



OSCAR AMILCAR AMADO ARAGON

GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 1976

	Página
INTRODUCCION	1
OBJETIVOS	3
FORMULACION DE HIPOTESIS	5
MATERIAL Y METODOS	7
ANTECEDENTES	9
FISIOPATOLOGIA	11
Criterios Clínicos Dx de Enfisema Pulmonar	13
Signos Radiológicos	13
Clasificación Clínica	15
Criterios Dx de <u>Úlcera</u> Gastro Duodenal	15
PATOGENESIS	17
A Factor Embiológico	17
B Hipoventilación	19
C Histamina	21
D Amoníaco	21
E Medicamentos	22
Otros Fact ores	23

	Página
ANALISIS Y PRESENTACION DE RESULTADOS	25
Cuadro # 1	28
Cuadro # 2	29
Cuadro # 3	31
Cuadro # 4	32
Cuadro # 5	36
CONCLUSIONES	37
RECOMENDACIONES	39
FUENTES DE CONSULTA	41

LA ASOCIACION ENTRE ENFISEMA PULMONAR Y ULCERACION PEPTICA, ES SUFICIENTEMENTE PROMINENTE PARA HACERNOS SOSPECHAR RUTINARIAMENTE ULCERACION PEPTICA, EN CUALQUIER PACIENTE ENFISEMATOSO, CON SINTOMAS GASTROINTESTINALES.

EL CONOCIMIENTO DEL MEDICO EN ESTAS RELACIONES AYUDARON GRANDEMENTE PARA ABOLIR ALGUNAS DE LAS COMPLICACIONES QUE SE HAN VISTO.

INTRODUCCION

Definitivamente estamos todos de acuerdo, que en los últimos años, la medicina en sí, ha sufrido muchos cambios, dados por las investigaciones científicas y condicionados por la tecnología actual.

Muchas investigaciones se han llevado a cabo, esto conlleva que una gran cantidad de estudios muy importantes, queden o sean conocidos por muy pocas personas, naturalmente aquellas interesadas, en el tema en cuestión. Mientras tanto una gran cantidad de estudiantes de Medicina y Profesionales, desconocen absolutamente de este tipo de adelantos, que le ayudarían a encontrar el porqué de muchas "cosas" - que aparentemente no tienen origen ni conclusión.

Partiendo de ello y motivado por la misma, es que pongo a consideración la presente investigación de Tesis, en la cual pretendo demostrar que uno de estos grandes adelantos, es completamente ignorada por una gran cantidad de Médicos.

Para lo cual he tenido que revisar una gran cantidad de artículos sobre el tema en cuestión "Relación entre Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y la Úlcera Péptica", así mismo efectuar una investigación estadística en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y tratar de determinar que porcentaje de ellos presentan o Úlcera Gastrointestinal demostrada, o si faltara el estudio Signos y Síntomas de las mismas.

OBJETIVOS

- 1- Encontrar el porcentaje, en forma aproximada de la relación de ambas enfermedades encontradas en Guatemala.
- 2- Exponer cuales son los principales factores que predisponen a que un paciente padezca am bas enfermedades.
- 3- Demostrar que esta relación es un hecho no una suposición.
- 4- Determinar los Métodos diagnósticos que en nuestro medio pueden ser factibles para el estudio completo de estos pacientes.
- 5- Efectuar una revisión exhaustiva de la bibliografía existente sobre este tema.

FORMULACION DE LA HIPOTESIS

10. Que en nuestro medio el porcentaje, de relación entre ambas enfermedades (úlcera péptica y enfermedad pulmonar obstructiva crónica) es parecido a los encontrados en otros países.
20. Y que un gran porcentaje de estos no son estudiados debidamente primero por desconocimiento de la relación y segundo por un factor económico de bases muy profundas de relación nacional.

MATERIALES Y METODOS:

Para la elaboración de la presente tesis se hizo uso de varios servicios públicos como lo son: Bibliotecas: Incap, Facultad de Medicina, Hospital General, Hospital Roosevelt; Igss, Department of Health, Education, and Welfare. Public Health service-National Institutes of Health. National Library of Medicine. Bethesda, Maryland. Biblioteca de la Universidad de Arizona EEUU.

Uso del Departamento de Estadística y Archivo del Hospital Roosevelt.

METODOLOGIA: traducción y comentarios de los artículos donde se habla de dicha relación.

Revisión personal de todas las Historias clínicas de los pacientes con Enfermedad pulmonar Obstructiva crónica (asma, bronquitis, enfisema).

La revisión de las Historias clínicas fue llevada a cabo en los archivos del Hospital Roosevelt, encontrando en una serie de 225 pacientes una incidencia de relación del 31.12% (70 Pacientes) entre aquellos pacientes que tenían ambas enfermedades.

ANTECEDENTES

Desde aproximadamente la década del 50, han aparecido varios reportes en la cual asocian la ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA con la ULCERA GASTRODUODENAL.

Hay poca documentación sobre esta asociación, y muchos de los autores han recalcado su importancia y aún lo más importante es que se ha notado que muchos de los médicos no están alertas a esta coincidencia. "LA ASOCIACION ENTRE ENFISEMA PULMONAR Y ULCERACION PEPTICA, ES SUFICIENTE PREDOMINANTE PARA HACERNOS SOSPECHAR RUTINARIAMENTE ULCERACION PEPTICA EN CUALQUIER PACIENTE ENFISEMATOSO, CON SINTOMAS GASTROINTESTINALES. EL CONOCIMIENTO DEL MEDICO EN ESTAS RELACIONES AYUDARAN GRANDEMENTE PARA ABOLIR ALGUNAS DE LAS COMPLICACIONES SERIAS QUE SE HAN VISTO".

Latts, Cummins y Zieve ^{1/} indican que del análisis de pacientes hospitalizados con enfisema pulmonar, llegaron a la conclusión que aproximadamente un quinto de estos pacientes tiene o úlcera, o síntomas y signos de ella.

Weber y Greeg, Encontraron que en el 88% de 70 necropsias y casos clínicos de Úlcera gástrica benigna estaban asociados en enfermedades pulmona-

^{1/} Edwin J. Krock 1962. Dis. Chest. P. 413.

res crónicas, con un control de incidencia del 10% de enfisema en pacientes ulcerosos. 2/

Flint y Warrack 3/ analizaron 1124 autopsias durante un período de dos años y encontraron 87 casos de enfisema pulmonar difuso. De estos 87, se notó en 18 (21%) úlcera péptica. De los 1037 restantes sin enfisema, 17 mostraron úlcera péptica (1.6%). En un análisis separado de un período de un año, 88 pacientes que murieron de una falla del corazón congestionado, mostró que 24 tenían "Cor-pulmonale". De estos 24 casos, 10 tuvieron úlcera péptica y de los otros 64, únicamente 3 tenían esta condición.

Así como estos autores, hay muchos más que tienen datos estadísticos recopilados durante años, y en una gran cantidad de pacientes hospitalizados y ambulatorios. Todos ellos demuestran con porcentajes estadísticos la frecuente asociación, que es un hecho no una idea sin causa ni efecto. Y como se presentará más adelante las estadísticas hechas en el Hospital Roosevelt no difieren mayor cosa de las presentadas por autores extranjeros.

2/ Edwin J. Kroeker 1962. Dis. Chest. P. 413.

3/ Asly y Colaboradores. Dis. Chest. Pág. 400. Abril 1960.

FISIOPATOLOGIA

Muchos factores influyen en el desarrollo del enfisema pulmonar obstructivo crónico y muchos factores contribuyen en el desarrollo de la úlcera gástrroduodenal. Puesto que la exacta etiología de ambas condiciones es desconocida, no es sorprendente ignorar también las razones de su coexistencia.

Posibles factores etiológicos en la patogénesis del enfisema pulmonar obstructivo crónico, pueden aproximarse como un balance de factores que manteniendo la integridad patente de bronquiolos contra el patrón de agentes e influencias causando obstrucción bronquial en la higiene pulmonar normal: los bronquiolos se mantienen limpios e integros por el constante movimiento ciliar, y removerán el moco. Los tapones mucosos son expelidos por la ventilación colateral a través de los poros de Kohnn, facilitados por el reflejo normal de la tos.

Si esta protección se anula, o al menos se anula repetidamente por algunos de los factores o combinación de factores mencionados, causando obstrucción bronquial, ocurrirá el enfisema pulmonar. 4/ Algunas características del enfisema pueden ser explicados por medio de la asumpción de que la enfermedad es una lesión inflamatoria del árbol bronquial causada por la inhalación de pequeñas partículas

4/ Lowel Francés: et al. en su asociación de enfisema úlcera péptica y el pulmón. Medical Intelligence. Pág. 123 Vol. 254 # 3. 1956.

irritantes *. Los pacientes enfisematosos con disnea y obstrucción obvia de la expiración tienen frecuentemente un silencio significativo en el pecho durante la auscultación.

En contraste los pacientes asmáticos con disnea usualmente silban audiblemente. Los pacientes enfisematosos usualmente no tienen disnea u otra evidencia del funcionamiento disparejo de los pulmones antes de los 40 años de edad, hay una pérdida gradual de reserva pulmonar, y, aunque pueden haber variaciones en el grado una vez que los síntomas respiratorios se han puesto de manifiesto no hay remisión completa. Al contrario sucede con el asma, que regularmente principia a temprana edad, los períodos de disnea (asociada con una reducción del nivel máximo expiratorio), tiende a alternar con períodos normales o casi normales y, la función pulmonar puede ser restaurada con una manera singular con terapia intensiva de broncodilatadores y esteroides 5/.

Similarmente la patogénesis de la úlcera péptica puede ser visualizada como un balance de ataque de ácido péptico y resistencia de la mucosa.

La úlcera péptica puede ocurrir con resisten-

* También se conoce que el enfisema Panacinoso o Pan lobulillar está relacionado con la deficiencia de Alfa 1 Antitripsina.

5/ Lowel Francés: et al. en su asociación de enfisema úlcera péptica y el pulmón. Medical Intelligence. Pág. 123. Vol. 254 # 3. 1956.

cia normal de la mucosa, si el ataque de ácido fuera muy anormal, pero también pudiera ocurrir con un normal o bajo ataque de ácido si la resistencia de la mucosa fuera baja. 6/

En contraste con la úlcera duodenal, en la úlcera gástrica la producción de ácido clorhídrico no es necesariamente excesiva; tanto es así, que a veces el volumen de la secreción gástrica es inferior a lo normal.

Pero, lo mismo que en la úlcera duodenal, la completa eliminación del ácido clorhídrico y de la pépsina del jugo gástrico (cuando ello es factible) resulta en la curación completa de las úlceras gástricas benignas.

CRITERIOS CLINICOS DIAGNOSTICOS DE ENFISEMA PULMONAR

- 1- Observación clínica de disnea y tos crónica. Cianosis, dedos en palillo de tambor, disminución del murmullo con prolongación de fase inspiratoria, limitación del movimiento torácico y diafragmático, movimientos del pecho en bloque; incremento transversal del diafragma del tórax, hiperresonancia a la percusión.
- 2- RADIOLOGICAMENTE SE ENCUENTRA:
 - a- Señales debido al aumento del volumen to-

6/ Krockner Edwin M. D. Pulmonary Emphysema and Peptic ulcer. Pág. # 479. Vol. 66.

rácico, que es aumentado en torax antero-posterior, frecuentemente asociado con de presión o aplanamiento del diafragma, incremento en xifosis dorsal, aumento del esternón con incremento de angulación entre el manubrio y el cuerpo y ensanchamiento de los espacios intercostales.

b- Signos debidos a la alteración del parénquima pulmonar, incrementado por radiolus-cencia generalizada de los campos del pul-món, aumento del espacio retroesternal y retrocardíaco, aumento intersticial marca-do y ocasionalmente formación de ampollas o bulas.

c- Cambios cardiovasculares que son alarga-miento de los segmentos de la arteria pul-monar y arterias pulmonares, posición ver-tical del corazón, hipertrofia del ventrícu-lo derecho y auricular derecha en casos se-veros.

3- DECAIMIENTO DEL AIRE EXPELIDO: pacien-tes que pueden expeler menor del 10% de su ca-pacidad vital total, en un segundo o menos del 90% en los tres segundos; fueron considerados enfisematosos. Aquellos quienes expelen sola-mente el 30% por segundo y 50% de su capaci-dad vital total en tres minutos pueden conside-rarse enfisematosos severos.

4- UN EKG compatible con Hipertrofia Ventrícu-lar Derecha se considera como evidencia de -Cor-Pulmonale.

CLASIFICACION CLINICA:

La severidad de la enfermedad puede ser gra-duada de acuerdo a las modificaciones propuestas por Mitchell y Fillen.

0: no evidencia de la enfermedad.

1: Evidencia objetiva de enfermedad con nada o poca disnea.

2: Capaz de subir mas de una vez escaleras o caminar 100 yardas sin parar.

3: Evidencia objetiva de severo deterioro de la función respiratoria e incapacidad física con disnea al descansar y al mínimo esfuer-zo.

4: Lo mismo que lo anterior; mas evidencia radiológica y EKG compatible con fallo de-recho cardíaco. 8/, 9/ y 10/

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE ULCERA GASTRO-DUODENAL

1- Típicos síntomas de úlcera: la manifestación mas notoria es un complejo de síntomas común-mente descritos como "agravio o angustia ul-cerosa". Tiene gran importancia el sitio del dolor... su clase... su irradiación... su co-mienzo en relación con las comidas... qué lo

8/, 9/ Krocke Edwin and Leon As. Dis Chest 42: - y 10/ oct. 62.

agrava... qué lo alivia... y finalmente, la cronología de los ataques de dolor. La molestia puede ser percibida de una manera vaga e imprecisa que frecuentemente se localiza en la midad del epigástrico, y su clase es muy difícil de describir. Clásicamente se describe como un "dolor urente", presión, calambre o sensación de hambre 11/".

- 2- Evidencia benigna de úlcera gástrica, úlcera duodenal, deformidad duodenal, gastrectomía sub-total o gastroenteroanastomosis.
- 3- Demostración quirúrgica de úlcera.
- 4- Historia pasada de gastrectomía por úlcera péptica.

PATOGENESIS:

"FACTORES COMUNES EN ENFERMEDAD - PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA Y ÚLCERA GASTRODUODENAL".

Aunque todos los factores en la etiología de la Enfermedad Obstructiva crónica (enfisema), y, la úlcera gastroduodenal no han sido aclarados, y que aunque múltiples factores están involucrados en la etiología, cualquiera, es importante; e interesante especular que factores pueden ser comunes a ambas lesiones, y de este modo ser responsables de la alta incidencia de lesiones combinadas. Como una regla los pacientes ulcerosos, tienen una historia muy larga de enfisema.

Existen muchos factores relacionados entre si, a continuación describiré aquellos más frecuentes y más estudiados.

A "FACTOR EMBRIOLOGICO"

Embriológicamente los pulmones, estómago y duodeno vienen de un progenitor primitivo único.

En el embrión de tres semanas de edad; poco más o menos (longitud de cráneo a rabadilla 3mm.)- aparece el primordio del aparato respiratorio como un divertículo de la pared ventral del intestino anterior, en situación caudal inmediata en relación con la última bolsa faringea, así pues el aparato respi-

ratorio tiene origen endodérmico.

En etapa inicial, el divertículo respiratorio comunica ampliamente con el intestino anterior, poco a poco es separado por el mismo por el tabique traqueoesofágico, excepto en el vestíbulo de la laringe.

Por arriba de este nivel el primordio respiratorio mantiene su comunicación con el intestino anterior por virtud del orificio así, pues, el intestino anterior se divide en dos porciones; a saber: Ventral o primordio respiratorio que forma el revestimiento epitelial de laringe, traquea, bronquios y alveolos. Dorsal que origina la laringofaringe y esófago.

Los elementos de sostén del aparato respiratorio, cartílago y músculo, verbigracia, provienen del mesénquima adyacente.

Poco después de haberse separado del intestino anterior, el primordio respiratorio crece en dirección caudal y forma una estructura mediana, la traquea y las evaginaciones laterales, los brotes o yemas pulmonares.

El esófago se desarrolla en la porción del intestino anterior que se extiende desde el divertículo respiratorio hasta la dilatación fusiforme que origina el estómago. Al descender el corazón y los pulmones, el esófago se alarga con rapidez. Su túnica muscular, que proviene de diferenciación del mesénquima adyacente, es estriada en dos tercios superiores y

lisa en tercio inferior 12/

No es sorprendente, por lo tanto que la membrana de la mucosa que forra estas estructuras tengan similares funciones y formas anatómicas. La membrana mucosa de ambos órganos, está rodeada por muchos estimuladores. Ambos están controlados por el sistema nervioso autónomo, con el sistema parasimpático proporcionando los estímulos motores, para la secreción y contracción de los músculos lisos. Teniendo el sistema simpático una función inhibidora.

Clínicamente es sabido que la colección expectoral es mejor hecha después de una buena y apetitosa comida donde no es solamente la secreción gástrica, sino también la bronquial son incrementadas, estimuladas o aumentadas. 12/

B "HIPOVENTILACION"

Un incremento del CO₂ arterial es el enfisema, como el resultado de la hipoventilación alveolar con el aumento secundario del ácido gástrico. Posiblemente esto ocurra en etapa temprana. La hipoxemia que ocurre en el enfisema posiblemente reduce la resistencia de la mucosa gástrica al ácido.

12/ Jan Langman: Embriología Médica. 1964. Pág. 214-218.

Edwin J. Krocker. 1962. Pág. 418. Dis.Chest.

Browneud Vineberg, investigaron secreciones gástricas en perros evidenciando que la secreción va ría directamente proporcional con el contenido de CO₂ en la sangre, Apperly y Crabtree estudiaron se creciones gástricas en humanos quienes el CO₂ y el pH sanguíneo fueron alterados por variedad de técnicas. En uno de cinco estudios la concentración de ácido gástrico varió directamente proporcional con el CO₂ sanguíneo, en 3 de 7 sujetos quienes inhalaron CO₂ hubo un incremento de ácido gástrico.

Sin embargo la hipoxemia es una complicación que se da más tarde en el enfisema pulmonar, y, úlcera y enfisema. Como se ha mencionado posiblemente ocurra en etapa temprana. Actualmente Van Liere y Vanghan demostraron que ambos, el volumen y acidez de la secreción del estómago en los perros decrecieron a medida que el O₂ atmosférico disminuía y cuanto más severo es la hipoxia el decrecimiento en acidez gástrica es mayor.

El aumento en la incidencia de la hipocloridia en áreas más templadas se presumió que tenía relación con la baja de dióxido de carbono en el plasma, como un resultado de hiperventilación constante. Un aumento en la incidencia de la úlcera péptica en las partes más frías de Australia también ha sido descrita.

Como se ve los experimentos no han sido concluyentes en este sentido, y cada autor expresa sus dudas al respecto. 13/

13/ Edwin Krocke and Leon: Dis Chest. Oct. 62. Pág. 417.

C "LA HISTAMINA"

La histamina es un potente estimulante de secreción de ácido gástrico y también un potente broncoconstrictor, y puede ser un factor común en producir úlcera péptica y enfisema pulmonar. En los pacientes con Enfisema Pulmonar ha sido encontrado que segregan más ácido que después de que lo controlan con una inyección de Histalog. La histamina es liberada en grandes cantidades en asma bronquial intrínseco o extrínseco, no depende del antígeno-anticuerpo para su liberación celular diaria por varias causas como infección o hipoxia, está asociada con el incremento de concentración de histamina.

La histamina es efectiva produciendo úlcera - gastroduodenal en animales, sin embargo el papel exacto de la Histamina en la patogénesis del enfisema o úlcera gastroduodenal es desconocido. 14/

D "AMONIACO"

Experimentalmente el amoníaco causa incremento en la acidez gástrica. Recientemente se ha encontrado aumentado el nivel de amoníaco sanguíneo en el enfisematoso con acidosis respiratoria. El nivel encontrado sin embargo, no se encuentra al nivel necesario para estimular la secreción gástrica. Experimentalmente también se encuentra una alta incidencia de úlcera péptica en pacientes que tienen

14/ Edwin Krocke and Leon: Dis Chest. Oct. 62. Pág. 418.

enfisema pulmonar moderado sin acidosis respiratoria, antes que el nivel de amonio en sangre esté elevado. Lo que va en contra de la teoría. 15/

E "MEDICAMENTOS"

Los pacientes con enfisema, están sujetos a una medicación oral, y muchos de los cuales son irritantes gastrointestinales tales como: soluciones saturadas de óxido de potasio, cloruro de amonio, preparaciones orales de teofilina. Reserpina y los derivados de la Rauwolfia son dados ocasionalmente. Estas drogas producen un marcado aumento del ácido gástrico.

Los esteroides antiinflamatorios, son ocasionalmente dados a pacientes, como parte del tratamiento en enfisema severo, o en el tratamiento en enfermedades asociadas.

Recientes reportes sugieren que la ACTH y corticosteroides, incrementen las secreciones gástricas y predisponen a la ulceración gástrica.

Consecuentemente el trabajo de investigadores separados ha fallado para corroborar estas conclusiones. En adición a esto, revisiones clínicas demuestran que la incidencia de úlcera péptica, seguida de una terapia de ACTH, no parece ser más grande de los que se ha predicho..

15/ Edwin Krock Dis Chest 42. Oct. 62. Pág. 410.

Hay también varios reportes que la úlcera péptica es rara en manejos a largo plazo con esteroides, en pacientes con asma bronquial muchos de quienes también tienen enfisema. Las úlceras no aparecieron en pacientes quienes recibieron tratamiento de un mes a cuatro años.

Los factores hormonales son posiblemente de mayor significancia. Como un estado de tensión crónica en enfisema pulmonar, puede resultar en el incremento de la secreción de los corticoides, quienes a su vez estimulan excesivamente la secreción ácida.

"OTROS FACTORES"

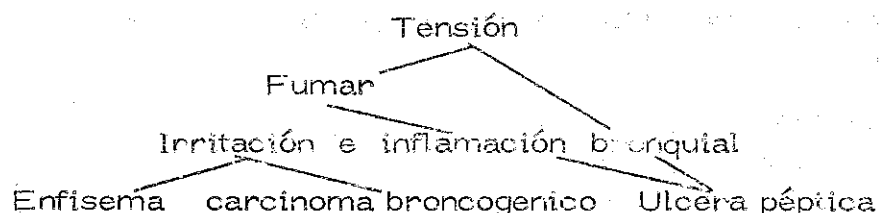
Wolf y Wolff indicaron que la hostilidad y resentimiento que frecuentemente ostilizan el carácter de pacientes con enfisema crónico, incrementa la secreción ácida.

Wilbur y Ochsner en 1935 reportaron un 86% en incidencia de úlcera péptica en 143 pacientes con Policitemia Vera; pero cuestionaron la significancia de lo encontrado. Apperly y Carry han demostrado aumento o decrecimiento en el Hematocrito, disminución de la acidez gástrica. La policitemia no fue un factor significativo en la producción de úlcera péptica en pacientes enfisematosos.

Algunos autores relacionan entre enfisema, úlcera péptica y el fumar y su fuerte responsabilidad en la patogénesis de las primeras dos sobre la últi-

ma. El fumar produce inflamación de las más finas ramificaciones pulmonares, y esto conduce a enfermedad obstructiva, esto coincide con el reporte de los primeros cambios respiratorios que fueron: Bronquitis terminal. Luego los pacientes que fuman nicotina aumentaba la acidez gástrica.

La cantidad y forma de fumar (inhalación) o ambas influye significativamente en el tema. Un esquema simple representa las interrelaciones:



"Tensión" está usada libremente aquí para representar una constelación de estados emocionales, hábitos frecuentes atribuidos a aquellos que están ansiosos, frustrados, ambiciosos, etc. y quienes quizá debido a otros factores sumados y todavía no definidos, los pueden llevar o empujar a fumar. Otras relaciones a las antes indicadas pueden existir -por ejemplo, ansiedad producida por la dificultad respiratoria causando o agravando la úlcera. El enfisema es una enfermedad más común que el carcinoma de los pulmones y tiene un pronóstico casi tan tenebroso. 16/

16/ Lowl Frances et al. Medical Intelligence, pág. 124. 1956.

ANALISIS Y PRESENTACION DE RESULTADOS

Para complementar el estudio anterior, se llevó a cabo una revisión de Historias Clínicas, en los Archivos médicos del Hospital Roosevelt.

Fueron revisadas las historias clínicas de aquellos pacientes que tenían como Diagnóstico principal una de las tres enfermedades pulmonares en cuestión; (Asma bronquial, Bronquitis, Enfisema pulmonar). Se revisaron todos aquellos casos comprendidos entre los años de 1968 a 1972, encontrándose en su totalidad 225 casos. Las Historias clínicas fueron revisadas únicamente por una persona (siendo en este caso el autor de la Tesis).

La revisión de las Historias clínicas consistió en buscar aquellos pacientes, que en una u otra forma tenían signos y síntomas, que hicieron pensar en Úlcera Gastroduodenal, y aquellos pacientes que se les haya demostrado radiológicamente la misma.

Durante la revisión fueron tomados varios datos complementarios como, sexo, edad, tipo de ocupación, métodos de diagnóstico (radiológico, laboratorio, cultivos, biopsias, etc.) tipos de medicamentos con los cuales fueron tratados.

Es importante describir hechos importantes, como varios pacientes que durante su hospitalización, varias veces refirieron síntomas gastrointestinales de Úlcera péptica, pero nunca fue tomado en cuenta, en algunos casos únicamente se les daba tratamiento

CUADRO NUMERO UNO

De los 225 casos en total fueron encontrados 70 pacientes con ambas enfermedades (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y Úlcera Gastroduodenal) lo que representa el 31.12%. Encontrándose la mayor incidencia de morbilidad desde la quinta década de la vida, los cuales representan el 67.16 por ciento de los pacientes de las primeras décadas todos tenían como principal problema pulmonar el Asma bronquial.

La mayor morbilidad existió entre el sexo femenino, encontrando 45 pacientes lo que representan el 64.29% del total, en contra de 25 pacientes del sexo Masculino lo que representan el 35.71%. Esto va en contra de las estadísticas de autores extranjeros donde su mayor incidencia de morbilidad siempre fue del sexo masculino.

CUADRO # 2

Tipos de enfermedades pulmonares relacionado con pacientes con Úlcera péptica.

Según estudio realizado en Hospital Roosevelt años 1968-1972

Pat.	# Pacientes	%
Enfisema	33	47.14
Bronquitis	5	7.14
Asma	12	17.14
Asma y Enfisema (Rx)	18	25.72
Bronquitis y Enfisema (Rx)	2	2.86

CUADRO # 1

Número de pacientes con enfermedad pulmonar obstructivo Crónico y Úlcera Péptica.
Según estudio realizado en Hospital Roosevelt años 1968-1972

EDAD	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	# Ptes.	%	# Ptes.	%	# Ptes.	%
0 - 10	-	-	-	-	-	-
11 - 20	2	2.85	-	-	2	2.85
21 - 30	8	11.43	2	2.85	10	14.28
31 - 40	4	5.72	3	4.29	7	10.01
41 - 50	2	2.85	2	2.86	4	5.71
51 - 60	13	18.59	6	8.57	19	27.16
61 - 70	11	15.72	5	7.14	16	22.86
71 y +	5	7.14	7	10.00	12	17.14
TOTAL	45	64.29	25	35.71	70	100.

CUADRO NUMERO DOS

En este cuadro esquematizo objetivamente cual de las enfermedades Pulmonares Obstructivas crónicas tenía más relación con la Úlcera Gastroduodenal.

El mayor porcentaje es para el enfisema con 33 pacientes, que representa en 47.14%. Pero a esto debemos de sumar aquellos pacientes con Asma bronquial y Bronquitis a los cuales se les comprobó radiológicamente Enfisema pulmonar. Así encontramos a pacientes con Asma y Enfisema pulmonar 18 (25.72%) y Bronquitis y Enfisema pulmonar 2 (2.86%). Lo que ya sumado representan los pacientes Enfisematosos con el 75.72% de 70 pacientes. Esto demuestra que tiene mucho más significancia los pacientes enfisematosos, y, su relación con la Úlcera Gastroduodenal que las otras dos enfermedades.

La enfermedad pulmonar que tiene menos significancia en incidencia de relación es Bronquitis que tiene escasamente el 7.14%. Pero también nos demuestra que no sólo es el Enfisematoso quien va a tener enfermedad gastrointestinal, sino también hay que pensar en las otras dos enfermedades, aunque con menos posibilidad de incidencia en morbilidad.

CUADRO # 3

Número y Porcentaje de Pacientes con enfermedad Péptica y hallazgos a través del Diagnóstico por S.G.D.

Pacientes	# Pacientes	%
Con estudio y Tratamiento	23	32.86
Solamente con Tratamiento	12	17.14
Sin estudio ni Tratamiento	35	50.00

CUADRO NUMERO TRES

De los pacientes encontrados con ambas enfermedades, Enfermedad pulmonar crónica y Úlcera Gastroduodenal; únicamente 23 pacientes fueron adecuadamente estudiados, en sus dos enfermedades aunque nunca se mencionó en diagnósticos definitivos esta relación sino que se tomó totalmente por separado. Este 32.86% (23 pacientes) con estudio, está la contraparte el 67.14% (47 pacientes) que no se le efectuó estudio Gastroduodenal. 12 de estos pacientes (17.14%) recibieron tratamiento para sus "desordenes Gastrointestinales", quedando el 50% de los mismos (36 pacientes) sin darle importancia alguna a sus síntomas.

CUADRO # 4

Número y Porcentaje de Pacientes con enfisema péptica. Según métodos de estudio realizado en Hospital Roosevelt años 1968-1972

Resultados de S.G.D.	# Ptes.	% de 23 Ptes.
Normal	9	39.13
Gastritis Crónica atrófica	4	17.39
Deformidad del Antro	2	8.70
Úlcera Duodenal	5	21.74
Úlcera Gástrica	1	4.34
Hernia diafragmática	2	8.70

CUADRO NUMERO CUATRO

De los 23 pacientes que fueron debidamente estudiados, se encontraron datos sumamente significativos, en el Diagnóstico de su estudio Gastroduodenal. Se encontró que 9 de los pacientes (12.86%) fue normal su estudio. En 2 pacientes (2.86%) fue diagnosticada Hernia diafragmática.

Cuatro de los pacientes (5.71%) fue reportada como Gastritis crónica Atrófica. A dos pacientes (2.86%) como Deformidad del antro y Cinco de los pacientes como Úlcera Duodenal (7.14%) y únicamente

un paciente con Úlcera Gástrica.

Definitivamente un Estudio incompleto como lo es la Serie gastroduodenal, no descarta definitivamente que exista Úlcera en estos pacientes en los cuales únicamente reportaron como Gastritis, ya que en ciertos casos la misma no es visible en este tipo de estudio. Además debemos asumir que los pacientes que tienen deformidad del antro, tienen o padecen de Úlcera duodenal.

Si a lo anterior se suman tres pacientes a los que fueron diagnósticas clínicamente Úlcera duodenal, se llega a un total de 10 pacientes que sufren esta enfermedad. Y dos a los que se diagnosticó Gastritis por clínica.

Demuestra lo anterior que la mayor prevalencia de Úlcera es la Duodenal, lo que va de acuerdo a la incidencia de la población general.

Estos 70 pacientes recibieron tratamiento durante su hospitalización, con el siguiente cuadro esquematizador, cuantos de estos refirieron posteriormente disturbios gastrointestinales del tipo de Enfermedad péptica. Es de hacer notar que la mayoría de los pacientes recibían tratamiento combinado, así que sería muy difícil demostrar cual fue el medicamento que mas afectó a nuestros pacientes. Pero esta muestra por si sola que un buen porcentaje de ellos recibían medicamentos irritantes, a los cuales se ha querido relacionar como culpables o uno de los responsables de la asociación de ambas enfermedades.

CUADRO # 4 A

Relación entre el Número de Dx de Úlcera
Gástrica y Duodenal a través
de S.G.D. y Signología

	Por S.G.D.	Por S y S.	Total
Úlcera Duodenal	7	3	10
Úlcera Gástrica	1		1
Gastritis	4	2	6

Los broncodilatadores eran del tipo aminofilina, que inicialmente eran administrados vía IV, pero posteriormente en Tratamiento de mantenimiento la vía de elección era la Oral. El tipo de expectorante más usado, eran las soluciones Saturadas de Yoduro de Potasio. El antibiótico que más fue administrado fue Tetraciclina por vía oral. El esteroide oral usado fue la Prednisona.

El cuadro hace relación entre el número total de pacientes con enfermedad pulmonar y el número total de pacientes con Enfermedad pulmonar y Úlcera Péptica.

MEDICAMENTO	SOLAMENTE ENF. PULMONAR	ENF. PULM. Y ÚLCERA PEPTICA
ASA	30	12
BRONCODILATADORES	125	45
EXPECTORANTES	83	40

ANTIBIOTICOS	106	40
ESTEROIDES	35	13
ACTH	15	6
Digital	25	10

Naturalmente que fueron practicados otros métodos de estudio, en varios de los pacientes, en uno fue practicada una esofagoscopia, con biopsia gástrica reportada como normal. En contradicción a esto la paciente se dio egreso con el diagnóstico de Úlcera Duodenal la cual fue hecha clínicamente, por los claros síntomas de la misma.

A 11 de los pacientes se les efectuó Cultivo del Espudo de los cuales dos fueron negativos, dos con Estafilococo dorado y 7 con Estreptococo beta Hemolítico grupo A.

A dos pacientes se les practicó curva de Acidez las cuales dieron títulos bajos.

EKG fue practicado a 40 de los pacientes, pero en un número insignificante fue reportado crecimiento del lado derecho del corazón, pero todos tenían como diagnóstico de ingreso Enfisema pulmonar y Cor pulmonale secundario.

No fue encontrado ningún paciente con policitemia. Los hematocritos variaban entre 30-45%. Y de estos pacientes aproximadamente el 40% tenían anemia como Enfermedad secundaria a enfermedades nutricionales. Por lo que la Policitemia no fue significativa en este estudio.

Finalmente quiero demostrar unos datos estadísticos comparativos, con autores extranjeros, que han estudiado en una forma exhaustiva la relación entre Enfermedad pulmonar Obstructiva crónica y la Úlcera péptica.

El porcentaje encontrado en la Revisión de Historia clínica en el Hospital Roosevelt y la de estos autores es muy parecida, principalmente a la presentada por Plotkin; y, Weber y Greeg, en las tres el porcentaje es menor del 30%, que ya tienen significancia estadística. Demostrando así que el porcentaje de la incidencia de la relación entre ambas enfermedades, es alto en varios países del orbe.

CUADRO # 5

AUTOR	No. de Pacientes	No. de Ptes. c/Ulc. Pep.	% Incidencia
WEBER Y GREEGG	70	30	42.8
GREEN Y DUNDEE	64	12	19.0
LOWEL et al	25	6	24.0
LATTS Et al	479	74	15.4
PLOTKIN	65	21	32.0
ZASLY	478	109	22.7
PRESENTE TESIS (serie del autor)	225	70	31.1

CONCLUSIONES:

- 1- Que la incidencia en la Relación de Enfermedad Pulmonar obstructiva Crónica (Enfisema pulmonar, Asma Bronquial y Bronquitis) es relativamente igual a los estudios efectuados por Autores extranjeros.
- 2- Que Estadísticamente el porcentaje de relación entre las dos enfermedades es significativamente alta.
- 3- Que entre las Enfermedades Pulmonares la de mayor prevalencia es el ENFISEMA. Y entre las Úlceras es la Duodenal.
- 4- Que es la Enfermedad Pulmonar, económicamente inutilizante en la población general. Lo que aumenta el estado de tensión y angustia en los pacientes que lo sufren.
- 5- Que la Morbilidad en el presente estudio fué mayor en el sexo femenino, al contrario de estudios en países diferentes donde fué el sexo masculino.
- 6- Que es después de la 5a. década donde se presentan, el mayor número de casos. Esto es

idéntico para los dos sexos. (67.16%).

- 7- Que es sobre el enfisema, donde se le debe poner más énfasis, pues es donde se encuentra la mayor relación.
- 8- Que la Policitemia en este estudio no fué de significancia.
- 9- Que en relación a métodos diagnósticos, son muy escasos los estudios que se efectúan, en nuestro medio, para determinar la presencia de úlcera péptica.
- 10- Que en nuestro medio sigue siendo la serie gastroduodenal el único método de úlcera péptica, ya que económicamente es la única posible.

RECOMENDACIONES:

- 1- Divulgar por todos los medios entre, los Estudiantes de Medicina y Médicos, la importancia de tener en mente esta relación.
- 2- Que debe ser descartado en todo paciente con Enfermedad pulmonar obstructivo crónico, si fuese posible la presencia de la Úlcera Péptica.
- 3- Que en todo lo referente con enfermedad pulmonar y síntomas gastrointestinales, debe incluirse muy precavido.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ASSISI. R, Et Al: Importance of bronchopneumopathies of the obstructive and spatic type in the pathogenesis of peptic ulcer. RASS INT CLIN TER 51:1326 33. 15 Nov. 71.

ABORA OP, Et Al: Study of gastroduodenal abnormalities in chronic bronchitis and emphysema. AMERI J. GASTROENT. 50: 289-96. Oct. 68.

KROEKER EJ: Pulmonary emphysema and peptic ulcer. MED. CLIN. N. AMER 50: 479-86. Mar. 66.

DVORAK R.: Pulmonary Emphysema and peptic ulcer. UNITRNI LEK 11: 651-4. Jul. 65.

WOLANSKI A Et Al: Problem of coexistence of gastric and duodenal ulcer with pulmonary emphysema and tri cardiopulmonary syndron PAT POL 17: 83-90 Jan Mar. 66.

MATHUR KS. KISHORE B.: Peptic ulcer and symptomatic spontaneous pneumothorax in a case of chronic bronchial asthman on prolonged steroid. THERAPY L, INDIAN MED ASS 39: 425-6. 16 oct. 62.

DWORAK R.: Pulmonary emphysema and peptic ulcer. UNITRNI LEK 11: 651-4, Jul. 65.

SOUTHCOTT RV., STENHOUSE NS: Comparison of systemic blood pressures of sufferers from chronic bronchitis, bronchial asma and peptic ulceration. -

MED J. AUST. 2: 48-50 13 Jul. 63.

PATRIGNANT S, LADI MP: Relation between peptic ulcer and lung. diseases. RASS FISIOPT CLIN ter 34: 355-68, Jul-Aug. 62.

SIELAFF HJ: Disorders of the intestinal tract in chronic broncho pulmonary diseases. HIPPOKRATES 33: 752-6 30 Sept. 62.

BROWING RJ, OLSEN AM: The functional gastrointestinal disorders of pulmonary emphysema. PROC. - MAYO CLIN 36: 537-43. 11 Oct. 61.

COHEN AC, JENNE Y FS: The frequency of peptic ulcer in patients with chronic pulmonary emphysema. AMER. REV. RES. DIS. 85: 130-2. Jan. 62.

Green, P. T. AND DUNDEE, J. C.: Association of chronic pulmonary emphysema with chronic peptic ulceration. CANAD M. A. J. 67: 438-439. Nov. 52; Treat. Serv. Bull 7: 494-6. Nov. 52.

KROEKER, E. J. AND LEON, A.S.: The association of diffuse obstructive pulmonary emphysema and chronic gastroduodenal ulceration. DIS. CHEST 42: 413-421. Oct. 62.

SHAY: H.: Emotional Stress and parietal cell mass; their role in the etiology of peptic ulcer. AM. J. DIGEST DIS. 4: 846-870. Nov. 1959.

Glick, D.L. and KERN, F., Jr.: Peptic ulcer and chronic obstructive bronchopulmonary disease. A prospective

clinical study of prevalence. GASTROENTEROLOGY 47: 153-160. Aug. 1964.

Flint, F. J. and Warrack, H.J.N.: Acute peptic ulceration in chronic emphysema. LANCET 2: 17. 1958.

LATTS, F.C., CUMMINS, J. F. and ZIEVE, L.: Peptic ulcer and Pulmonary emphysema their association in hospitalized patients. DIS. CHEST 31: 195, 1957.

Lowel Francis and Etal: A note on the association of emphysema Peptic Ulcer and smoking. Medical Intelligence. Vol. 254 No. 3, Jan. 19. 1956. Pág. 124.

Jan Langman: Embriología Médica al español por: Homero Vela Treviño. Editorial Interamericana. Mexico 1964. Cap. 12.

D. Howard M. Spiro. La Ulcera Péptica. Biblioteca del Congreso MEDCOM. 1971. Rorer.

Br. Oscar Amílcar Amado Aragón

Dr. Carlos Aragón
Asesor

Dr. Oscar Rivas
Revisor

Dr. Julio de León Méndez
Director Fase III

Dr. Mariano Guerrero Rojas
Secretario

Vo. Bo.

Dr. Carlos Armando Soto Gómez
Decano