

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

REPUBLICA DE GUATEMALA. AMERICA CENTRAL

Ulcerá Gástrica, Localización y Caracteres Clínicos: Informe de Sesenta Casos

TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
POR

Rolando Moreno Calvo

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE

Médico y Cirujano



GUATEMALA, AGOSTO DE 1963

PLAN DE TESIS

- I) INTRODUCCION
- II) MATERIAL Y METODO
- III) RESULTADOS
- IV) COMENTARIOS
- V) CONCLUSIONES
- VI) BIBLIOGRAFIA

I) INTRODUCCION

La úlcera péptica es una lesión benigna, circunscrita, que presenta un defecto o pérdida de tejido que se extiende usualmente hasta las capas musculares y que aparece en áreas del tracto gastrointestinal que más contacto tienen con el Jugo Gástrico (pépsina-acido clorhídrico).

La úlcera péptica no es puramente una lesión local del estómago o duodeno; es el resultado de manifestaciones emocionales, fisiológicas y biológicas desencadenadas por el esfuerzo humano ante la civilización. El dilema de que la úlcera gástrica y duodenal sean esencialmente la misma enfermedad, localizada en distintas áreas, o diferentes enfermedades, ha creado divergentes opiniones. La aparición temprana y la mayor frecuencia de la úlcera duodenal en el hombre, en comparación con la distribución en frecuencia de ambos sexos de la úlcera gástrica han sido invocados como marcada diferencia. La secreción gástrica, la cual es alta en la úlcera duodenal y normal o ligeramente alta en las gástricas, así como la hipermotilidad en las primeras o el vaciamiento normal o retrasado en las segundas hacen énfasis en la diferencia entre ambas afecciones. Sin embargo hay autores que sostienen que los mecanismos de producción de las úlceras son básicamente los mismos, y que dependerá del asiento anatómico de la lesión, la existencia o ausencia de hipersecreción y fenómenos motores que parecen diferenciar una de la otra. Tales manifestaciones serían, en tal virtud, secundarias a la localización.

II) MATERIAL Y METODO

El presente estudio fue realizado en el Departamento de Anatomía Patológica del Hospital General, donde se revisaron 93 casos

de úlcera gástrica comprendidos en el período de marzo de 1956 a mayo de 1963. Juntamente con los informes de Anatomía Pato- lógica fueron analizadas las Historias Clínicas, y se hizo un estudio correlativo en 60 casos, que fueron los Registros Clínicos que había a nuestra disposición. En los 33 casos restantes dicho estudio no se pudo efectuar por pertenecer 20 de esos pacientes a Hospitales Departamentales, y haberse extraviado los Registros Clínicos de los 13 restantes.

III) RESULTADOS

SEXO:

En nuestra serie fue la úlcera gástrica más frecuente en el sexo femenino, ya que 36 pacientes (60%) eran mujeres. El 40% restante (24 sujetos) eran hombres.

CUADRO NUMERO UNO

EDAD	NUMERO	PORCENTAJE
20-29	2	3.3
30-39	9	15.0
40-49	14	23.3
50-59	17	28.3
60-69	11	18.3
70-79	5	8.3
80-89	2	3.3

EDAD:

(Cuadro N° 1). La mayor incidencia de úlcera gástrica la encontramos en la década de los 50 a los 59 años: 28.3%. De los 40 a los 49 la encontramos en 23.3%. De los 60 a los 69 en 18.3%. El caso de menor edad fue un hombre de 21 años, de oficio agricultor quien refirió una evolución en su sintomatología de 3 años. El de mayor edad lo fue también del sexo masculino: 84 años. Su tiempo de evolución era de 3 años.

CUADRO NUMERO DOS

OCCUPACION	No. DE CASOS
Oficios domésticos	34
Agricultor	13
Obrero	4
Maestro	2
Periodista	1
Comerciante	1
Piloto automovilista	1
Fotógrafo	1
Carnicero	1
Enfermera	1
No trabaja	1

OCCUPACION:

(Cuadro N° 2). Dado que la mayor incidencia de úlcera gástrica la encontramos en el sexo femenino, la ocupación que con mayor frecuencia encontramos fue la de oficios domésticos: 34 casos (56.6%). Le sigue en orden descendente el de agricultor (13 casos).

EVOLUCION DE LOS SINTOMAS:

(Cuadro N° 3). Este dato fue encontrado en 46 de las Historias Clínicas revisadas. Corresponden a un 76.6% de los 60 pacientes. En el período comprendido hasta 6 meses antes del ingreso al Hospital es en donde encontramos mayor incidencia: 34.7%. De 6 meses a 1 año 26%. Esto quiere decir que en la inmensa mayoría de los casos el tiempo de evolución de su sintomatología fue de un año o menos (60.7%).

CUADRO NUMERO TRES
TIEMPO DE EVOLUCION DE LOS SINTOMAS

(Presente en 46 casos: 76.%)

TIEMPO	Nº DE CASOS	PORCENTAJES
Menos de 6 meses	16	34.7
6 meses a 1 año	12	26.0
Más de 1 año	0	0.0
Más de 2 años	5	10.8
Más de 3 años	4	8.7
Más de 4 años	1	2.1
Más de 5 años	8	17.8

SINTOMAS MAS FRECUENTES:

DOLOR: fue el síntoma predominante de nuestra serie. Presente en 59 pacientes: 98.3%. En 23.7% de los casos fue localizado el epigastrio fijo; en 8.8% se refirió como epigástrico pero con irradiación a otros sitios del abdomen: el sitio más frecuente de proyección fue el hipocondrio derecho; con menor frecuencia se mencionó el hipocondrio izquierdo, la región lumbar, el hombro derecho y las fosas ilíacas, especialmente la derecha. Solamente en 9 sujetos fue referida otra localización que no fuese epigastrio.

En 37.2% lo refirieron después de la ingestión de alimentos. En 33.3% no hubo relación con las comidas. En 16.6% se refirió que el dolor cedía después de comer. En el 12.9% restante no encontramos ningún dato que relacionara el dolor con las comidas.

NAUSEAS Y VOMITOS: estos síntomas siguieron al dolor en frecuencia. Estaban presentes en 34 pacientes. En la mayoría de ellos el dolor desaparecía después de vomitar.

PERDIDA DE PESO: se refirió en 12 pacientes. No se especifica cuánto fue el monto de esta pérdida.

DIARREA: en las Historias Clínicas hay antecedentes de diarrea en 12 pacientes (20%). Esta se presentaba generalmente en episodios.

PIROSIS Y ERUCTOS síntomas que aparecieron en 13.3%.

ANOREXIA: presente en la historia de 8 pacientes: 13.3%.

MELENAS: se refiere este signo en 8 de ellos. Debemos hacer notar que en la mayoría de los casos se tomó como base el aspecto de heces alquitranadas para mencionarlo.

HEMATEMESIS: presente en 5 casos: 8.3%. En tres casos de esta serie fue el síntoma que los hizo ingresar al Hospital por el Servicio de Emergencia ya que fue masiva y repentina. El tiempo de evolución de los síntomas en 2 de estos enfermos era apenas de 3 meses.

En los dos casos restantes la hematemesis se refiere como un episodio anterior.

INTOLERANCIA A LAS GRASAS: se encontró en 5%.

IMPRESION CLINICA DE INGRESO:

(Cuadro N° 4). Es de hacer notar que basados en los síntomas que el paciente presentaba a su ingreso al centro hospitalario, se tuvo la impresión de cáncer gástrico en 16 casos (26%). La impresión clínica correcta de úlcera gástrica se tuvo en 14 pacientes (23.3%). En un grupo que hemos denominado miscelánea incluimos aquellos casos en que no se era categórico en la impresión clínica y se mencionaban dos y más posibilidades diagnósticas. Dentro de este grupo de 14 pacientes, en 8 de ellos se pensó en dos posibilidades diagnósticas: úlcera gástrica versus neoformación gástrica.

Entre los diagnósticos iniciales que se establecieron en el resto de los pacientes, figuraron: lesión orgánica gástrica —sin especificación de su naturaleza—: 3 casos; colecistitis: otros 3 casos.

CUADRO NUMERO CUATRO
IMPRESIONES CLINICAS DE INGRESO

IMPRESION CLINICA	Nº DE CASOS	PORCENTAJE
Neoplasia gástrica	16	26.6
Ulcera gástrica	14	23.3
Miscelánea	14	23.3
Ulcera péptica	5	8.3
Lesión orgánica gástrica	3	5.0
Colecistitis	3	5.0
Estenosis pilórica	1	1.6
Obstrucción intestinal	1	1.6
Pancreatitis	1	1.6
Enterocolitis	1	1.6
Sin impresión clínica	1	1.6

CUADRO NUMERO CINCO
RESUMEN DE INFORMES RADIOGRAFICOS

LESION	Nº DE CASOS	PORCENTAJE
Ulcera gástrica	24	51.0
Sospecha de neoplasia	10	21.2
Sospecha úlcera	6	12.7
Informada como normal	3	6.3
Neoplasia gástrica	2	4.2
Niega exista úlcera	2	4.2

INFORMES RADIOGRAFICOS:

En un total de 47 pacientes (78.3% de los 60 casos de esta serie) se tuvo a la vista el informe del estudio radiográfico gastroduodenal y/o las placas respectivas. Los restantes 13 casos no presentaban en sus registros personales ni informes radiográficos, ni las placas de sus estudios que probablemente les fueron practicados.

La lesión más frecuentemente descrita fue la de úlcera gástrica (51%). Sospechas de la misma, sin confirmación radiológica, la encontramos en un porcentaje de 12.7. Esto quiere decir que de 47 pacientes con diagnóstico radiológico, solamente en 30 de ellos se afirmaba o se sospechaba la existencia de úlcera gástrica. De los otros 17 casos, el cuadro radiológico fue descrito como correspondiente a sospecha de neoplasia en 10 de ellos; informada la serie gastroduodenal como normal en 3 casos y afirmando lesión franca mente neoplásica en 2 oportunidades. Todo esto se puede observar en el cuadro número cinco.

En un paciente en que clínicamente se sospechó la posibilidad de que se tratara de una úlcera gástrica perforada, la serie gastroduodenal corroboró la impresión, la cual fue positivamente confirmada en el acto quirúrgico, y por estudio anatomapatológico.

Otro caso ingresado por el Servicio de Emergencia en que se tuvo la impresión de que se tratara de una úlcera gástrica perforada, la placa vacía de abdomen confirmó la presencia de aire en la cavidad peritoneal, y los hallazgos quirúrgicos correspondían al mismo cuadro.

Las características radiológicas que más frecuentemente se encontraron fueron: retardo del vaciamiento gástrico en 11 casos; proceso de gastritis en 10 pacientes; estómago descendido en 10 casos; estómago con residuos alimenticios en ayunas en 5 casos; atrofia de los pliegues en solamente un caso.

LOCALIZACION RADIOGRAFICA DE LAS ULCERAS GASTRICAS:

(Cuadro N° 6). De los 24 pacientes en los que se confirmó el diagnóstico de úlcera gástrica por medio de la serie gastroduodenal (51%), la lesión fue localizada en 21 casos (87.5%), en la curvatura menor, distribuidas de la siguiente manera: pilóricas 9.5%; del tercio medio de la mencionada curvatura 42%; del tercio superior 19% y 28.5% en los cuales no se hace ninguna mención con respecto a su localización.

En la curvatura mayor solamente fue localizado un caso, que corresponde a 4.1% del total de úlceras gástricas. Y en dos pacientes no fue descrita la situación de la lesión, aunque si se afirma su presencia.

CUADRO NUMERO SEIS LOCALIZACION RADIOGRAFICA DE ULCERAS GASTRICAS

SITIO	Nº DE CASOS	PORCENTAJE
CURVATURA MENOR	21	87.5
		% de 21
Pilóricas	2	9.5
Tercio medio	9	42.8
Tercio superior	4	19.0
No localizadas	6	28.5
CURVATURA MAYOR	1	4.1
NO LOCALIZADAS	2	8.3

EXAMENES DE LABORATORIO CURVA DE ACIDEZ:

Este examen de laboratorio fue practicado en 26 pacientes de la serie estudiada, o sea que se practicó únicamente en 43.3%.

Hiperacidez se encontró en 8 casos.

Hipoacidez en 6 pacientes.

Normoacidez en 12 oportunidades.

INVESTIGACION DE SANGRE OCULTA:

Esta prueba se efectuó en 18 pacientes (30%). POSITIVA; en 12 oportunidades. NEGATIVA; en 6 pacientes.

ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO:

El estudio anatomiopatológico se efectuó en 56 casos de los 60 de la serie, o sea en 93.3%. En los 4 casos restantes no se encontró el informe del mencionado análisis.

La mayor incidencia con respecto a la localización de la lesión la encontramos sobre la curvatura menor, 31 casos, lo que corresponde a un 55.3%. De este grupo fueron localizadas 12 ulceraciones en la región pilórica de la curvatura menor (38.7%); 2 en su tercio superior (6.4%); en los 17 pacientes restantes no fue posible localizar la lesión, debido a que el fragmento de estómago enviado al Laboratorio era pequeño sin referencias, o bien debido a que los cortes efectuados por los cirujanos al estudiar el órgano en Sala de Operaciones fueron hechos de manera arbitraria.

CUADRO NUMERO SIETE LOCALIZACION ANATOMICA DE ULCERA GASTRICA

LOCALIZACION	Nº DE CASOS	PORCENTAJE
CURVATURA MENOR	31	55.3
	Número	% de 31
Tercio superior	2	6.4
Tercio medio	0	0.0
Pilórica	12	38.7
No se informa	17	54.8
REGION PILORICA		
(Fuera de la Curvatura Menor)	15	26.8
CURVATURA MAYOR	3	5.3
PARED POSTERIOR	3	5.3
PARED ANTERIOR	1	1.8
NO LOCALIZADAS	3	5.3

La región del estómago que sigue en frecuencia es la región pilórica fuera de la curvatura menor, ya que se encontraron lesiones en ella en 15 casos (26.8%). Tanto en la curvatura mayor como en la cara posterior del estómago se encontraron igual número de lesiones: 3 (5.3%). En la cara anterior solamente se encontró una úlcera (1.8%). En los 3 casos restantes no se describió la localización de la lesión.

Con respecto a la profundidad de la úlcera en las paredes del estómago encontramos los siguientes datos: en 6 la lesión llegaba

hasta la submucosa; en 14 hasta las capas musculares; en 5 casos perforaba hasta la serosa y solamente en 6 casos estaban perforadas las tres capas del estómago (10.7%). No se mencionaba específicamente la profundidad de la úlcera en el resto de informes histopatológicos.

Con respecto a la antigüedad de la lesión desde el punto de vista anatomopatológico, encontramos en los informes que en 25 casos se describe la lesión como antigua (44.6%). En un caso se habla concretamente de lesión reciente (1.7%). En los restantes no se hace ningún comentario al respecto.

Únicamente en un paciente se encontraron dos úlceras concomitantes, benignas: una localizada en la región pilórica y la otra en la curvatura menor, distante del píloro.

CUADRO NUMERO OCHO PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

	Nº DE CASOS	PORCENTAJES
GASTRECTOMIA (Sin especificar cantidad resecada)	5	8.4
GASTRECTOMIA		
SUBTOTAL	55	91.6
ANASTOMOSIS GASTROYEYUNAL	32	58.1%
Hofmeister	11	
Billroth II	9	
Polya	7	
No clasificadas	5	
ANASTAMOSIS GASTRODUODENAL	9	16.3%
Billroth I	7	
Schoemaker	2	
NO CLASIFICADAS	12	21.8%
RESECCION EN MANGA	2	2.6%

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS:

(Cuadro N° 8). La intervención quirúrgica que más se efectuó fue la Gastrectomía subtotal 91.6%. En el 8.4% restante solamente encontramos en los registros la descripción del procedimiento operatorio como "Gastrectomía" sin especificación de la cantidad de viscosa resecada.

De los 55 casos de gastrectomía subtotal, en 12 de ellos se encontró que no se había especificado cual variedad de procedimiento se había empleado, lo que corresponde a un 21.8%. En 58.1% se practicó la variedad de anastomosis gastroyeyunal, y en este grupo las modificaciones encontradas fueron las siguientes: Hofmeister 11 casos; Billroth II 9 casos; Polya 7 casos y finalmente no clasificados 5 casos. La variedad de anastomosis gastroyeyunal más empleada fue la de Hofmeister. La anastomosis gastroduodenal se practicó en 9 pacientes (16.3%) de la serie de 55 en los que se practicó gastrectomía subtotal. La operación de Billroth I fue la más frecuentemente empleada (7 casos), y con menor frecuencia la modificación de Schoemaker (2 casos). La resección en manga fue practicada en 2 pacientes de la mencionada serie (3.6%). Por lo tanto el procedimiento quirúrgico más frecuentemente empleado fue el de Gastrectomía subtotal con anastomosis gastroyeyunal.

En un caso del grupo de pacientes por nosotros estudiado se le practicó gastrectomía, pancreatectomía y hemicolectomía ya que se sospechaba la presencia de una lesión maligna gástrica. En otro paciente se le practicó en el mismo acto quirúrgico gastrectomía, esplenectomía y colecistectomía por el mismo motivo anterior. Sin embargo en ninguno de estos dos pacientes se confirmó la sospecha de neoplasia, y fue confirmado por el patólogo que se trataba de una úlcera gástrica benigna sin evidencia de malignidad.

IV) COMENTARIO

En nuestro material nos llamó la atención que la incidencia fuera más frecuente en mujeres (60%), ya que informes de otros

países y del nuestro, muestran una incidencia diferente en cuanto al sexo. El Dr. Passarelli (en su trabajo de úlcera péptica en Guatemala, presentado al Congreso Nacional de Medicina en 1962) reportó un 55.8% para el sexo masculino y 44.2% para el femenino, en un análisis efectuado sobre pacientes de clientela privada del autor.

Las impresiones diagnósticas de ingreso fueron variadas y en muchos casos el cuadro clínico indujo a la sospecha de cáncer del estómago.

Los procedimientos quirúrgicos efectuados fueron variados y probablemente acordes con la localización de la lesión gástrica. Pero llaman mucho la atención dos casos en los cuales por el hecho de apreciación macroscópica, además de la resección gástrica se practicó pancrectomía y hemicolectomía, y esplenectomía y colecistectomía en cada ocasión. Sin embargo en ninguno de estos dos pacientes fue confirmada la neoplasia por el Departamento de Anatomía Patológica.

V) CONCLUSIONES

- 1.—Se revisaron 60 casos de úlcera péptica gástrica operados durante el período de marzo de 1956 a mayo de 1963, en el Hospital General de Guatemala.
- 2.—La incidencia fue de 60% para el sexo femenino y 40% para el masculino.
- 3.—La mayor incidencia con respecto a la edad fue de 40 a 69 años: 42 casos.
- 4.—El dolor epigástrico localizado o con irradiación, fue el síntoma predominante.
- 5.—La Impresión Clínica inicial fue correcta en 19 casos (31.6%).
- 6.—El estudio radiológico afirmó o sospechó la existencia de úlcera péptica gástrica en 30 casos de 47. En 5 oportunidades el diagnóstico radiológico fue negativo para patología orgánica gástrica.
- 7.—La localización radiográfica más frecuente fue el de la curvatura menor (21 casos de 47).
- 8.—El estudio de Anatomía Patológica se efectuó en 56 casos o sea 93.3%, de los cuales la localización más frecuente fue sobre la curvatura menor en 55.3%.
- 9.—Estudio de acidez gástrica se efectuó en 26 pacientes, mostrando acidez normal en 12 pacientes; hiperacidez en 8 casos e hipocacidez en 6 oportunidades.
- 10.—La operación más frecuente en este grupo de pacientes tratados todos quirúrgicamente fue la Gastrectomía subtotal con anastomosis gastroyeyunal.

Dr. Rosendo Gordillo, h.,
Secretario.

Dr. Carlos A. Soto,
Asesor.

Dr. Julio Paz C.,
Revisor.

Imprímase:
Dr. Carlos M. Monsón Malice,
Decano.



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

SHAY, H.: The Pathologic Physiology of Gastric and Duodenal Ulcer. Bull. New York Acad. Med. 20:264:1944.

BOCKUS: Gastro Enterology. W. B. Saunders Company Philadelphia and London 1944. Vol. 1. Page 214.

PASSARELLI, C.: Ulcera Péptica en Guatemala. XII Congreso Nacional de Medicina 1962.

JORDAN, S. M.: Gastroenterology. Vol. 37:385:1959.

DE LA VEGA, J. M.: A Survey of the Peptic Ulcer Problem in Mexico. Gastroenterology 31:511:1956.

KISNERS, J. B.; CLAYMAN, C. B., and PALMER, W. L.: The Problem of Gastric Ulcer. A.M.A. Archives of Internal Medicine. 104:995:1959.

NIWAYAMA, C. and KORNELL, T.: A Study of Peptic Ulcer Based on Necropsy Records. Gastroenterology 36:409:1959.

MINORU, O.; KINGO, O., and SEDAO: The Location of Gastric Ulcer. Gastroenterology 36:45:1959.

SULMAN, D.; KISNERS, J. B.: Peptic Ulcer. A Review of Recent Literature. Gastroenterology 44:664:1963.