

LA FRECUENCIA CON QUE SE PRESENTAN LAS ULCERAS GASTRICAS Y DUODENALES EN LA CLINICA MAYO

Howard R. Hartman, M. D., Sección de Medicina, Clínica Mayo,
Rochester, Minnesota.

No es sino con mucho embarazo que me atrevo a dirigirme a esta sabia academia en vuestro idioma. Me encuentro en situación anómala, deseo excusarme haciendo a ustedes la siguiente advertencia. No hablo español, ni me es posible tampoco pronunciar vuestro idioma cuando trato de leer lo que ha sido traducido. Sin embargo, he pensado que haré la prueba, leyendo a Uds. un artículo escrito por mí y traducido por otro al castellano. Tendrán Uds. la bondad y paciencia para conmigo de permitirme que les traiga un mensaje médico de la Clínica Mayo? No me compete hablar en nombre de todos los médicos de Estados Unidos, pero sí puedo hacerlo en el de los médicos de la Clínica Mayo, quienes envían un saludo a sus colegas de México. Con vuestra generosa indulgencia, me voy a permitir expresarles nuestros puntos de vista respecto a "La frecuencia de las úlceras gástricas y duodenales en los Estados Unidos". Mi escaso conocimiento del castellano y mi deseo de no cansar a Uds. me obligan a ser breve.

Todos los seres reaccionan ante el medio. En el proceso de evolución de una especie, las reacciones de ésta al medio, deben de sufrir modificaciones inducidas por los cambios constitucionales de generaciones sucesivas.

El medio a su vez, está sujeto a constantes metamorfosis, de tal suerte que el medio actual, no solo es enteramente distinto de la antigüedad, sino que también difiere grandemente durante el transcurso de una existencia. Lo que radia al hombre en la actualidad, es muy distinto a aquello que nos rodeaba hace unas cuantas decadas. Estas relaciones con el medio, son teóricamente fáciles de analizar, sin embargo, su número infinito y sus relaciones inexplicables, hacen un la-

berinto que desafían todo análisis. Los seres de vida más compleja, tales como el hombre, prestan un material variable, capaz a su vez de reacciones variables, de modo que no sabemos de estas reacciones, sino hasta que se ven evidenciadas por el resultado final. De tal suerte que es muy probable, que la enfermedad, un modo de reacción, del complejo hombre ante el no menos complejo medio, ha sido a su vez capaz de presentar varias modalidades. Cuando todos los datos de una enfermedad han sido debidamente recabados, se ha supuesto, que estos datos son inmutables en el porvenir. Los que hacen esta aserción, olvidan que tod^o órgano está constantemente y permanentemente cambiando por las leyes de la evolución, por lo tanto las reacciones del órgano en cuestión han cambiado con el medio, teniendo que ser estas reacciones distintas a las que se producían antes de la nueva adaptación al medio. Por lo tanto, no sólo los datos que se obtienen por los nuevos métodos de investigación, son los que cambian el aspecto de la enfermedad, si no que ésta a su vez está cambiando. Es necesario pues, conforme transcurre el tiempo, revisar y comparar nuestros conceptos respecto a la frecuencia y naturaleza de las enfermedades.

En toda revista histórica sobre úlceras, se cita a Galeno. Es posible reunir una voluminosa bibliografía de la incidencia de las úlceras, sobre todo desde que las necropsias comenzaron a practicarse por Grassius en 1695, quien habla de una úlcera gástrica perforada. No deseando cansarlos con datos históricos, me limitaré a decir que como resultado de nuestros conocimientos hasta ahora compilados, en la antigüedad se hacía algunas veces mención de la úlcera duodenal, pero la úlcera gástrica por su frecuencia era la más comentada; a pesar de que la incidencia de ambas úlceras era extremadamente baja según los autores antiguos. Willigk, en 1855, encuentra en 1146 necropsias, seis úlceras duodenales y 225 úlceras gástricas. Esta frecuencia de las úlceras era aparentemente característica de la época, pues en 1883 Greenfield relata haber encontrado cuatro úlceras duodenales y 124 gástricas en 1150 necropsias. Esta escasez de úlceras duodenales, reveladas por la autopsia, contrasta grandemente con los datos obtenidos actualmente. Sin embargo, nos demuestra que el mal existía en mayor número de lo que se reconocía clínicamente, pues Vonwyl encuentra entre 12,806 enfermos de la Clínica Médica de Zurich de los años 1884 a 1892, noventa y nueve úlceras gástricas y tres úlceras duodenales. No se puede menos que dudar de la exactitud de estos diagnósticos médicos, entre úlcera gástrica y duodenal. Aún hoy día,

es imposible hacer el diagnóstico por medios clínicos, sin recurrir a métodos radiológicos.

Volviendo a considerar la frecuencia con que se presenta la úlcera en la autopsia, diremos que Goldsmith, en 1911, encuentra en 19,200 necropsias 221 úlceras duodenales (1.15 por ciento) y 340 casos de úlcera gástrica (1.77 por ciento). Mientras hago esta revista histórica, no dejo de tener en cuenta los datos obtenidos por un estudio detenido de la clínica y las necropsias. Esta impresión es, que con el transcurso del tiempo, la frecuencia de la úlcera péptica ha aumentado gradualmente y que la úlcera duodenal, durante la última parte del siglo pasado ha desempeñado un papel tan importante como la úlcera gástrica. En los últimos años se ha presentado con mayor frecuencia que la úlcera gástrica. Robertson y Hargis en 1924 en un estudio cuidadoso de 2,000 autopsias, practicadas en la Clínica Mayo, encuentran 237 úlceras duodenales (11.8 por ciento), contra 141 (7.05 por ciento) de úlceras gástricas. Recuerdo que en los años que precedieron a este estudio, en la clínica estábamos informando sobre las frecuencias de las úlceras por datos obtenidos por la clínica así como la radiografía y la cirugía. Durante todo ese tiempo, se nos estuvo criticando tanto en los Estados Unidos como en el extranjero. Se nos decía que la úlcera no se presentaba con la frecuencia que asegurábamos.

En Alemania hoy día, la proporción de las úlceras duodenales a las gástricas, no está de acuerdo con aquella de los Estados Unidos y en particular difieren de las cifras dadas por la Clínica Mayo. Rodman en 1906, comentando la perforación de las úlceras gástricas y duodenales, escribió: "Grande fué mi interés, así como mi sorpresa, al ver que en doce gastroenterostomías sucesivas, practicadas por el Doctor W. J. Mayo, durante diez días que recientemente pasé en su compañía, tres de estos casos presentaban suficientes indicios para ser considerados por este cuidadoso y juicioso cirujano como úlceras perforadas. No menos interesante resulta el hecho, que ocho de estos casos fueron operados por úlceras duodenales, tres por úlceras gástricas y uno por una gran úlcera comprendiendo al píloro y al duodeno... la úlcera duodenal es más frecuente de lo que hemos considerado hasta la fecha, y según Mayo (1906) son tan frecuentes como la gástrica. Mi limitada experiencia me lleva a la misma conclusión". Sin embargo nunca llegamos a imaginar que la verdadera frecuencia de la úlcera fuera aquella dada a conocer por Robertson y Hargis. Prácticamente 20 por ciento, un sujeto de cada cinco, de los autopsiados en la Cli-

nica Mayo presentaba una o varias úlceras, gástricas o duodenales, ya cicatrizadas (33 por ciento) o bien en actividad (67 por ciento). Esta gran frecuencia de úlcera entre los sujetos autopsiados, no era debida a la enfermedad que causaba la muerte de los enfermos, pues las siete causas principales de muerte, dadas en orden de frecuencia son: padecimientos del tiroides, nefritis, hipertrofia de la próstata, colecistitis, tumores del cerebro y la médula, apendicitis y gastro-enteritis infantil. Algunos habian sido operados de úlcera. Las causas de muerte en enfermos en quienes coexiste la úlcera, pueden variar con la naturaleza del material clínico. La Clínica Mayo cuenta con un gran número de enfermos del tiroides y también con un amplio servicio de cirugía nerviosa.

Por alta que parezca la frecuencia de la úlcera, hallada en las necropsias, según el informe de 1924, resulta esta incidencia aun mayor conforme al informe presentado en 1928 por el Dr. Robertson. En el último año úlceras gástricas o duodenales se encontraron en 21.53 por ciento, de los autopsiados, aumentando un 2.68 por ciento. De este total de 21.53 por ciento, el 5.1 por ciento eran úlceras gástricas y el 16.43 por ciento, duodenales. Permítaseme llamar vuestra atención nuevamente, respecto a la reciente frecuencia de las úlceras duodenales con relación a las gástricas, según lo evidencian las cifras anteriores.

Este cambio de proporciones, puede atribuirse a un estudio más detenido en las necropsias. Sin embargo creo que la reciente frecuencia de las úlceras, puede explicarse por las teorías expuestas en la introducción; es decir, que los padecimientos están cambiando, debido a los cambios evolutivos de los órganos del hombre en presencia del medio. Digo ésto porque creo por experiencia clínica, que la tensión del medio actual, es un factor etiológico de importancia no solo en la producción de las úlceras, si no también en producir exacerbaciones. Pero este es otro asunto.

Volviendo al tópicó en cuestión: Nuestras consideraciones hasta este momento, se han limitado a lo que podríamos llamar úlcera gástrica y duodenal primitiva; es decir, úlceras que han precedido a toda intervención quirúrgica, deben tomarse en cuenta las úlceras reactivadas y las úlceras gastroyeyunales. Ningún informe anatómico, concierne a estas úlceras secundarias, observadas en la Clínica Mayo en 1928 es de obtenerse. El estudio clínico de ellas nos da mayores ventajas para hacer consideraciones acerca de estas úlceras secundarias. No se presentan en gran número. En ese año, el número de úlceras gás-

tricas y duodenales primarias, entre 76,390 enfermos inscriptos en la Clínica fué el de 2,239. En casi 3 por ciento de los enfermos inscriptos, se llegó al diagnóstico clínico de úlcera péptica, habiéndose corroborado este diagnóstico por la radiología o la cirugía o bien por ambas. Si a este número se suman las úlceras secundarias o postoperatorias, gastroyeyunales o duodenales y gástricas, el total llega a ser de 2,499 casos o sea 3.2 por ciento del registro total. De las 2,239 úlceras primarias, 2,015 (90 por ciento) eran duodenales y 224 (10 por ciento) eran gástricas. Veinte y siete casos presentaban úlceras gastro-duodenales. Si estos casos se consideran como úlceras duodenales, esto nos da un total de 2,042 casos de úlcera duodenal, equivalente al 91 por ciento de todas las úlceras primarias observadas. Así pues en 1928 la relación entre las úlceras duodenales y gástricas fué de 9 a 1. Seguramente que la oleada de úlceras pépticas se ve dominada hoy día por las úlceras duodenales.

De las úlceras secundarias a operaciones practicadas en la clínica y en otras partes, se observaron 260 casos o sea 10 por ciento del total de las úlceras pépticas observadas. En las operaciones de todo el país, entonces, se puede anticipar el fracaso por lo menos en 10 por ciento de los casos. La distribución de estas úlceras, fué en la siguiente forma: gastroyeyunales, 138 (53.07 por ciento), úlceras duodenales reactivadas, 104 (40 por ciento), y úlceras gástricas reactivadas, dieciocho (6.92 por ciento). El grupo gastroyeyunal comprende veintidós casos en los que existía la úlcera gastroyeyunal con úlcera duodenal reactivada y en un caso en que a la vez que una úlcera gastroyeyunal, había una gástrica reactivada. Estos veintidós casos no se incluyeron con aquellos en que sólo se presentaba una úlcera duodenal o gástrica reactivada.

Yo he expresado, si bien no categóricamente, que la adaptación del hombre al nuevo medio es una causa de úlcera. No quiero dejarles la impresión que creo que ésta es la única causa de úlcera, salvo en el sentido más amplio. En realidad la infección focal, las indiscreciones de la dieta moderna, con sus irritantes de orden químico, térmico y mecánico, el uso del tabaco y del alcohol, la tensión nerviosa, y todos los factores excitantes de la úlcera, forman parte del medio que nos rodea y no son reconocidos sino a veces por la reacción final, o sea la enfermedad. La profusión de relaciones con el medio y las relaciones que entre sí guardan desafían todo análisis riguroso.

Los factores que producen las úlceras pueden variar con los países

y pueden producir diferencias en la incidencia de las úlceras. Por lo tanto, lo que yo he dicho respecto a la frecuencia de la úlcera en los Estados Unidos, quizás no sea aplicable a vuestro país. Los pueblos civilizados a pesar de que difieren por características raciales, tienen, sin embargo, reacciones que les son comunes. Algunas de éstas pueden ser las que determinan reacciones al medio que conducen a la enfermedad. La frecuencia con que se encuentra una reacción entre nosotros es variable, pero eso es todo. En México, ustedes tienen que luchar con la tuberculosis, en los Estados Unidos nos sucede lo mismo. La sífilis es un padecimiento común, con una incidencia racial manifiesta. El carcinoma y la úlcera se presentan en todos los pueblos civilizados.

¿Cómo afecta a su país económica la incidencia de la úlcera? En los Estados Unidos esta incidencia es de importancia. Por supuesto, la frecuencia de la úlcera, 3 por ciento de los que se inscriben en la clínica, no puede aplicarse a toda la población, siendo únicamente aplicable a los enfermos. Ni tampoco puede aplicarse a todos los enfermos, la frecuencia de la úlcera, 3 por ciento de los que se inscriben en la clínica-autopsias. La discrepancia entre el número de úlceras, que se revelan a la autopsia y aquellas que se presentan en la clínica, creo que se puede explicar en parte, teniendo en cuenta que la úlcera no dominaba el cuadro clínico en el momento del examen. Además, 33 por ciento de las úlceras reveladas por la autopsia estaban cicatrizadas, lo cual nos indica que durante la vida una tercera parte de las úlceras cicatrizan cuando menos temporalmente. Así pues, la verdadera frecuencia con que se presentaron durante el año de 1928, úlceras en actividad entre los enfermos inscriptos en la Clínica Mayo, queda comprendida entre 3 y 19 por ciento. De los sujetos muertos de varias causas, y que presentaban a la autopsia úlceras pépticas, en 33 por ciento de los casos, éstas estaban cicatrizadas. Una úlcera cicatrizada no produce síntomas. Un paciente con úlcera cicatrizada difícilmente daría como síntomas principales aquellos que pudieran hacer sospechar en la existencia de la úlcera. Los 2,499 casos de úlcera, diagnosticados clínicamente en 1928, representan el 67 por ciento de los pacientes con úlcera que se presentaron a consulta por distintos padecimientos. Esto equivale a que 4,160 enfermos con posible úlcera se inscribieron en la clínica en 1928, o sea aproximadamente el 5 por ciento de la inscripción total. En 1906 Rodman, de una manera arbitraria, dijo que la frecuencia de la úlcera entre toda la población era de 5 por ciento. Los cálculos que preceden vienen a apoyar su opinión. Pero la frecuencia anatómica o real de la úl-

cera, ha aumentado desde 1906, de tal suerte que la incidencia clínica de la úlcera en cinco por ciento de los enfermos que se inscriben en la Clínica Mayo, es quizás muy baja, por lo menos no resulta exagerada. Es sumamente difícil llegar a establecer la incidencia de una enfermedad de la naturaleza de la úlcera péptica y tengo la convicción de que otros no están de acuerdo en aceptar esta alta incidencia de las úlceras. Smith, en una estadística sobre úlceras, da las cifras siguientes: de 4,884 enfermos hospitalizados, un 5 por ciento presentan úlceras duodenales y un 4 por ciento gástricas. En el mismo hospital en Glasgow, entre 8,989 enfermos no hospitalizados, la incidencia de la úlcera duodenal fue la de 1.04 por ciento y 2.5 por ciento de la gástrica. Smith comenta, que este último grupo de enfermos pertenecía a las clases sociales más bajas, y después de estudiar a enfermos de la clase media, llegó a concluir que en este grupo la incidencia de la úlcera era de 1 por ciento.

Dudo mucho que los padecimientos asociados a las úlceras pépticas, desempeñen un papel importante en invalidar a los pacientes. Rivers y yo estudiamos las lesiones abdominales descubiertas durante el tratamiento de las úlceras y en 1,100 casos las lesiones asociadas se presentaron con la siguiente frecuencia: apendicitis crónica, 41.6 por ciento; apendicitis aguda y subaguda, 5.9 por ciento; colecistitis, 3.1 por ciento; carcinoma, 0.8 por ciento, y otros padecimientos, 2.1 por ciento. Este fué un grupo quirúrgico. La experiencia nos hace concluir que los padecimientos de orden médico asociados a las úlceras no serían de mayor importancia.

Suponiendo que la incidencia de la úlcera sea de aproximadamente 5 por ciento en la clínica, sea aplicable a una comunidad de individuos entre veinticinco y sesenta y cinco años de edad, ¿qué significado tiene para una nación

Un estudio estadístico de las enfermedades de los enfermos inscriptos en la clínica, de los autopsiados y de la población del país, nos llevan a la siguiente interpretación. Se puede asumir que el período de la vida en que se presenta la úlcera es entre veinticinco y setenta y cinco años. En este período de cuarenta años quedan comprendidos 91 por ciento de los enfermos de la úlcera inscriptos en la clínica. Setenta y ocho por ciento del total de enfermos inscriptos en la clínica quedan también comprendidos en este período de cuarenta años. También 84 por ciento de los pacientes comprendidos en las estadísticas de autopsias hechas por Robertson y Hargis, que hemos citado antes, están incluidos en este período de la vida, y 78 por ciento de los sujetos autopsiados en la

clínica quedan comprendidos entre estas edades. Esto indica que los grupos de pacientes de los que se tomaron estos ejemplos, tanto en el estudio de Robertson como en el presente, fue en su mayoría en edades en que es grande la susceptibilidad a las úlceras pépticas. Volviendo al censo de 1920 de los Estados Unidos el cual arroja cerca de 106.000,000 de habitantes, se ve que sólo 46 por ciento quedan comprendidos en la época de la vida más susceptible a las úlceras, o sea que prácticamente más de la mitad de la población cuenta menos de 25 años. De esto se desprende que el grupo de pacientes que se inscriben en la clínica no son un reflejo de la población del país, sino que comprende en su mayoría sujetos en la edad madura y en la vejez. Al aplicar estas cifras de incidencia de úlcera a la población en general, hay que hacerlo solamente a aquella parte de la población comprendida en la edad susceptible al mal; es decir, a un poco menos de la mitad de la población de nuestra nación, o si no, debe de dividirse a la población por mitad. Este último modo parece el más exacto y será el que sigamos en nuestra disertación.

Consideremos la incidencia de la úlcera en una ciudad hipotética de 200,000 habitantes. Tendrá una incidencia de úlcera de la mitad del 5 por ciento, o sea 5,000, de los cuales 4,500 serán úlceras duodenales. 3,850 de los pacientes serán hombres. La gran mayoría de las úlceras ocurrirán en sujetos entre treinta y cincuenta años, lo mejor de la vida. Afortunadamente, las úlceras no complicadas no pasan de ser una molestia, pudiendo limitarse a disminuir la eficiencia personal. Cuando se presentan a consulta los pacientes por lo regular han tenido la úlcera durante diez años. La sociedad ha perdido muchas energías. Pero en realidad no se limitan a esto los inconvenientes, pues los pacientes con úlcera péptica, están expuestos a complicaciones que los inhabilitan por completo. De estos 5,000 pacientes, 600 presentan hemorragias y en algunos, éstas serán fatales. Si todos son tratados quirúrgicamente, el número de muertos será el de 350, como promedio en los Estados Unidos. En centros médicos especializados esta mortalidad es un poco más baja. En la Clínica Mayo en 1928, se tuvo una mortalidad de 1.1 por ciento en las úlceras duodenales y de 4.7 por ciento en las gástricas. Esta mortalidad tan baja es explicable por la alta especialización concedida a este problema. Con la incidencia de 10 por ciento de recidivas, podemos asumir que una segunda intervención será necesaria en 500 sujetos y la mortalidad dependerá de la habilidad del cirujano. Tenemos aún que considerar la mortalidad debida a la perforación. Se

ven tan pocos casos de perforación aguda en la clínica, que no se puede llegar a ninguna conclusión estadística del material que yo he presentado. Perforaciones crónicas, limitadas por adherencias, que requieren intervención o que se encuentran durante ellas, se presentan con una frecuencia notable. Las estenosis que requieren intervención quirúrgica, generalmente se ven precedidas por un período de invalidación.

En la Clínica Mayo, donde vienen de 2,500 (dos mil quinientos) a 3,000 (tres mil) pacientes al año con diagnóstico de úlcera, solamente 33 (treinta y tres) por ciento son operados. Por consiguiente, puede suponerse que un grupo de 5,000 (cinco mil) de estos pacientes, 3,350 (tres mil trescientos cincuenta) pueden tratarse por medios no quirúrgicos. Aproximadamente la mitad de éstos, o 1,675 (mil seiscientos setenta y cinco) pueden mantenerse sin síntomas, si es que no se curan, por el tratamiento médico. Los otros 1,675 (mil seiscientos setenta y cinco) están sujetos a los peligros de la hemorragia que se presentó en 7 (siete) por ciento de los casos no quirúrgicos de úlcera duodenal y en 10 (diez) por ciento de los casos de úlcera gástrica. Perforaciones agudas y crónicas se presentarán en 0.5 (medio) por ciento de los casos de úlcera duodenal y en 10 (diez) por ciento de los enfermos de úlcera gástrica. La obstrucción en casos de úlcera duodenal se presentó en 2.6 (dos y seis décimos) por ciento y en 1.5 (uno y cinco décimos) por ciento de las úlceras gástricas. Los casos no quirúrgicos de úlcera gástrica y duodenal tendrán una mortalidad de 3 (tres) por ciento. Noventa vidas entre 3,350 (tres mil trescientos cincuenta) se perderán.

Estimando la posible inhabilidad impuesta por la úlcera en la gente de esta ciudad hipotética, he omitido la descripción detallada de otros obstáculos serios. Ustedes, sin duda, pueden suplir éstos con su conocimiento de la causa y del tratamiento de úlcera. La desorganización del hogar ocasionada por la necesidad de dietas especiales para pacientes tratados quirúrgicamente y más aún para los tratados médicamente, no es un problema pequeño. Mayor que éste es el problema de la necesidad de la rehabilitación del paciente con úlcera en un medio ambiente conducente a la estabilidad de los factores nerviosos, cuyo conocimiento crece rápidamente en la profesión médica. Úlcera no es el único producto de una existencia acelerada. Los cardiólogos americanos nos demuestran que la angina de pecho, reconocida hace mucho como producto de la tensión nerviosa, está aumentando y tienen más prueba de esto en el hecho de la incidencia de esta enfermedad entre

las mujeres, que era baja en el pasado, ahora es casi paralela con la incidencia en los hombres, como las mujeres han tomado su lugar entre los hombres en el mundo de negocios y han asumido sus vicios y virtudes. Aunque la hipertensión se asocia con ciertos cambios patológicos, también se considera como producto de la civilización. Se puede formar teorías, si se desea, de lo que el futuro contenga con respecto al aumento de éstas y otras enfermedades. Parece lógico anticipar más aumento en su frecuencia. Se han empleado profilaxia y propaganda en la lucha contra la tuberculosis, enfermedades venéreas y carcinoma, pero la importancia de las úlceras no ha sido divulgada como la de la sífilis, tuberculosis, los padecimientos cardiovasculares, el cáncer y la diabetes. Tanto desde el punto de vista de la salud general en una nación, como desde el punto de vista económico, requiere una seria atención de parte de los médicos.
