

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Médicas

Estudio de 119 Casos de Úlcera Duodenal

TESIS

presentada a la Junta Directiva de la Facultad
de Ciencias Médicas de la Universidad de San
Carlos de Guatemala, por

GISELLA PAZ Y PAZ DE ROSAL

Ex-practicante de las Clínicas de Gastroenterología y Medicina General de la Consulta Externa del Hospital General; Ex-interna de los siguientes Servicios en el Hospital General: Primera Sala de Maternidad, Segunda Sala de Medicina de Hombres, Primera Sala de Cirugía de Mujeres y Sala de Cirugía Infantil. Ex-interna de la Unidad Asistencial de San Juan Sacatepéquez y de Asistencia Rural. Ex-interna —por oposición— del Servicio de Aislamiento de Enfermedades Infecto-contagiosas del Hospital San José. Ex-miembro de la Junta Directiva de La Juventud Médica.

En el acto de su investidura de

MEDICA Y CIRUJANA.



GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 1956.

PLAN DE TESIS:

- a) PROPOSITO
- b) MATERIAL Y METODO
- c) ULCERA DUODENAL
- d) ANALISIS Y COMENTARIO DE LOS CASOS
- e) CONCLUSIONES
- f) BIBLIOGRAFIA

a) PROPOSITO

Se ha elegido este tema para el presente trabajo —modesto y limitado— por considerar que es de interés el estudio de los enfermos no sólo en lo que a patología y tratamiento se refiere, sino también en cuanto a la incidencia de las entidades nosológicas, su distribución por edades y sexo y demás elementos aprovechables para la estadística médica guatemalteca.

Es de todos sabido que por carecer de datos propios, los médicos nacionales se ven obligados a utilizar estadísticas proporcionadas por revistas y libros extranjeros. Es presumible que las estadísticas guatemaltecas puedan estar modificadas por varias causas inherentes al medio, tales como: la gran mayoría que representa la población indígena con sus peculiares formas de vida y alimentación; la vida hasta cierto punto apacible que viven en general los habitantes de ciudades pequeñas; así como muchos otros factores que pueden influir y de hecho influyen en la incidencia de ciertas enfermedades, que como la úlcera duodenal, se ha demostrado que está directamente relacionada con la civilización y la cultura.

Sea el presente trabajo, una pequeña contribución a la estadística médica guatemalteca en lo que a úlcera duodenal se refiere.

b) MATERIAL Y METODO

Este estudio presenta la revisión y análisis de 2,450 fichas clínicas de pacientes gastrointestinales, diagnosticados y tratados en clínica médica privada en el lapso de cinco años.

Este trabajo es parcial e incompleto al no incluir casos hospitalarios. Hay varias causas que han impedido hacer un estudio paralelo en pacientes hospitalarios, entre ellas, que las clínicas especializadas y el departamento de estadística son de reciente creación en el Hospital General; y además, se debe considerar que la inconstancia de los pacientes hospitalarios ambulatorios para concurrir a los exámenes complementarios y a los controles —una vez obtenido el alivio sintomático— deja incompletas sus fichas clínicas y por lo tanto el material es poco aprovechable para un trabajo como el presente.

No está de más señalar que aún en los casos de clínica privada, faltan algunos análisis de laboratorio, especialmente el examen de la secreción gástrica. Falta de colaboración en unos casos (por tratarse de un examen molesto para el paciente) y razones económicas (obvias en el medio guatemalteco) han sido las principales causas por las que tan importante examen no se ha realizado más que en casos de excepción.

Han sido analizados en cada caso, los siguientes datos:

- 1) Sexo, edad y estado civil.
- 2) Profesión u oficio.
- 3) Antecedentes.
- 4) Motivo de la consulta.
- 5) Tiempo de evolución.
- 6) Síntomas: dolor, anorexia, náusea, vómitos, pirosis, flatulencia, estreñimiento, diarrea, hematemesis, melena y otros síntomas.
- 7) Examen radiológico.
- 8) Síndrome típico o atípico.
- 9) Tratamiento.

c) ULCERA DUODENAL

Concepto y breve estudio

Definición: las diversas definiciones que se han dado de úlcera duodenal difieren más en la forma que en el concepto. Se puede resumir diciendo que: *úlcera duodenal es una pérdida de sustancia perfectamente circunscrita, que penetra más allá de la muscularis mucosæ, producida por la secreción gástrica.*

Importancia económica: Henry L. Bockus establece que "es la causa orgánica más frecuente de síntomas dispépticos crónicos y recurrentes" y Ross Golden dice que "la úlcera duodenal es la lesión orgánica gastrointestinal más frecuente, excepto la gastritis". Teniendo en cuenta los conceptos anteriores y el hecho de que la úlcera duodenal es más frecuente en *hombres productores* y en la *edad más productiva*, fácil es concebir la magnitud de la pérdida individual y colectiva que dicha enfermedad puede ocasionar.

Incidencia: la mayoría de los autores de más experiencia en el asunto, afirman que un 10% de los hombres adultos tienen o han tenido úlcera péptica. Según datos de autopsia, incluyendo hombres y mujeres, la cifra se eleva a 11.5% (Robertson y Hargis).

En cuanto a úlcera duodenal, la incidencia fue de 5.23%, mostrando un predominio de hombres a mujeres como 4:1. Por cada 4-6 úlceras duodenales hay 1 úlcera gástrica. Es interesante tener presente que la úlcera duodenal se encuentra con más frecuencia entre las edades comprendidas de 20 a 40 años (más en la cuarta década) con un promedio de edad de 33 años. Posteriormente se podrán comparar estas cifras con las encontradas en este trabajo.

Clasificación: ninguna clasificación de úlcera duodenal es exacta, porque no hay tipos puros ni etiopatogénica ni sintomáticamente. En efecto, parece irreal hablar de úlceras mecánicas, químicas, infecciosas, etc., a pesar de que Robinson cree que el 95% de las úlceras duodenales podrían llamarse psicogénicas. La clasificación radiológica tiene más razón de ser, pero es de poca utilidad clínica.

Etiología: no se discutirán aquí las numerosas teorías que se han formulado acerca de la mayor o menor participación de los diversos factores que influyen en la producción de la úlcera duodenal. Pero es oportuno hacer un brevísimo recuerdo de los elementos de mayor importancia, aceptados por todos los autores. Resumiendo, se agrupan los diferentes factores etiológicos de la manera siguiente:

Factores intragástricos:

Factor ácido-péptico

Factor vascular

Trauma interno.

Factores extragástricos:

Duodenales

Constitucionales y sistémicos, entre los cuales se destacan: el desequilibrio observado entre las funciones neurovegetativas simpático-parasimpáticas y causas de orden psicológico.

Del estudio de los factores antedichos puede concluirse con Bockus:

- a) Que el ácido clorhídrico y la pepsina son esenciales en la producción de úlcera duodenal;
- b) Intervienen factores locales vasculares y neuromusculares favorecidos por cuerpos extraños, infecciones, alergia, etc.; y -

- c) Existe un fondo constitucional indudable, (dependiente del sistema nervioso central o del sistema nervioso autónomo) asociado a factores endocrinos y tal vez a factores vasculares generalizados.

Síntomas: Pelner, con esa elegante simplicidad que le caracteriza, dice: "en ninguna otra enfermedad es tan importante el análisis de los síntomas" como en la úlcera duodenal. No obstante, por el carácter del presente trabajo, sólo se mencionará aquí la tríada característica de: cronicidad, periodicidad y dolor de caracteres usualmente típicos.

Estudio radiológico: en todo estudio del aparato gastrointestinal es indispensable un examen radiológico completo.

Para diagnosticar radiológicamente una úlcera duodenal es necesario que ocurran dos hallazgos fundamentales: la deformidad del bulbo duodenal o la presencia de un nicho ulceroso. Además hay otros signos complementarios como la irritabilidad del bulbo, el espasmo pilórico y la hiperperistalsis gástrica que refuerzan el criterio diagnóstico.

El nicho ulceroso es el dato irrefutable y confirmatorio de la úlcera duodenal. Sin embargo hay que tener presente que en el 20% de las úlceras duodenales activas el nicho no es visible.

La deformidad del bulbo puede corresponder clínicamente a una úlcera activa o a una úlcera cicatrizada. Se dice que una úlcera está activa cuando hay sintomatología ulcerosa. Radiológicamente se considera que una úlcera duodenal está cicatrizada, cuando hay deformidad del bulbo pero no hay síntomas clínicos de actividad.

Del estudio de 20,000 exámenes radiológicos (Feldman) de pacientes gastrointestinales se obtuvieron los datos siguientes: úlcera péptica en el 10% de los casos, 70% eran úlceras duodenales que se presentaban en el 75% en hombres y menos del 1% en niños.

En el estudio de los casos duodenales, se encontró la siguiente distribución topográfica: 95% de las úlceras se localizaban en la primera porción del duodeno; 4% en la segunda; 0.6% en la tercera y 0.4% en la cuarta porción. Se observó que en un 20% de casos había 2 o más úlceras. Las cifras varían en lo que respecta a la predominancia en la cara anterior o posterior del bulbo duodenal: así, mientras Pelner encuentra predominancia en "el aspecto pósterosuperior", Ross lo sitúa en la cara anterior en un 69%. Es importante recordar que 11.5% de úlceras duodenales se encuentran contra el píloro, por lo que pueden dar una sintomatología en todo análoga a la de úlcera gástrica. Se observa la coexistencia de úlcera duodenal con úlcera del estómago en el 5% de los casos y con gastritis en el 52 a 70% según los diferentes autores.

Diagnóstico: de lo expuesto anteriormente se desprende la importancia que para el diagnóstico de úlcera duodenal tiene cada uno de los elementos clínicos: edad, sexo y ocupación; análisis de cada uno de los síntomas y su conjunto; exámenes de laboratorio, entre los que se destaca el del jugo gástrico; y el estudio radiológico que es indispensable para el diagnóstico de certeza.

Úlcera duodenal en el niño: en general, la úlcera péptica se presenta en el niño con menor frecuencia que en el adulto, pero mucho más frecuente de lo que generalmente se cree. Eusterman y Balfour suponen que la mayoría de *melenas neonatorum* es por úlcera duodenal. Theil, citado por Feldman, presentó un estudio de 244 úlceras pépticas, de las cuales 119 eran gástricas y 125 del duodeno, 138 se observaron en el primer año de vida. La incidencia de úlcera duodenal en el niño es aproximadamente de 0.3%. Parece ser más frecuente en las niñas que en los varones, sin precisar porcentajes.

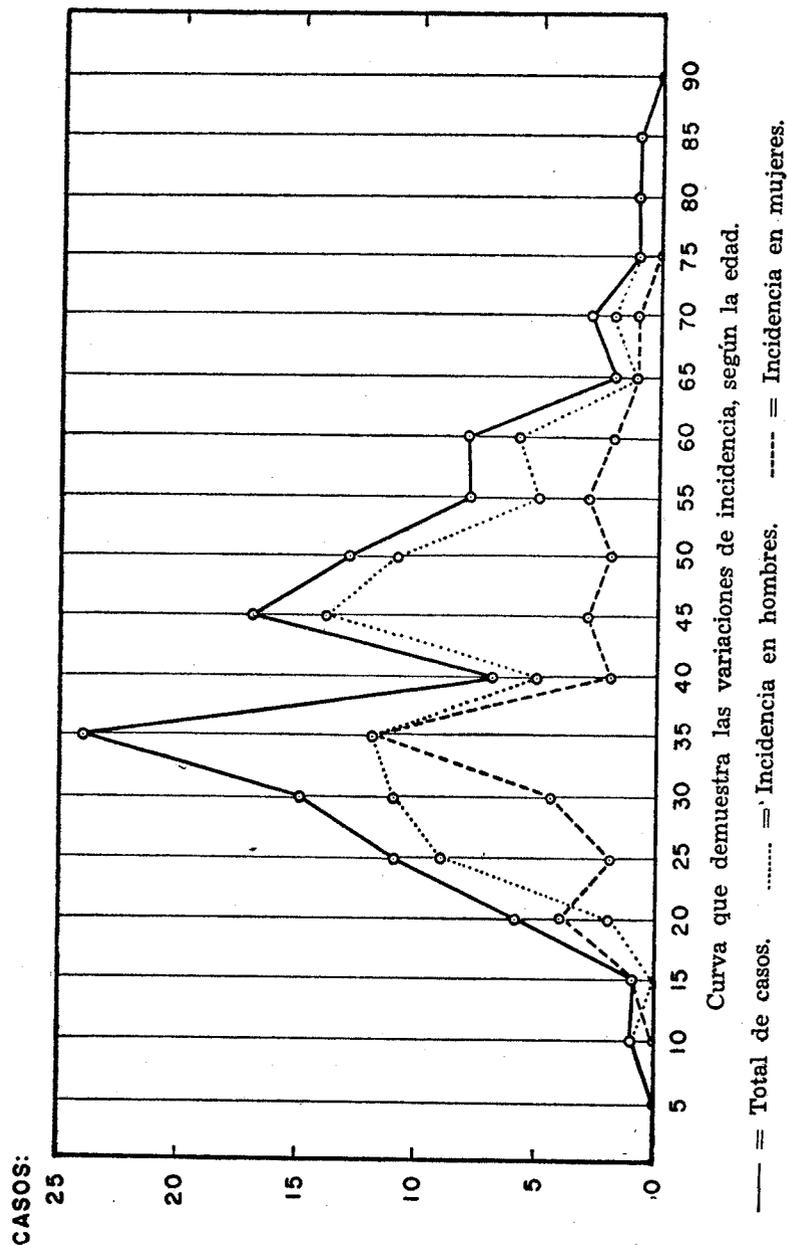
d) ANALISIS Y COMENTARIO DE LOS CASOS ESTUDIADOS

Incidencia: en 2,450 fichas clínicas de pacientes gastro-intestinales revisadas, se encontraron 119 casos de úlcera duodenal positivos clínica y radiológicamente. Además, 56 casos presuntivos que hubieron de ser descartados por cuanto la sintomatología y el estudio radiológico eran de interpretación dudosa. El número de casos positivos da una incidencia en el medio guatemalteco de 4.85% que es una cifra muy aproximada a las obtenidas por la mayoría de autores (5%).

Sexo: el dato más interesante encontrado en este estudio, en caso de confirmarse en investigaciones ulteriores, es probablemente el que se refiere al sexo. De las 119 personas que padecían úlcera duodenal, 82 eran hombres (68.90%) y 37 mujeres (31.09%). Con estos datos se deduce que en Guatemala la incidencia de úlcera del duodeno en la mujer es 1.81 a 2.71 veces más frecuente. Una incidencia tan notoriamente superior entre las mujeres guatemaltecas, haría interesante el estudio de los factores etiológicos que determinan tal diferencia.

Edad: puede afirmarse que en ninguna edad se está exento de padecer úlcera del duodeno, según se expuso en párrafos anteriores. En la serie estudiada, las edades extremas eran de 8 y 82 años. Las edades promedio de la misma serie fueron las siguientes: hombres, 40 años; mujeres, 36; promedio en hombres y mujeres, 39 años.

Curva de frecuencia por edades: tanto entre hombres como entre mujeres se encontró la mayor incidencia entre los 31 y 35 años. Observando separadamente cada sexo, se nota entre los hombres una curva en dromedario, con un segundo ascenso entre los 41 y 51 años; mientras que la curva de mujeres presenta desniveles menos significativos.



Estado civil: es interesante el hecho de que tanto entre hombres como entre mujeres la úlcera duodenal es prevalente entre los casados, representando en conjunto el 72.26% de todos los casos. En la bibliografía consultada no se encuentran datos al respecto.

Profesión u oficio: al hablar de etiología, se dijo que influyen en la aparición de úlcera duodenal, factores psicológicos y de desbalance emocional o tensión nerviosa. Se comprende entonces, que unas profesiones se vean más afectadas que otras. Esto mismo explica que la incidencia de la úlcera duodenal sea mayor en la ciudad que en el campo. Al estudiar la profesión u oficio como factor de incidencia, es interesante considerar por aparte el grupo de mujeres, para hacer resaltar la gran predominancia que tienen ciertas ocupaciones. En efecto, 62.16% de las mujeres que padecen úlcera duodenal se ocupan de oficios domésticos, esta cifra es varias veces mayor que la correspondiente a cualquier profesión en el medio guatemalteco; le sigue en importancia la profesión de maestra, con el 18.91%. Los oficinistas son los más afectados entre los hombres, dando una frecuencia de 24.39%; y en segundo lugar, los comerciantes con el 14.63%.

Profesión	Nº	%	Profesión	Nº	%
Of. domésticos	23	19.40	Ebanistas	1	0.84
Oficinistas	21	17.64	Ag. de seguros	1	0.84
Comerciantes	14	11.76	Carpinteros	1	0.84
Agricultores	9	7.56	Militares	1	0.84
Contadores	8	6.72	Modistas	1	0.84
Maestros	8	6.72	Jardineros	1	0.84
Mecánicos	4	3.36	Administradores	1	0.84

Estudiantes	4	3.36	Salón de belleza	1	0.84
Abogados	3	2.52	Empl. de com.	1	0.84
Ingenieros	2	1.68	Ganaderos	1	0.84
Periodistas	2	1.68	Industriales	1	0.84
Pilotos Autom.	2	1.68	Diplomáticos	1	0.84
Agentes viajeros	2	1.68	Escolares	1	0.84
Linotipistas	2	1.68	Maquinistas	1	0.84
Médicos	1	0.84			

Cuadro que muestra la frecuencia de úlcera duodenal por profesiones.

Antecedentes: son numerosas las afecciones que se han querido relacionar con la etiología de úlcera duodenal. Entre estas causas podemos citar: infecciones, traumatismos locales por cuerpos extraños, afecciones intracraneales, afecciones vasculares como arterioesclerosis, etc. Los antecedentes presentados en esta serie de pacientes pueden calificarse de "no importantes". Sin embargo, tal vez valga la pena mencionar que había 10 pacientes (8.40%) que acusaban marcado tabaquismo; 4 pacientes (3.36%) con alcoholismo; y 44 pacientes (36.97%) de la serie habían sido sometidos a intervenciones quirúrgicas, de las cuales 35 (79.59% de las operaciones) eran intervenciones abdominales (18 apendicectomías, 5 colecistectomías, 1 gastrectomía, 1 gastroenteroanastomosis).

Motivo de consulta: tres fueron las causas principales por las cuales consultó la mayoría de pacientes: dolor, pirosis y "molestias" varias.

Dolor: en 97 casos había dolor espontáneo, provocado o con ambos caracteres. Es decir, que 81.51% de los pacientes acusaban dolor, sin embargo, sólo 76 pacientes (63.86%) consultaban por este síntoma. En las series estudiadas en

Guatemala por los bachilleres Durán y Minondo en sus tesis de graduación, los pacientes quirúrgicos acusaban dolor en 90 a 100% de los casos.

Pirosis: solamente 16 pacientes (13.44%) consultaron por pirosis, a pesar de que estaba presente el síntoma en 52 pacientes (43.69%). Minondo en su serie reporta el 80%.

No es posible en este estudio, ni se considera interesante, hacer consideraciones detalladas de cada uno de los síntomas que constituyeron la queja principal, por lo que sólo se enumeran los síntomas y su frecuencia en el cuadro siguiente:

<i>Motivo consulta</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Motivo consulta</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
Dolor	76	63.86	Anorexia	1	0.84
Pirosis	16	13.44	"Mala digestión"	1	0.84
Molestias varias	10	8.40	"Bola en el Epigastrio"	1	0.84
"Vacío en el Epigastrio"	2	1.68	Diarrea	1	0.84
"Para chequeo"	2	1.68	Estreñimiento	1	0.84
Hematemesis	2	1.68	Pesadez posprandial, flatulencia	1	0.84
Melena	2	1.68	Hernia diafragmática	1	0.84
Hematemesis y melena	2	1.68			

Tiempo de evolución: este dato siempre debe tomarse con alguna reserva en vista de que la mayoría de pacientes no recuerda la fecha en que comenzaron los síntomas, sobre todo, cuando el período de evolución es de meses o años. Se encontraron tiempos de evolución muy variables siendo los extremos de 4 días y 25 años, dando un promedio de 4 años y 1 mes, cifra que es prácticamente igual a la encon-

trada por diversos autores extranjeros (4 años). En los casos quirúrgicos reportados por Minondo en Guatemala, se da un promedio de evolución de 9 años y 4 meses.

Frecuencia estacional: trasladando a la gráfica el número de pacientes de los diferentes meses del año, observamos una curva irregular con notable incremento durante el mes de marzo. Este dato no se puede comparar con estadísticas extranjeras, porque no aparece reportado en la bibliografía consultada.

Síntomas y Signos: en los pacientes gastrointestinales en general —en los ulcerosos en particular— es de suma importancia el interrogatorio y el análisis atento de los síntomas.

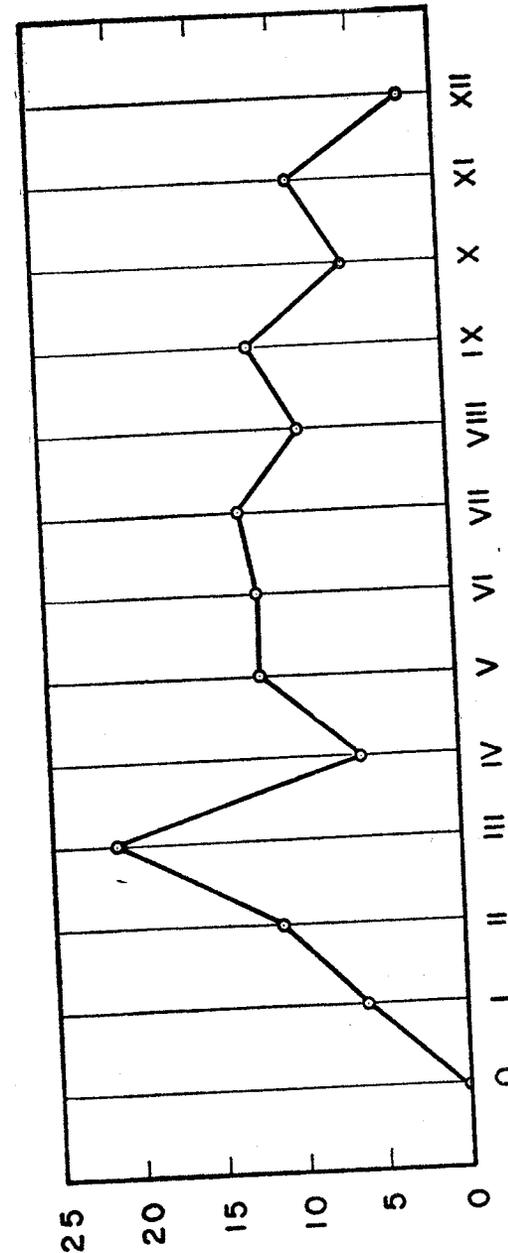
El síntoma más constante y probablemente también el más importante, es el *dolor*, que se presentó con los siguientes caracteres:

Dolor:

Espontáneo	97 casos	81.51%
Provocado al examen	32 casos	32.98%
No presentaban dolor	22 casos	18.47%

Localización:

Sólo en el epigastrio	53 casos	54.63%
En el epigastrio y uno o ambos hipocondrios	7 casos	7.21%
Hipocondrio derecho	4 casos	4.12%
Hipocondrio izquierdo	3 casos	3.09%
Difuso	3 casos	3.09%
Hipogastrio	1 caso	1.03%



Curva de incidencia según los meses del año. Comprende todos los casos.

Irradiación:

Sólo al dorso o al dorso y otra región	18 casos	18.54%
A uno o ambos hipocondrios.....	3 casos	3.09%
Al tórax	3 casos	3.09%
Al hombro izquierdo	1 caso	1.03%
A la región lumbar	1 caso	1.03%
A todo el abdomen	1 caso	1.03%
Sin irradiación	71 casos	73.19%

Horario:

Antes de las comidas	36 casos	37.11%
Después de las comidas	22 casos	22.67%
Dolor nocturno	33 casos	34.02%
Sin horario	71 casos	73.19%

Alivio con:

Alimentos y alcalinos	26 casos	26.80%
Sólo alcalinos	14 casos	14.43%
Sólo alimentos	11 casos	11.33%
No alivian con alcalinos o alimentos	6 casos	6.18%
No son necesarios alcalinos o alimentos	37 casos	38.14%
Vómito	2 casos	2.06%
Antiespasmódicos	1 caso	1.03%

Otros síntomas gastrointestinales:

Pirosis	52 casos	43.69%
Náusea	46 casos	38.65%
Flatulencia	42 casos	35.29%
Estreñimiento	33 casos	27.72%
Anorexia	26 casos	21.84%
Vómitos	19 casos	15.96%

Pesadez posprandial	11 casos	9.24%
Diarrea	8 casos	6.72%
Melena	6 casos	5.04%
Hematemesis y melena	6 casos	5.04%
Hematemesis	5 casos	4.20%
Regurgitaciones	4 casos	3.36%

Otros síntomas:

Cefalea	35 casos	29.41%
Mareos	19 casos	15.96%
Astenia	18 casos	15.12%
Palpitaciones	14 casos	11.76%
Irritabilidad	9 casos	7.56%
Disnea de esfuerzo	6 casos	5.04%
Cansancio	5 casos	4.20%
Decaimiento	3 casos	2.52%

Factores psicológicos:

Angustia	4 casos	3.36%
Varios	15 casos	12.60%

Variaciones de peso:

Pérdida de peso	40 casos	33.61%
Ganancia de peso	5 casos	4.20%
Desnutrición	6 casos	5.04%
Obesidad	4 casos	3.36%

*Estudio radiológico:**Fluoroscopia:*

Bulbo deformado	71 casos	59.66%
Hipermotricidad	38 casos	31.93%
Retención gástrica a 6 horas	22 casos	18.48%
Espasmo pilórico	11 casos	9.24%

Radiografía:

Deformidad marginal del bulbo:

Atípica	58 casos	48.73%
Típica	13 casos	10.92%

Nicho ulceroso:

Actual	46 casos	38.64%
Probable	38 casos	31.93%
Negativo	31 casos	26.04%
Cicatrizado	4 casos	3.36%
Mucosa hipertrófica	12 casos	10.08%
Estenosis	5 casos	4.20%

Síndrome:

Típico	48 casos	40.33%
Atípico	71 casos	59.66%

Criterio Diagnóstico: el diagnóstico de úlcera duodenal se basa fundamentalmente en dos series de datos que son: los síntomas y los hallazgos radiológicos. Los datos obtenidos del examen físico tienen una importancia relativa y escasa. La gran importancia que se le daba anteriormente al "ritmo ulceroso" del dolor en relación con las comidas, ha decaído un tanto desde que se ha observado que puede presentarse igual en la úlcera gástrica y, sobre todo, porque en la mayoría de los pacientes no se observa este ritmo clásico. En efecto, de los 119 pacientes que constituyen esta serie, solamente 48 (40.33%) referían una historia que pudiera considerarse típica.

El estudio radiológico da el dato irrefutable —el nicho ulceroso— que es confirmatorio aún en los casos de sintomatología más atípica y dudosa. Desde luego, no todos los pacientes en quienes se ha establecido el diagnóstico de úlcera duodenal tienen nicho ulceroso presente y, por lo

tanto la radiografía puede ser también dudosa. Ya se mencionaron anteriormente los signos radiológicos de la úlcera duodenal. Son signos radiológicos positivos para el diagnóstico de úlcera duodenal, uno o varios de los siguientes hallazgos:

- Nicho ulceroso, que es incuestionable;
- Deformidad del bulbo duodenal;
- Estrechamiento de la luz del bulbo duodenal (estenosis) o dilatación y estasis;
- Fenómenos espásticos;
- Engrosamiento de los pliegues de la mucosa;
- Irritabilidad duodenal; y
- Retención gástrica por espasmo o estenosis pilórica.

De los 119 casos de este estudio, solamente 46 (38.65%) mostraban nicho ulceroso.

Asociación con otras afecciones:

Son muchas las afecciones que pueden coexistir con una úlcera duodenal. En la serie estudiada, dos fueron las enfermedades asociadas más frecuentes: gastritis en 20 casos, o sea en el 16.80%, cifra muy inferior a la dada por otras estadísticas, que encuentran la úlcera duodenal asociada a gastritis en 52 a 70% de los casos. La segunda afección fue colon irritable, en 15 casos, o sea el 12.68%.

Otras asociaciones:

Parasitismo intestinal	4
Colecistitis calculosa	3
Duodenitis hipertrófica	2
Anemia secundaria	2
Hipertensión arterial	2
Estreñimiento espástico	2
Divertículo duodenal	3
Úlcera esofágica	1

Esofagitis	1
Amebiasis	1
Lesión hepatocelular	1
Carcinoma prepilórico	1
Sospecha de cáncer del pulmón	1
Sospecha de cáncer duodenal	1

Tratamiento

No es propósito del presente estudio hacer consideraciones sobre el tratamiento de la úlcera duodenal. Solamente diremos que en el 96.63% fue eficaz el tratamiento médico, mientras que en el porcentaje restante (4 casos) se recomendó tratamiento quirúrgico: por estenosis en tres casos (una mujer y dos hombres) y en un caso por hematemesis y melenas. A todos los pacientes se les prescribió tratamiento dietético como base del tratamiento general.

Drogas usadas

a) Anticolinérgicos	83 casos
b) Alcalinos	79 casos
c) Antiespasmódicos	33 casos
d) Sedantes	12 casos

Se considera interesante hacer comentario de los siguientes casos ilustrativos:

1º—Se observó el caso de un *niño de 8 años de edad* que desde hacía dos años padecía de dolor abdominal, especialmente epigástrico, de aparición postprandial frecuentemente, pero sin ritmo ni horario determinado; la región epigástrica era dolorosa a la presión. Al estudio radiológico se observó un nicho ulceroso en el bulbo duodenal que persistió en cinco películas. El tratamiento fue el usual. Probablemente si los pediatras tuvieran más en mente la úlcera

duodenal como enfermedad que puede afectar al niño, aún en el primer año de vida, se encontraría con más frecuencia esta afección de la que actualmente se reporta.

2º—A un *oficinista de 40 años de edad* le habían diagnosticado una hernia diafragmática hacía 4 años. Posteriormente tuvo hematemesis y melena en una ocasión. Consultó por dolor en el epigastrio que irradiaba al dorso y a los flancos y que aparecía más frecuentemente antes de las comidas. Los alcalinos aliviaban el dolor. Al estudio radiológico se observó la presencia de una hernia diafragmática; había hipermotricidad gastrointestinal, el bulbo duodenal se encontraba deformado pero no había nicho ulceroso actual.

3º—En la serie estudiada se encontraron tres casos de *divertículo duodenal*: uno localizado en la segunda porción y dos en la tercera; de estos últimos, uno presentaba un nicho ulceroso en el fondo, o sea que se encontró un nicho ulceroso en la tercera porción del duodeno. Este hallazgo da un porcentaje de 0.84% para úlceras de la tercera porción (la cifra de otras estadísticas para esta localización es de 0.6%).

4º—De los 119 pacientes con úlcera duodenal, solamente 1 era de *raza indígena* y se dedicaba al comercio.

e) CONCLUSIONES

- 1ª—Se presenta por primera vez en Guatemala la revisión de 2,450 fichas clínicas de pacientes gastrointestinales con el objeto de obtener datos estadísticos sobre la úlcera duodenal.
- 2ª—Según las cifras encontradas en el presente estudio:
 - a) La úlcera duodenal ofrece una incidencia de 4.85%, cifra semejante a la de otros países (5%);
 - b) El promedio del tiempo de evolución antes de consultar, de la úlcera duodenal en Guatemala, es de 4 años 1 mes, prácticamente el mismo que el de los diferentes autores (4 años);
 - c) En Guatemala el promedio de edad de los pacientes que padecen úlcera duodenal (tanto hombres como mujeres) es de 39 años, esta cifra es mayor que la reportada en estadísticas extranjeras; y
 - d) Las mujeres guatemaltecas parecen más afectadas de úlcera duodenal (31.09%) que las de otras partes (16-25%).
- 3ª—Del total de pacientes que padecían úlcera duodenal estudiados en este trabajo, 72.26% eran casados. En la bibliografía consultada no se encontraron datos acerca de la incidencia de la úlcera duodenal según el estado civil.
- 4ª—En Guatemala las profesiones u oficios más afectados por úlcera duodenal son: las de oficinista y comerciante entre los hombres; y las de oficios domésticos y maestra entre las mujeres.
- 5ª—Se observó un franco aumento de casos de úlcera duodenal durante el mes de marzo.

6ª—Solamente 40% de los casos presentaron una sintomatología que pudiera calificarse de típica o clásica de úlcera duodenal.

7ª—En el cuadro sintomático predominaron los síntomas de dolor (81.51%) y pirosis (43.69%). Estas cifras son bastante inferiores a las señaladas por algunos autores.

8ª—En el 97.64% de los casos fue eficaz el tratamiento médico; mientras que en el 3.36% restante (4 casos) fue necesaria la intervención quirúrgica: por estenosis en 3 casos (75%) y por hematemesis y melenas en un caso (25%).

GISELLA PAZ Y PAZ DE ROSAL.

Vº Bº

Dr. Héctor Morales Díaz.

Imprímase,

Dr. José Fajardo,
Decano.

f) BIBLIOGRAFIA

- 1.—*Bockus, Henry L.*—Gastroenterology.
- 2.—*Pelner, Louis.*—Gastroenterology in General Practice.
- 3.—*Palmer, Walter L.*—Úlcera Péptica. (Cecil, Russell L. Tratado de Medicina Interna).
- 4.—*Dieulafoy, Georges.*—Manuel de Pathologie Interne.
- 5.—*Eusterman, George B. and Balfour, Donald C.*—The Stomach and Duodenum.
- 6.—*Golden, Ross.*—Roentgen-ray examination of the Digestive Tract.
- 7.—*Feldman, Maurice.*—Clinical Roentgenology of the Digestive Tract.
- 8.—*Minondo Herrera, Rafael.*—Tesis de graduación: Los resultados obtenidos con vagotomía y hemigastrectomía asociadas en el tratamiento de la úlcera duodenal.
- 9.—*Durán, Rodolfo.*—Tesis de graduación: Revisión de 71 casos operados por lesión gástrica o duodenal.
- 10.—*Teplick, J. George.*—Duodenal Loop Changes in Posterior Penetration of Duodenal Ulcer. *Ann. Int. Med.* 44: 975-984.
- 11.—*Gray, Seymour J.; Ramsey, Collin G.; and Thorn, George W.*—Adrenal Influences on the Stomach: Peptic Ulcer in Addison's Disease during Adrenal Steroid Therapy. *Ann. Int. Med.* 45: 73-87.
- 12.—*Snape, W. J.*—Duodenal Ulcer as an Occasional Etiologic Factor in Obstructive Jaundice. *Ann. Int. Med.* 42: 1001-1010.
- 13.—*Menninger, William C.*—Emotional Factors in Organic Disease. *Ann. Int. Med.* 31: 207-215.