

Gaceta Médica de México

PERIODICO DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Tomo LIX

MEXICO, DICIEMBRE DE 1928

Núm. 12

TRABAJOS REGLAMENTARIOS

LAS ULCERAS DE LA PARTE MEDIA DE LA PEQUEÑA CURVATURA DEL ESTOMAGO.

POR EL DR. J. CAMPOS KUNHARDT.

CERTAMENTE se discutirá aun largo tiempo, antes de saber en definitiva cual es el mejor tratamiento quirúrgico de la úlcera de la pequeña curvatura del estómago, decía Lecene a principios del presente año, en la Sociedad Nacional de Cirugía Francesa. Y es que en muchas ocasiones la mano del cirujano no puede modificar el funcionamiento bio-químico del estómago. Las más amplias exéresis, las intervenciones más atrevidas tratando de suprimir «la enfermedad ulcerosa» de los operadores alemanes, fracasan con frecuencia. Por otra parte, siendo tan complejo el problema, se comete el error de las generalizaciones terapéuticas, queriendo curar lo mismo los casos de apariencia iguales, pero totalmente distintos en el fondo.

El tratamiento de la úlcera crónica de la pequeña curvatura del estómago, nueve veces en diez, úlcera callosa, es único: su extirpación completa. Dos imperativos categóricos informan esa indicación absoluta: la eventualidad de su cancerización y la imposibilidad de que desaparezcan o regresen, por el tratamiento médico, las lesiones histológicas que produce.

¿Menos frecuente en la pequeña curvatura que en la región pilórica; hasta qué punto debe temerse la aparición de la úlcera-cáncer estomacal?

En extremo interesante es conocer la opinión de algunos operadores a este respecto. Pauchet asegura que el 80% de los cánceres se desarrollan sobre antiguas úlceras. Lecene posee una estadística de un 25%. En el Congreso Francés de Cirugía de 1920, presentóse un trabajo sobre la frecuencia de la transformación cancerosa de la úlcera de la pequeña curvatura, en el que se examinaron con cuidado los datos indicados por varios cirujanos; llegándose a estas conclusiones, en apariencia desconcertantes: la frecuencia de dicha transformación varía de cero por ciento a cien por ciento. Duval y Moutier dividen su labor quirúrgica, bajo el punto de vista que tratamos, en dos períodos de tiempo: el primero, de 1908 a 1914, con un promedio de 25%; el segundo, de 1922 a 1927 con un 3%. Dichos autores atribuyen semejante diferencia en los resultados, a que actualmente se atienden con más atingencia, médicamente, las úlceras a sus principios; a que la intervención quirúrgica es más precoz y a que la técnica desarrollada con más habilidad en los laboratorios, da por resultado exámenes histológicos más exactos.

En fin, el profesor Hartmann, sin negar la posibilidad de dicha transformación, admite la existencia de dos entidades histológicas totalmente distintas: la úlcera callosa y el cáncer ulcerado. Apoyándose en más de 100 observaciones, señala las diferencias macroscópicas de las piezas en cuestión, afirmando también que la evolución clínica de uno y otro proceso es siempre diferente.

Estas conclusiones disímbolas obtenidas por distinguidos observadores, muestran cuan lejos está aún el fin de la jornada; a pesar del enorme acúmulo de trabajos que sobre patología gástrica ha entrado al acervo común durante estos últimos años. En Medicina, mientras mayor sea el número de investigadores brillantes que traten de imponer sus puntos de vista, mayor es la inquietud de los espíritus que inconcientemente perciben su alejamiento de la verdad, definitiva y única.

En las consideraciones que vamos a exponer, nos referimos únicamente a las úlceras de la parte media de la pequeña curvatura, haciendo a un lado las situadas a inmediaciones del cardias y las pre pilóricas, a las que deben aplicarse en general procedimientos quirúrgicos distintos.

Cuando hay razones de orden general; estado caquético del enfermo, lesiones profundas del sistema cardio-renal, etc.; o de orden local, como por ejemplo, íntimas y extensas adherencias de una úlcera perforante al páncreas, la labor del cirujano se encierra en muy estrechos límites. Es el caso de recurrir a una gastro-enterostomía; heróico recurso de la cirugía gástrica, que no niega benéficos resultados ni aún en precarias situaciones, consideradas casi perdidas para no importa qué útil intervención del arte quirúrgico.

Cuando encontramos la úlcera en otras condiciones, cuando la acción del cirujano puede ejercerse libremente, limitarse a una simple gastro enterostomía, a pesar de las afirmaciones de Alglave, me parece una práctica no sólo algunas veces inútil bajo el punto de vista terapéutico, sino tal vez perjudicial.

Nótase cierto movimiento de oposición entre los cirujanos alemanes para con el uso inmoderado de las gastro enterostomías en las úlceras gástricas. Entre otros inconvenientes, se fijan, con más atención que antes, en la úlcera péptica yeyunal, señalándole una frecuencia inusitada: 3.5% (Floerken y Steden). Cifra mucho más elevada que la que registran las estadísticas francesas.

Pero aun admitiendo que sea poco frecuente tal accidente, es en cambio tan serio su pronóstico que los autores antes citados indican una mortalidad operatoria de 18.9% al practicar su curación radical.

El Balfour, aplicable en casos de úlcera duodenal no obedece a ninguna de las indicaciones que al principio señalamos, en tratándose de úlceras de la pequeña curvatura.

En muchas de las veces existen dos elementos patológicos que deben desaparecer mediante procedimientos operatorios apropiados, pues su persistencia puede en lo porvenir comprometer de nuevo la integridad de las paredes del órgano. Me refiero a las alteraciones del quimismo gástrico y a los trastornos en la evacuación del contenido estomacal. La hiperacidez del jugo gástrico, sobre todo en ácido clorhídrico libre, así como una evacuación tardía o insuficiente, exigen una resección más o menos grande del estómago, poniendo en práctica algunos de los tipos clásicos de píloro-gastrectomía; el más apropiado anatómicamente a cada caso particular. Esta conducta quirúrgica combate más eficazmente la alteración de esos elementos: el motor y el secretor; y es superior en consecuencia a la simple resección de la úlcera acompañada de una gastro-enterostomía, sin contar con los inconvenientes propios que hemos señalado a esta última operación complementaria.

Pero cuando la secreción es normal o hipo-ácida, y fisiológica la evacuación, la resección amplia de la úlcera y del tejido escleroso periférico, satisface por completo la indicación terapéutica, como sucede en la observación que después relato y en otras más anteriores.

Únicamente en los casos en que la pérdida de substancia sea de tal magnitud que implique una gran deformación o un estrechamiento meso-gástrico, se practicará una resección anular o una píloro gastrectomía.

El caso clínico que a continuación describo, se refiere a una úlcera, de la parte media de la pequeña curvatura; sin hiper-acidez gástrica y con evacuación normal. Mi estadística es poco numerosa; tengo cuatro enfer-

mos más, operados en iguales condiciones; habiendo transcurrido para cada uno de ellos un lapso de tiempo mayor de dos años. A dos pacientes he perdido de vista; a los otros, que he seguido observando, no presentan el menor trastorno gástrico ni objetivo ni subjetivo.

Z. R. originaria de Zacoalco, Jalisco; soltera, de 57 años de edad, se presentó en mi consultorio a principios de marzo del presente año.

Mujer pálida, muy enflaquecida, de un metro 59 cms. de altura, pesando solamente 38 kilos 400 gramos.

Antecedentes patológicos personales, fuera de los que se relacionan directamente con la enfermedad actual, ningunos. Corazón y aparato respiratorio, normales. Presión arterial normal.

Hace tres años comenzó a sufrir trastornos digestivos. Todo el cuadro sintomático es sensiblemente el mismo durante ese enorme periodo de tiempo; sin más variaciones, que la intensidad cada vez mayor, de cada uno de sus sufrimientos. El principal era un dolor que aparecía de dos a tres horas después de la ingestión de los alimentos; en especial después de la de medio día. Dolor en el epigastrio, con irradiaciones a la región dorsal; que desaparecía con el vómito provocado por la enferma o con la ingestión de bicarbonato de sodio. Vomitaba pocas materias alimenticias y una cantidad abundante de líquido mucoso, ácido en los comienzos de su padecimiento y de sabor amargo en la actualidad.

Nunca tuvo hematemesis.

Cuando la exacerbación de los dolores hacía muy penosa la existencia de la enferma, se sujetaba a una dieta más rigurosa y con la ayuda de medicamentos alcalinos se mejoraba algunos meses sin llegar nunca a sentirse bien.

Tres meses antes de venir a consultarme, los dolores se hicieron continuos; ni con el vómito, ni con los alcalinos, ni con la supresión absoluta de los alimentos, por más de 24 horas podía calmarlos. El dolor intenso, tebrante, nacía del epigastrio, con irradiaciones a la espalda y a los hombros.

El examen de la orina dió el resultado siguiente: Orina de volumen disminuido, densidad baja, con notable disminución absoluta de los elementos normales.

Fórmula leucocitaria, normal. Número de leucocitos: 6,750. Número de glóbulos rojos, 4,240,000.

Se practicó el examen del jugo gástrico con los resultados siguientes:

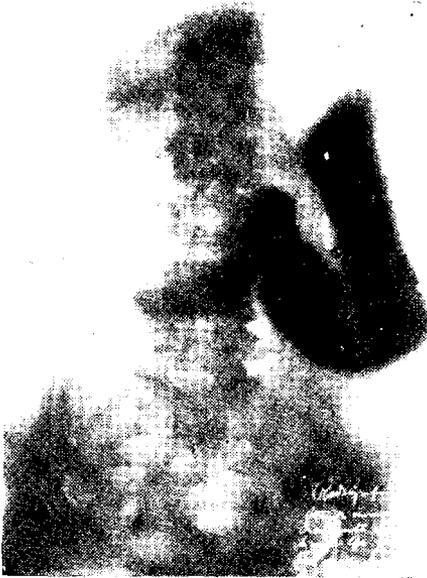
La Úlcera de la Parte Media de la Pequeña Curvatura del Estómago.

POR EL DR. J. CAMPOS RUIHABET.



La Ulcera de la Parte Media de la Pequeña Curvatura del Estómago.

POR EL DR. J. CAMPOS KUNIHARDE.



Acidez total (en HCL)	1.60	por	1000	c. c.
Acido clorhídrico libre	0.52	"	"	"
Acido clorhídrico combinado	0.62	"	"	"
Acidos de fermentación	0.07	"	"	"

(Contiene sangre (reacción de Meyer)).

El día 20 de febrero se practicó por el Sr. Dr. Alvarez García, el examen radioscópico. Transcribo íntegra la relación de dicho Sr. Dr.: «Radiografías tomadas en decúbito ventral, vistas póstero-anteriores.

A.—Tomada inmediatamente después de la ingestión de Ba.

B.—Tomada media hora después de la ingestión de Ba.

C.—Tomada 45 minutos después de la ingestión de Ba.

La radiografía D, fué tomada inmediatamente después de la ingestión de Ba., y seis días después de las citadas (comprobación). El examen fluoroscópico se practicó en la posición de pie y en decúbitos ventral, dorsal y laterales. En la posición de pie se pudo observar; llenamiento esofágico normal; llenamiento gástrico normal, notándose una ptosis marcada del estómago; bulbo duodenal visible y normal. La palpación permitió movilizar el estómago en todas direcciones, observándose que es muy doloroso al nivel de la parte media de la pequeña curvatura (sobre el sitio marcado en las radiografías). En los decúbitos dorsal, ventral y laterales persisten tanto el dolor como la sombra marcada. El paso del Bario se hace sin dificultad y es normal. La vacuidad del estómago es normal en tiempo; (dos y media horas); persistiendo la sombra ya citada.

Roentgen-diagnóstico: úlcera de la pequeña curvatura, próxima a perforarse». Acompaño las cuatro radiografías a que hace referencia el Dr. Alvarez García.

La operación se practicó el día 13 de marzo. Se encontraron lesiones de perigastritis recientes, ocupando gran parte de la pequeña curvatura; adherencias blandas, fáciles de desprender; la cara posterior del estómago, libre. En la parte media de la pequeña curvatura una placa indurada de 6 cms. aproximadamente, induración que se prolongaba en las dos caras del estómago, disminuyendo de anchura y desapareciendo a unos cuatro cms. del borde libre, no había ganglios en esta parte ni en el hilio hepático. Vesícula biliar normal.

Se practicó la extirpación de la parte indurada, haciendo una resección «en selle» de la pequeña curvatura. Sin que se produjera deformación aparente del órgano, se suturaron los bordes de la herida estomacal en dos planos. Salvo un pequeño absceso subcutáneo la evolución post operatoria fué normal.

Acompaño a este insignificante trabajo una fotografía de la úlcera, que medía un centímetro de diámetro, rodeado del tejido de induración.

El examen histológico de la pieza, suministra los resultados que siguen. «Capas mucosa y sub mucosa desaparecidas y reemplazadas por tejido conjuntivo fibroso, con interposición de islotes de células en degeneración grasienta. Capas musculares, disociadas, con reacción inflamatoria del tejido conjuntivo hiperplasiado. (Leucocitosis de la variedad polinuclear intercalados). No se encontraron células en mitosis ni división directa».

El Dr. Alvarez García examinó radioscópicamente a la enferma el 27 de junio, y a la radiografía que me envió, que también adjunto, la acompaña de los siguientes datos. «Radiografía del estómago tomada inmediatamente después de la ingestión del Bario. Vista pósterio anterior, tomada en decúbito ventral. Radiografía comprobatoria después de la resección de una úlcera de la pequeña curvatura. La sombra de la pequeña curvatura no presenta muesca alguna, ni es dolorosa como en las radiografías y reportes anteriores se hace notar. La forma del estómago corresponde a la forma de resección. Aun permanece ptósico».

La última vez que ví a la enferma fué el 20 de julio.

Los dolores intensos y continuos que tanto la atormentaban, han desaparecido totalmente; no hay vómitos; tolera bien su alimentación, que va progresivamente aumentando, siempre sujeta a reglas de dietética de rigor en estos casos. Pesa dos kilos y medio más que antes de la operación.