de operabilidad de las lesiones malignas y con ello el mejor resultado del tratamiento, depende primordialmente del diagnóstico precoz del cáncer y del tratamiento radical de las lesiones benignas; el primer factor es incumbencia del Clínico y el Radiólogo, el segundo está en manos del Cirujano.

RODOLFO DURAN.

Vo. Bo.:

Dr. ROBERTO ARROYAVE B.

Imprímase,
Dr. JOSE FAJARDO,
Decano.

B I B L I O G R A F I A

- 1.—Regato, J. del, Ackerman, L. V.: Cáncer, Pag. 501
UTEHA, 1951
- 2.—Cristopher, F.: Tratado de Patología Quirúrgica, II: 1062
y 1068. Interamericana. University Society, 1947.
- 3.—Pedro-Pons, A.: Tratado de Patología y Clínica Médica,
I: 225 y 281. Salvat, 1952.
- 4.—Welch, C. E.: Cirugía Gastroduodenal, 138 y 232, Inter-
americana, 1952.
- 5.—Ross, F. P., and Meadows, E. C.: The Treatment of peptic
ulceration by extensive partial gastrectomy with gastro-
duodenostomy, *Surgery*, 32: 426, 1952.
- 6.—Bowden, L., Booher, R. J., and McNeer, F.: Recurrent gas-
tric carcinoma: an interim evaluation of surgical results,
Surgery 36: 204, 1954.
- 7.—Rauch, R. F.: An evaluation of gastric resection for peptic
ulcer, *Surgery*, 32: 638, 1952.
- 8.—Wallensten, A., and Gothman, L.: An evaluation of the
Bilroth I operation for peptic ulcer, *Surgery*, 33: 1, 1953.
- 9.—Boyden, A. M.: Radical gastrectomy for benign gastric
ulcer, *Surg., Gynec. and Obst.*, 97: 151, 1953.
- 10.—Lewis, F. I.: Partial gastrectomy and its sequelae, *Surg.,
Gynec. and Obst.*, 97: 776, 1953.
- 11.—Harvey, H. K., St. John, F. D., and Volk, H.: Peptic ulcer;
late follow-up results after partial gastrectomy: ana-
lysis of failures, *Ann. Surg.*, 139: 721, 1954.
- 12.—Thompson, J. E., and Stewart, C. F.: Gastrectomy for
peptic ulcer, *Ann. Surg.*, 139: 721, 1954.
- 13.—ReMine, W. H., Dockerty, M. B., and Priestley, J. T.:
Some factors which influence prognosis in surgical treat-
ment of gastric carcinoma, *Ann. Surg.*, 138: 311, 1953.
- 14.—Kurzweg, F. T.: The mortality and immediate postopera-
tive complications of subtotal gastrectomy for carcinoma
and benign peptic ulcer, *Ann. Surg.*, 139: 409, 1954.
- 15.—Sweet, R. H., Robbins, L. L., Gephart, T., and Wilkins, Jr.,
E. W.: The surgical treatment of peptic ulceration and
stricture of the lower esophagus, *Ann. Surg.*, 139: 258,
1954.