

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

República de Guatemala, Centro América.

LESIONES GASTRODUODENALES

Revisión de 66 Casos. 1a. Cirugía de Hombres

Sección A - Hospital General

T E S I S:

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA

DE LA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE

GUATEMALA

POR

JOSE TORIBIO DUARTE F.

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE

Médico y Cirujano

GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 1961.



LESIONES GASTRODUODENALES, REVISION DE 66
CASOS. 1a. CIRUGIA DE HOMBRES SEC. A.
HOSPITAL GENERAL

INTRODUCCION:

El cáncer del estómago a la par del Ca. del Cervix y de la mama, constituyen las causas más frecuentes de muerte por lesiones neoplásicas malignas observadas en otros países y en nuestro medio. La úlcera gástrica y duodenal y proceso benignos localizados al tracto gastrointestinal superior, son lesiones frecuentes tratadas en los servicios de Medicina y Cirugía, cuya sintomatología muchas veces no es suficiente para poder diferenciarlos de los procesos malignos, siendo los métodos de diagnóstico y de laboratorio de gran ayuda para la selección del tratamiento.

Diversos procedimientos quirúrgicos son empleados para el tratamiento curativo de lesiones gastroduodenales, siendo la gastrectomía la que ofrece resultados más favorables. La mortalidad, resultados molestos y complicaciones son insignificantes en comparación al beneficio que ofrece.

MATERIAL Y METODO

MATERIAL:

Fueron estudiados 66 casos de pacientes de sexo masculino, ingresados a la primera Cirugía de Hombres, Sec. A. del Hospital General, en quienes se hizo el diagnóstico de lesión orgánica gástrica o duodenal, durante el tiempo comprendido entre el mes de febrero de 1952 y el mes de agosto de 1961, y que fueron tratados por gastrectomía.

METODO:

Para el estudio de nuestros casos se tomó en cuenta la historia clínica, examen físico, método de diagnóstico y resultados de laboratorio, procedimiento quirúrgico utilizado, récord operatorio, resultado anatomopatológico, evolución y controles post-operatorio.

PRIMERA PARTE

Lesiones encontradas.

El tipo de lesiones y localización fue el siguiente:

Cáncer de estómago:

Cardias		2 casos	4.65%
Fondo		1 caso	2.32%
Cuerpo	a) Curvatura mayor	5 casos	11.62%
	b) Cara anterior	1 caso	2.32%
	c) Localización no determinada	7 casos	16.27%
Antro Pilórico	a) Curvatura menor	2 casos	4.65%
	b) Curvatura mayor	2 casos	4.65%
	c) Localización no determinada	18 casos	41.85%
Piloro		5 casos	11.62%

SARCOMAS

Cuerpo de estómago	1 caso	2.32%
--------------------	--------	-------

ULCERAS GASTRICAS

Cuerpo parte alta de curvatura menor	1 caso	4.34%
Antro pilórico cara posterior	5 casos	21.70%
Curvatura menor	11 casos	47.74%

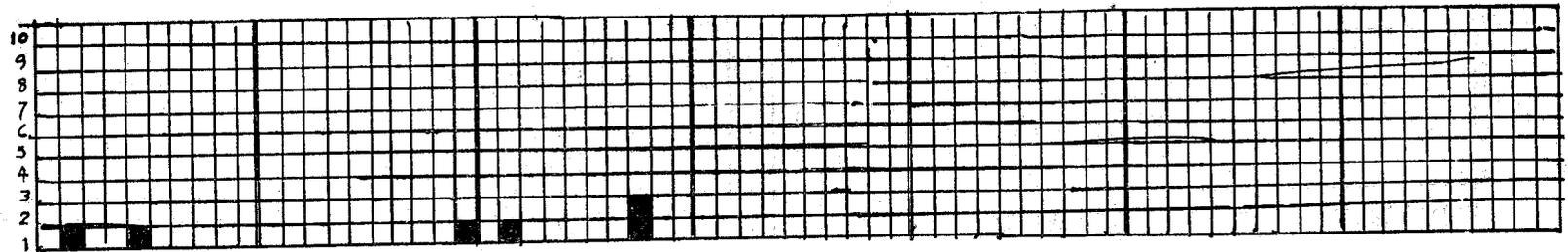
ULCERAS DUODENALES

Borde superior	3 casos	13.37%
Cara posterior	3 casos	13.37%

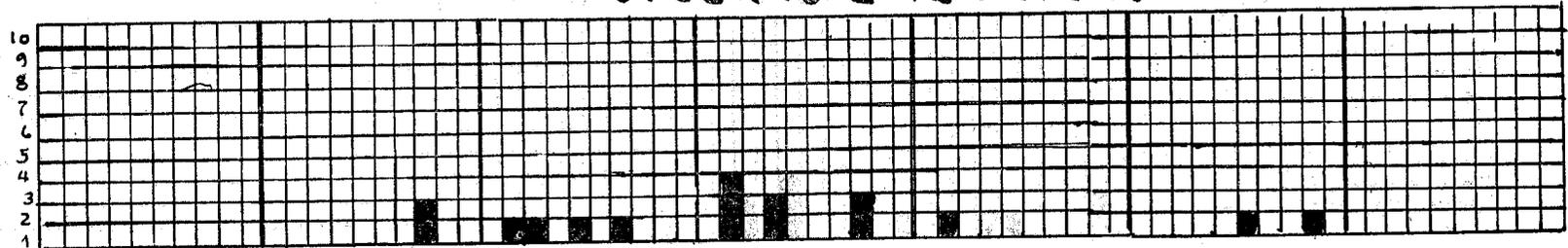
EDAD:

El siguiente cuadro expone gráficamente las edades encontradas y el número de casos encontrados según edad.

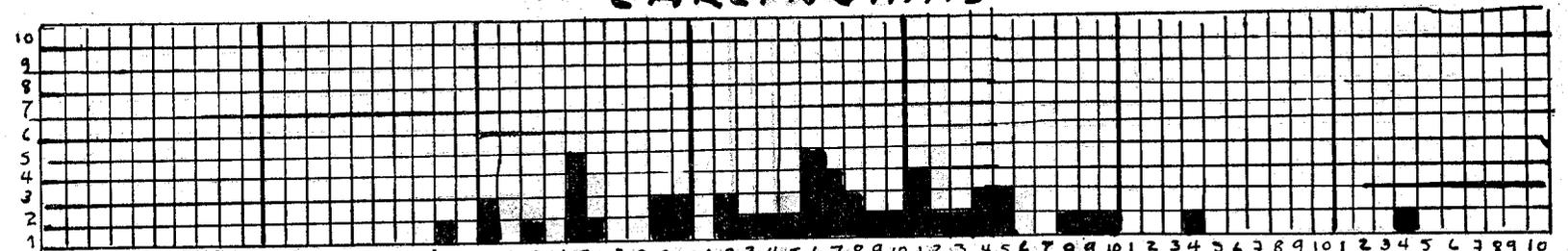
VICERAS DUODENALES



VICERAS GASTRICAS



CARCINOMAS



Nº de Casos

Edades

SARCOMA

El mayor número de úlceras se encontró entre los 38 y 54 años estando las edades límites entre 22 y 79 años.
 La mayor incidencia de Cáncer del estómago fue entre 50 y 65 años, las edades límites fueron entre 38 y 84 años.
 El paciente de edad más joven fue el caso del Sarcoma.

SINTOMAS Y SIGNOS:

Ca. gástrico:

Dolor epigástrico	32 casos	74.41%
Vómitos	23 casos	53.48%
Pérdida de peso	20 casos	46.51%
Náusea	19 casos	44.18%
Anorexia	14 casos	32.55%
Flatulencia	13 casos	30.23%
Pirosis	12 casos	27.90%
Sialorrea	5 casos	11.62%
Estreñimiento	5 casos	11.62%
Melena	4 casos	9.30%
Dolor en hipocondrio izq.	2 casos	4.65%
Hematemesis	2 casos	4.65%
Dolor en hipocondrio derecho	1 caso	2.32%
Disfagia	1 caso	2.32%

Úlcera gástrica:

Dolor epigástrico	15 casos	88.23%
Vómito	9 casos	52.94%
Pirosis	8 casos	47.05%
Náusea	7 casos	41.17%
Flatulencia	3 casos	17.64%
Pérdida de peso	2 casos	11.76%
Hematemesis	1 caso	5.88%

Úlcera duodenal:

Dolor epigástrico	4 casos	66.66%
Vómitos	3 casos	50.00%
Melena	3 casos	50.00%
Hematemesis	2 casos	33.33%
Pirosis	2 casos	33.33%
Náusea	1 caso	16.66%

DOLOR:

El dolor localizado en el epigastrio fue el síntoma más frecuente en nuestros pacientes estudiados; lo presentaron 32 casos de Ca. gástrico (74,41%), 15 casos de úlcera gás-

trica (88.23%), y 4 casos de úlcera duodenal (66.66%). Se presentó de intensidad más fuerte en los casos de úlcera gástrica o duodenal, pero más constante y sin ritmo en los casos de Ca. gástrico. En los casos de úlcera se presentó entre media y dos horas después de la ingestión de alimentos siendo más tardía la aparición en los casos de úlcera duodenal. En los casos de Ca. gástrico la aparición del dolor fue casi inmediatamente después de las comidas; en todos los casos, en el inicio de los síntomas, el dolor se calmó con la ingestión de alcalinos; fue más localizado al epigastrio en los casos de úlcera y con irradiación a diferentes partes del abdomen o tórax en los neoplasmas.

En todos los casos de úlceras perforadas, el ritmo del dolor se perdió y éste se hizo más intenso y más frecuente.

VOMITOS:

El vómito es el síntoma siguiente más frecuente, casi siempre precedido por náusea y que aliviaba el dolor producido en las úlceras después de la ingestión de alimentos y la flatulencia en los neoplasmas. Se vió igual frecuencia en los casos de neoplasmas con o sin obstrucción pilórica. Se observó en el 53.48% de Ca. gástrico, en el 52.94% de úlceras gástricas, en el 50% de úlcera duodenal.

PERDIDA DE PESO:

Fue referido por los pacientes quienes en el 46.52% de los casos de Ca. gástrico aseguraban haber perdido de 30 a 40 libras en los últimos 3 meses previos a la consulta; fue encontrado en el 11.76% casos de úlcera gástrica y negativo en los casos de úlcera duodenal.

NAUSEA:

En la mayor parte de los casos precedía al vómito, fue encontrada más frecuentemente en los casos de Ca. gástrico. La incidencia de ésta fue en los casos de Ca. gástrico, de 19 casos (44.18%), en las úlceras 9 casos (52.94%), en un caso de úlcera duodenal (16.76%).

FLATULENCIA:

Fue observada con predilección en los casos de Ca. gástrico en el 30.23% de los casos; en el 17.64 de úlcera gástrica y en ningún caso de úlcera duodenal. Siempre se alivió en los casos que recibieron aspiración nasogástrica.

PIROSIS:

Fue observado en los casos de Ca. gástrico, en el 27.90%; en el 47.05% de úlcera gástrica y en el 33.33% de úlcera duodenal. Siempre se alivió con ingestión de alcalinos.

SIALORREA:

Fue observada en 5 casos, (11.62%) de Ca. gástrico, la cual cedió con Tintura de Belladona.

TUMORACION ABDOMINAL PALPABLE:

En los 13 casos de carcinoma gástrico (30.23%) fue posible palpar una masa a nivel del epigastrio o en la parte izquierda del hipocondrio derecho, en un caso de úlcera duodenal se palpó una masa en el hipocondrio derecho no encontrándosele explicación por los hallazgos operatorios.

TIEMPO DE EVOLUCION:

El tiempo de evolución en nuestros pacientes estudiados, fue el siguiente:

	Ca. Gástrico	Úlcera Gástrica	Úlcera Duodenal	Sarcoma
2 días	—	1 caso	—	—
27 días	—	—	1 caso	—
1 mes	3 casos	1 caso	—	—
1 mes 15 días	—	2 casos	1 caso	—

2 meses	10	—	—	—
3 meses	9	2	—	—
4 meses	4	—	1	—
5 meses	3	2	—	—
6 meses	3	2	—	—
7 meses	2	—	—	—
8 meses	2	—	—	—
9 meses	2	—	—	—
10 meses	1	1	—	—
11 meses	—	—	—	—
1 año	2	1	—	—
1 a 2 años	—	2	—	—
2 a 3 años	1	2	—	—
3 a 4 años	1	—	—	1
4 a 5 años	—	1	—	—
10 años	—	—	1	—
16 años	—	1	—	—

El largo tiempo de evolución en el caso de Ca. Gástrico y del sarcoma, nos hace pensar en el discutido tema de la degeneración maligna de procesos benignos.

En los casos de Úlcera Gástrica y duodenal que consultaron con menor tiempo de evolución, el síntoma principal fue la hematemesis.

Es de tomar en cuenta que los síntomas en Ca. Gástrico y Úlcera Gástrica que obligaron a los pacientes a consultar, fue que tenían síntomas de obstrucción pilórica o bien la constancia de los síntomas por perforación de las úlceras.

EXAMENES DE LABORATORIO: Resultados.

Curva de acidez gástrica:

A este procedimiento o análisis de laboratorio no lo consideramos de valor en nuestro estudio porque en ninguno de los casos fue estimulado con histamina, procedimiento que actualmente se utiliza; el procedimiento con comida de prueba hecho en nuestros pacientes no reveló la aclor-

hidria que es reportada hasta en el 36% de neoplasias gástricas; cuatro casos de úlcera duodenal es reportado entre límites normales altos.

ANEMIA:

Únicamente en tres pacientes se encontró cifra de glóbulos rojos por encima de 4 millones y hemoglobina arriba de 13.5 gr%. La cifra más baja fue de 6 gr. de hemoglobina con dos millones de glóbulos rojos en un paciente de 22 años de edad con úlcera duodenal con 27 días de evolución, de hematemesis repetidas. Consideramos que las cifras de glóbulos rojos y hemoglobina en el inicio no eran tan bajas como cabe esperarse en procesos neoplásicos, ya que la mayor parte de pacientes se encontraban deshidratados y probablemente con hemoconcentración. Después de preparación en el servicio, de una semana o más, ya hidratados y con transfusiones en el preoperatorio, se llevaron a sala de operaciones el 90% de ellos, con glóbulos rojos por arriba de 3 millones y la hemoglobina de 13 gr; el 10% de ellos se intervino con alrededor de 3 millones y hemoglobina de 12 gramos.

PROTEINAS TOTALES EN SANGRE:

La hipoproteinemia no fue tan marcada como era de esperarse en procesos neoplásicos crónicos, uno de los pacientes presentaba edemas de miembros inferiores, clínicamente atribuidos a hipoproteinemia, sin embargo el laboratorio lo reportó entre límites normales bajos sin inversión de la relación A/G. Al terminar de analizar los casos no creemos que se deba sacar una conclusión de este examen.

ELECTROCARDIOGRAMA:

En los pacientes de más de 40 años se hizo electrocardiogramas, los cuales fueron reportados de acuerdo a la

edad del paciente, no se recomendó ningún medicamento especial durante el pre-operatorio.

EXAMENES RADIOLOGICOS:

En todos los pacientes se practicó examen radiológico gastrointestinal superior y de tórax.

- a) En todos los neoplasmas el diagnóstico radiológico fue correcto.
- b) Las úlceras perforadas todas fueron diagnosticadas como carcinomas.
- c) La úlcera de la parte alta de la curvatura menor fue diagnosticada como Ca. gástrico.
- d) En los casos de úlcera duodenal posteriores, radiológicamente en dos casos no se pudo determinar el diagnóstico preciso.
- e) En los casos de úlcera del antro pilórico y duodeno no perforadas, el diagnóstico fue correcto.

Rayos X. de tórax. Todos los pacientes presentaron tórax sin lesión metastásica.

GASTROSCOPIA:

Fue practicada en 3 casos comprobándose por medio de ella, 2 diagnósticos de úlcera gástrica y uno de Ca. gástrico. Si se hubiera hecho con más frecuencia, el diagnóstico pre-operatorio correcto tendría más porcentaje.

DIAGNOSTICO:

El diagnóstico clínico de Cáncer se hizo en el 100% de los casos.

El diagnóstico clínico de úlcera gástrica se hizo en 11 de los 17 casos (62.93%). En dos casos de úlcera duodenal, clínicamente no se obtuvo la certeza de que se trataba de un proceso ulceroso, benigno o bien neoplásico.

Las úlceras gástricas perforadas, en cuatro casos de diagnóstico cáncer; en los otros dos casos el diagnóstico fue dudoso. Dos de los 6 casos intervenidos, clínicamente y

macroscópicamente fueron interpretados como Ca. gástrico con invasión al páncreas por lo cual la primera intervención no fue correcta en los dos casos. A uno se le practicó gastrectomía por exclusión tipo Devine y en otro gastro-yeyunostomía. La úlcera gástrica de la curvatura menor en su parte alta, fue diagnosticada como Ca. gástrico y se intervino por vía tratorácica, fue la mejor vía de acceso pero el diagnóstico fue equivocado. El caso de úlcera duodenal en que fue palpada una masa en el epigastrio, se intervino con el diagnóstico de Ca. del píloro.

En resumen, 7 casos de úlceras (30.43%) fueron diagnosticados como cáncer.

ANATOMIA PATOLOGICA:

Cáncer del estómago. Clasificación histológica.

Carcinomas:

1.—Carcinomas simples	7 casos	16.27%
2.—Carcinoma mucoide	1 caso	2.32%
3.—Adenocarcinoma anaplástico	2 casos	4.65%
4.—Adenocarcinoma Grado II	6 casos	13.95%
5.—Adenocarcinoma Grado III	14 casos	32.54%
6.—Adenocarcinoma Grado IV	4 casos	9.30%
7.—Adenocarcinomas	8 casos	18.60%

Sarcomas:

1.—Linfosarcoma linfoblástico	1 caso	2.32%
-------------------------------	--------	-------

DISTRIBUCION DE METASTASIS:

1º—A ganglios de curvatura menor o mayor	7 casos	16.27%
2º.—A ganglios paracardiacos con invasión de esófago	2 casos	4.65%
3º.—Que invadía serosa de estómago	2 casos	4.65%
4º.—Que invadía cabeza del páncreas	1 caso	2.32%
5º.—Que invadían arteria cólica media	1 caso	2.32%

TRATAMIENTO:

Todos los casos fueron operados. En 64 casos el fin perseguido con la operación fue curativo; dos de los casos en que el diagnóstico clínico y macroscópico durante el acto operatorio fueron diagnosticados como carcinomas gástricos con invasión al páncreas se les practicó operaciones paliativas. Posteriormente al confirmar con biopsia la benignidad de las lesiones, se les intervino nuevamente y se les practicó como en los demás casos, gastrectomía.

OPERACIONES EFECTUADAS:

Para neoplasias gástricas.

Gastrectomía subtotal Hoffmeister transmesocólica	22 casos
Gastrectomía subtotal Hoffmeister antecólica	4 casos
Gastrectomía subtotal Polya antecólica	5 casos
Gastrectomía subtotal Polya transmesocólica	1 caso
Gastrectomía subtotal con esófago-gastro-anastomosis	1 caso
Gastrectomía total transtorácica con esófago-yeyunostomía	2 casos
Gastrectomía subtotal Hoffmeister con hemicolectomía transversa	1 caso
Gastrectomía total y esplenectomía	1 caso
Gastrectomía subtotal y pancreatectomía parcial	1 caso
Gastrectomía subtotal Hoffmeister y esplenectomía	4 casos

Sarcomas:

Gastrectomía subtotal Hoffmeister transmesocólica 1 caso

Úlceras gástricas:

Gastrectomía subtotal Hoffmeister transmesocólica	12 casos
Gastrectomía subtotal Hoffmeister antecólica	1 caso
Gastrectomía subtotal Billroth 1	1 caso
Gastrectomía subtotal Polya antecólica	1 caso

Gastrectomía transtorácica con esófago-gastro-anastomosis	1 caso
Gastroyeyunostomía, gastrotomía y biopsia; gastrectomía subtotal Hoffmeister antecólica tres meses más tarde	1 caso
Úlceras duodenales:	
Gastrectomía subtotal Hoffmeister transmesocólica	3 casos
Gastrectomía subtotal Polya antecólica	1 caso
Gastrectomía Subtotal Billroth 11	1 caso
Gastrectomía por exclusión de Devine	1 caso

Varios pacientes fueron nuevamente operados:

- 1er. caso: Paciente operado hacía tres años por Ca. Gástrico se le practica Laparatomía exploradora encontrándosele metástasis en todos los órganos abdominales.
- 2º caso: Paciente operado de Ca. gástrico; un mes después presenta obstrucción de boca anastomótica. Se le practica laparatomía exploradora encontrándole metástasis peritoneales.
- 3er. caso: Paciente operado de Ca. gástrico. Cinco meses después presenta obstrucción de boca anastomótica. Se le encuentran metástasis peritoneales al hacerle laparotomía exploradora.
- 4º caso: Paciente operado hacía tres años de Ca. gástrico. Presenta nueva recurrencia de síntomas. Se le hace laparotomía exploradora y se encuentran metástasis peritoneales.
- 5º caso: Paciente que hace dos años se operó por Ca. gástrico. Presenta síntomas de obstrucción de boca anastomótica. Se le hace laparatomía exploradora encontrándose metástasis peritoneales. Se hizo yeyunostomía.
- 6º caso: Paciente operado hacía tres años por sarcoma linfoblástico. Presenta obstrucción del intestino delgado. Se le intervino y se encontró ad-

- herencias como causantes de la obstrucción. Se liberan adherencias.
- 7º caso: Dos años después de operado presenta obstrucción de boca anastomótica. Se le intervino, encontrándose carcinomatosis peritoneal.
- 8º caso: Dos años después presenta recurrencia de los síntomas. Se le interviene y se encuentran metástasis en todos los órganos abdominales.
- 9º caso: Cinco años después de gastrectomía por Ca. gástrico, se le interviene por obstrucción de boca anastomótica. Se encuentran abundantes metástasis peritoneales.
- 10º caso: Paciente a quien se le practicó gastro-yeyunos-
tomía cuando una úlcera gástrica perforada al
pancreas se interpretó macroscópicamente como
Ca. gástrico. Se le interviene 3 meses después
y se hace gastrectomía subtotal.
- 11º caso: Paciente con úlcera duodenal perforada macroscópicamente, fue interpretada como Ca. Se le practicó gastrectomía por exclusión de Devine, tres años después presentó recurrencia de los mismos síntomas y se le resecó antro pilórico y duodeno.

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS:

- | | |
|---|--------|
| 1.—Shock operatorio. Fallece el primer día. post-op. | 1 caso |
| 2.—Shock operatorio. Fallece el segundo día. post-op. | 1 caso |
| 3.—Shock operatorio. Fallece el tercer día post-op. | 1 caso |
| 4.—Supuración de herida operatoria a los cuatro meses con eliminación del material de sutura de algodón de pared abdominal. | 1 caso |
| 5.—Atelectasia parcial de lóbulo inferior derecho. Respondió satisfactoriamente. | 1 caso |

- | | |
|--|--------|
| 6.—Dehiscencia de herida operatoria en el séptimo día post-op. | 1 caso |
| 7.—Dehiscencia de herida operatoria en el octavo día post-op.
Ambos cerraron secundariamente. | 1 caso |
| 8.—Pneumonia post-operatoria. Tratamiento satisfactoro. | 1 caso |
| 9.—Crisis febril palúdica en el cuarto día post-operatorio | 1 caso |
| 10.—Obstrucción intestinal por adherencias post-operatorias | 1 caso |
| 11.—Peritonitis localizada. Respondió a tratamiento | 1 caso |

CONTROLES POST-OPERATORIOS. EVOLUCION.

Es bien sabido que en el medio hospitalario son pocos los pacientes que vuelven a las reconsultas (o no van a las reconsultas si están curados o regresan cuando el estado de la enfermedad es avanzado). Por suerte, en nuestra serie, varios consultaron nuevamente por problemas ajenos a la operación practicada.

En los casos estudiados a todos los pacientes se les practicó estudio radiológico para ver funcionamiento de boca anastomótica después de la gastrectomía, antes de su egreso y a todos los pacientes que se quejaban de molestias epigástricas como dolor, náusea o vómitos, en las reconsultas; solo en un caso de gastrectomía por úlcera gástrica, se sospechó úlcera de boca anastomótica. El paciente rehusó nueva intervención. El número de casos y la fecha en que fueron presentados es el siguiente:

Carcinomas gástricos y sarcomas.	
Control de 1 mes a 6 meses	12 casos
Control de 6 meses a 1 año	10 casos
Control de un año a 18 meses	4 casos
Control de 18 meses a 2 años	13 casos
Control de 2 años a 3 años	9 casos

Control de 3 años a 4 años	2 casos
Control de 4 años a 5 años	1 caso
Control de 5 años a 6 años	1 caso
Total de casos controlados	31 casos
Total de casos no controlados	12 casos
Úlceras gástricas y duodenales.	

Control de 1 a 6 meses	10 casos
Control de 6 a 12 meses	7 casos
Control de 12 a 18 meses	4 casos
Control de 18 a 24 meses	3 casos
Control de 2 a 3 años	2 casos
Control de 3 a 4 años	4 casos
Control de 5 a 6 años	2 casos
Total de casos controlados	15 casos
Total de casos no controlados	7 casos

Las molestias presentadas por los pacientes en las re-consultas fueron:

	Ca. gástrico	Úlcera gástrica	Úlcera Duodenal
Dolor epigástrico	12	4	1
Náusea	11	2	1
Vómitos	13	2	1
Flatulencia	13	3	2
Pérdida de peso	14	1	-
Anorexia	11	-	-
Pirosis	8	3	1

Masa palpable se encontró en 9 de los casos que re-consultaron. 8 de ellos consultaron alrededor de los 2 años.

Síntomas simulando Dumping moderado que no necesitaron intervención quirúrgica, se observó en tres casos de úlcera gástrica, en un caso de úlcera duodenal y en cuatro casos de Ca. gástrico.

SEGUNDA PARTE

COMENTARIO; LESIONES ENCONTRADAS:

En la serie de nuestros casos la incidencia de lesiones malignas fue de 63.15%, siendo notorio su mayor número sobre las lesiones benignas que fue de 34.85%. Según Ewing, a incidencia de Isarcoma es de 1%; la incidencia encontrada nuestra fue de 2.32%. Marshall concidera el 95% de las lesiones malignas como carcinomas; nosotros encontramos el 97.68% de carcinomas. Consideramos que el alto porcentaje de úlceras gástricas sobre duodenales sea debido que en las gástricas el tratamiento quirúrgico se propone en más alto porcentaje que en la duodenal, la cual en el 95% de los casos responde al tratamiento médico.

EDAD:

La mayor incidencia de Ca. gástrico se encontró entre los 45 y 65 años de edad. Las úlceras gástricas tuvieron mayor incidencia entre 38 y 50 años que es incidencia igual a la presentada por el Dr. Durán en estudio hecho sobre pacientes de sexo femenino y que está de acuerdo con la incidencia reportada por Baulfor.

TIEMPO DE EVOLUCION:

Idea general es que tiempo de evolución largo es igual a lesión benigna; sin embargo pueden presentarse casos con largo tiempo de evolución de los síntomas como en nuestra serie en que se encontraron dos casos de 3 a 4 años de Ca. gástrico en personas de 38 a 40 años.

CUADRO CLINICO

El síntoma dolor fue la principal y más frecuente molestia que en nuestros pacientes fue encontrada. (74.41%) en Ca. gástrico, 88.23% de úlcera gástrica y 66.66% en la úlcera duodenal. Según Baulfor el dolor se encuentra en el 90% de los casos de carcinoma. En los casos de perforación tabicada el ritmo y la intensidad de los síntomas cambió.

VOMITOS:

Generalmente precedidos de náusea, concuerda a las cifras dada por el Dr. Durán de que se presenta del 60 al 80 por ciento de los casos, más frecuentes en los casos de obstrucción pilórica.

PERDIDA DE PESO:

Se encontró en mayor número en los carcinomas (46.51%) que sobre las úlceras gástricas, (11.76%), a pesar de la evolución larga de estas, fue observado con mayor frecuencia en pacientes que presentaban obstrucción pilórica. El síntoma sialorrea fue observado únicamente en el Ca. gástrico.

EXAMENES RADIOLOGICOS

Es sin duda el mejor método para establecer el diagnóstico, en nuestros casos, el 100% de Ca. gástrico fue interpretado correctamente. Es de observar que en todos los casos el aspecto radiológico no ofrecía dudas. Las úlceras gástricas perforadas por la marcada deformidad que presentaban, impresionaron más en la posibilidad de lesión maligna; ayudó a esto la sintomatología del dolor que de rítmico pasó a ser más intenso y constante.

DIAGNOSTICO:

El diagnóstico precoz de las lesiones malignas para un tratamiento más radical, es obvio que sería el ideal; sin embargo esto en la mayor parte de los casos es imposible porque los síntomas no atemorizan al enfermo a consultar, o bien con poco tiempo de evolución ya se encuentran carcinomas avanzados. Es necesario insistir en someter a un examen minucioso a todos los pacientes con molestias gástricas continuas; se obtendrá información más exacta de la naturaleza de las lesiones por medio de los exámenes radiológicos y gastrocópicos. El tratamiento radical de lesiones benignas disminuirá en parte la incidencia de las lesiones malignas si están ligadas en su inicio o al menos la mortalidad de sus complicaciones.

ANATOMIA PATOLOGICA:

Aunque se observan carcinomas en cualquier parte del estómago, la localización primitiva de estos en su mayor parte, tiene predilección por la mitad distal del estómago en sus tres cuartas partes. En nuestra serie comprobamos lo observado en servicios de mujeres de nuestro y otros países, de que el carcinoma es el más frecuente de las lesiones malignas, siendo la incidencia mayor según su grado de malignidad.

TRATAMIENTO:

Plenamente demostrado está que el mejor tratamiento de la úlcera y carcinomas gástricos, es la resección quirúrgica amplia del 60 al 75% del estómago junto con la lesión. Marshall en 417 úlceras gástricas que estudió sólo en el 15% de ellas comprobó malignidad.

La vagotomía y gastroenteroanastomosis, tiene complicaciones de úlcera gastroyeyunal recurrente en el 5 al 10% de los casos, mediante la gastrectomía subtotal sólo se encuentra en el 2 al 4% de los casos.

En nuestra serie, la gastrectomía subtotal Hoffmeister fue la más empleada y con menores resultados desfavorables post-gastrectomía. Ninguno de los resultados molestos como son el Dumping síndrome, úlcera gastroyeyunal, anemia, pérdida de peso encontrados, pueden ser comparados a las molestias por carcinoma, úlcera gástrica etc. Por lo cual en todos los pacientes, debe brindárseles el beneficio de una gastrectomía, salvo contraindicación especial.

TERCERA PARTE

CONCLUSIONES

- Hemos revisado 66 casos de lesiones orgánicas gástricas o duodenales, tratados en la Primera Cirugía de Hombres Sec. A., del Hospital General en un período de 10 años.
- Es evidente el mayor índice porcentual de lesiones malignas observadas, no obstante, lo reducido de la serie estudiada.
- Es indudable que el dolor es el principal síntoma de las lesiones estudiadas y el que motiva la consulta del paciente. Creemos que si la consulta fuera en sus inicios, el porcentaje de curabilidad aumentaría mucho.
- Los hallazgos operatorios demostraron, confirmados por anatomía patológica, que las metástasis invaden primero los ganglios regionales.
- Creemos en la conveniencia de hacer examen radiológico a todos los pacientes que se quejen de molestias gástricas continuas.
- Hemos comprobado el resultado final satisfactorio en el tratamiento quirúrgico de las lesiones gástricas orgánicas, ulcerosas o neoplásicas.
- De nuestra experiencia y de la revisión de los 66 casos, en este trabajo estudiados, podemos concluir, que el mejor tratamiento quirúrgico para las úlceras gástricas o duodenales, sigue siendo la gastrectomía subtotal del 60 al 75% y el de los cánceres operables del estómago, la gastrectomía subtotal y resección amplia de epiploones, ganglios linfáticos regionales, en ocasiones esplenectomía y segmentos de órganos vecinos.

JOSE TORIBIO DUARTE F.

Bo.

Dr. Julio de León M.

Imprimase. Dr. Ernesto Alarcón

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Durán Ayala Rodolfo. Revisión de 71 casos operados por lesión gastroduodenal. 1955.
- 2.—Minondo Herrera Rafael. Los resultados obtenidos con la vogotomía y hemigastrectomía asociados en el tratamiento de úlcera duodenal. Junio 1956.
- 3.—Sweet R. H., Robins, L.L., Gephart, T., and Williams Jr. E. W. The surgical treatment of peptic ulceration and structure of the lower esophagus Ann, Sur, 139, 258, 1954.
- 4.—Regato J. del Ackerman L. V. Cáncer Pag. 501 UTEHA 1951.
- 5.—Wallensten, A., and Gothmann L. An evolution of the Bilroth I Operación for peptic ulcer and surgery 33, 1953.
- 6.—Cristopher F. Trat. Pat Quirúrgica II 1062 y 1068 Interamericana 1959.
- 7.—Pedro Pons A. Tratado de Patología y clínica médica I 225 y 281, Salvat 1952.
- 8.—Russel L Cecil. Trat Med. Interna II 841 849 Interamericana 1958.
- 9.—E. S. Cutler y R. Zollinger 70 y 72 Atlas de operaciones quirúrgicas Hispanoamericanas 1959.
- 10.—Bouden L. Boods R, J, and McNeer F. Recurrent gastric carcinoma and intern evaluation of surgical results 36 204 1954.
- 11.—Welch C. E. Cirugía gastroduodenal 138 y 232 Interamericana 1959.
- 12.—Lewis F. I. Partial gastrectomy and its sequels Surg Gynec and Obst. 97 776 1953.
- 13.—Renine V. H. Dockerly, M. Band Priestley J. T. Some factors wich influence prognosis in surgical treatment of gastric Carcinoma An, Surg 138, 311 1953.