

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

CONTROVERSIAS EN EL TRATAMIENTO DE LA ÚLCERA PEPTICA

*Dr. Jean-Alain Chayvialle

La úlcera péptica se caracteriza por una elevada frecuencia de curación espontánea y una definida tendencia a recurrir después del tratamiento tanto médico como quirúrgico. Se han efectuado numerosos estudios terapéuticos no controlados en las últimas décadas. Los resultados han sido confusos y probablemente han entorpecido el desarrollo de esquemas terapéuticos verdaderamente efectivos.

Las controversias en el tratamiento podrían clasificarse en torno al tratamiento médico o quirúrgico y en relación a la oportunidad de la indicación quirúrgica.

Tratamiento médico

Entre las numerosas drogas usadas en el tratamiento de la úlcera péptica, no se ha logrado demostrar que los anticolinérgicos mejoren significativamente los porcentajes de curación. Sólo en una oportunidad se ha comunicado que son capaces de reducir el índice de recurrencia de úlceras cicatrizadas. El hemisuccinato del ácido glicerico (carbenexolona), ha sido estudiado extensamente en Inglaterra tanto para la úlcera gástrica como para la duodenal. Sin embargo, su efecto favorable en la curación de las úlceras gástricas se ha visto limitado por la alta incidencia de efectos secundarios potencialmente riesgosos, debido a que tiene efectos de tipo aldosterónico. Las sales de bismuto se han usado intensamente en Europa, hasta que se detectaron efectos iatrogénicos, como la encefalopatía; aunque estas drogas han sido retiradas en distintos países, trabajos controlados recientes indican que ellas pueden ser significativamente útiles en la úlcera péptica. La trimipramina ha sido usada por grupos escandinavos y aparentemente mejora en forma significativa el índice de curación en la úlcera duodenal.

Los agentes antiulcerosos más estudiados recientemente han sido los bloqueadores de histamina H₂, es decir, la metiamida y luego la cimetidina. Esta última reduce en un 70-100% la secreción basal de ácido y en un 60-80% la secreción postprandial. Se han registrado relativamente pocos efectos secundarios; éstos están relacionados a la función del nódulo sinusal, falla hepática o renal, confusión mental, ginecomastia o

leucopenia. A pesar de ellos, la cimetidina parece ser una droga segura, capaz de inducir la curación de la úlcera duodenal en un 75% de los enfermos y de la úlcera gástrica en un 65%, aproximadamente, luego de 4 a 6 semanas de tratamiento con dosis de 0,8 a 1,2 gr por día. Las controversias actuales en relación a la cimetidina son: 1) la duración del tratamiento, 2) la necesidad de indicar simultáneamente antiácidos o anticolinérgicos y 3) la utilidad de la cimetidina en la hemorragia por úlcera péptica.

Luego de la cura habitual de 4 a 6 semanas, la recurrencia en pacientes cuya curación se ha controlado endoscópicamente puede llegar al 80%. Pese a que la mayoría de estas recurrencias son escasamente sintomáticas, se ha llegado a indicar curas prolongadas con dosis de 400 mg diarios por 6 a 12 meses. Sin embargo, tan pronto se ha suspendido la cimetidina, la frecuencia de recurrencias ha sido similar a la observada luego del tratamiento de 1 mes. Esto ha planteado la interrogante de mantener el tratamiento por toda la vida, panorama sombrío, si se tienen en cuenta los posibles efectos secundarios de la droga y las consecuencias económicas para el paciente.

Debido a que los bloqueadores H₂ son capaces de inhibir la respuesta ácida a todos los estímulos conocidos, la cimetidina ha sido usada más frecuentemente como agente terapéutico único. De un estudio reciente ha resultado que los antiácidos y/o anticolinérgicos administrados simultáneamente con la cimetidina permiten una mayor reducción de la secreción ácida. Se podría sugerir, en consecuencia, que estudios terapéuticos futuros deberían incluir drogas complementarias elegidas según su eficiencia, costo, carencia de efectos secundarios y comodidad para el paciente.

En la actualidad no existe evidencia concluyente de que la cimetidina sea el tratamiento de elección para la hemorragia por úlcera péptica. Esta situación clínica se encuentra particularmente abierta a progresos terapéuticos, debido a que se ha demostrado que antiácidos en altas dosis mejoran significativamente los resultados terapéuticos en la gastritis hemorrágica y que muchos grupos están evaluando actualmente la utilidad de la coagulación con Laser en la hemorragia digestiva de origen focal.

Finalmente, muchos de los estudios actualmente promisorios pueden quedar obsoletos si los nuevos agentes terapéuticos actualmente en experimentación resultan útiles en el tratamiento de la úlcera péptica. Estos incluyen derivados de la cimetidina, como la

*Jefe de clínica. Facultad de Medicina Lyon, Francia. Profesor visitante Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

ranitidina, de mayor potencia y sin efectos de tipo endocrino, y derivados de las prostaglandinas, que administrados por vía oral parecen tener efectos citoprotectores a dosis inferiores que las necesarias para inhibir la secreción de ácido.

Oportunidad de la indicación quirúrgica

En la práctica, las úlceras pépticas pueden separarse en distintos grupos evolutivos. Por un lado, la úlcera duodenal o gástrica que cura rápidamente después del tratamiento médico, dejando al paciente asintomático por largo período de tiempo; esta condición no requiere cirugía a no ser de que la recurrencia siga un curso más dramático. Por otro lado, los síntomas y/o la lesión controlada endoscópicamente resisten al tratamiento médico más cuidadoso. La evolución clínica puede oscurecerse aún más por complicaciones de la enfermedad. En este caso no cabe duda de que el tratamiento quirúrgico será el único capaz de restituir la salud al paciente.

Entre ambas situaciones, hay pacientes con recurrencias frecuentes o curación incompleta que son quienes internistas y cirujanos se disputan. Muchos parámetros pueden usarse para la decisión terapéutica en este grupo, desde la situación socioeconómica del paciente a las características morfológicas y biológicas de la enfermedad ulcerosa. Este campo está en movimiento constante debido a la creciente farmacopea que se le ofrece al gastroenterólogo, de manera tal que la frecuencia del fracaso del tratamiento médico puede reducirse aún más y limitar el rol de la cirugía.

Como una situación relativamente nueva derivada del desarrollo de la endoscopia, se reconocen úlceras con curación incompleta después de varias semanas de tratamiento médico, a pesar de que los síntomas de los pacientes han desaparecido rápidamente. Esta misma situación se observa con cierta frecuencia después de la vagotomía de células parietales. Desde el punto de vista científico, estos casos enfatizan la necesidad de aclarar el mecanismo del dolor en la úlcera péptica. En la práctica, el problema es si estas úlceras asintomáticas pero no completamente cicatrizadas requieren cirugía a pesar de que los síntomas de los pacientes pueden ser controlados en forma adecuada con tratamiento seguro y de bajo costo.

No se ha investigado suficientemente si las características histológicas o morfológicas de la úlcera deben ser tomadas en cuenta para la decisión terapéutica.

En la úlcera gástrica, el diagnóstico diferencial con el cáncer es de importancia fundamental. A pesar de que varias series de biopsias del borde de la úlcera no tratada y de la cicatriz de la lesión pueden dar una seguridad estadística, algunas lesiones se asocian con gastritis muy acentuada y ocasionalmente con atipia celular. En estos casos de pobre respuesta al tratamiento médico, puede indicarse la gastrectomía basado o en un posible carcinoma no diagnosticado, o en un tratamiento o seguimiento demasiado difícil y largo. Como en la úlcera duodenal, algunos grupos han indicado que la frecuencia de curación y recurrencia podría ser de alguna manera pronosticada con la apariencia macroscópica de la lesión en el momento del diagnóstico o en controles posteriores a un tratamiento médico de prueba. Estas clasificaciones requieren comprobación, puesto que si son válidas darían una clave para la elección del tratamiento médico y quirúrgico.

Tipo de procedimiento quirúrgico

Los procedimientos clásicos usados para la úlcera péptica incluyen la gastrectomía, la vagotomía troncal con antrectomía, la vagotomía troncal o selectiva con piloroplastia o gastroyeyunostomía y la vagotomía de células parietales (hiperselectiva). Basado en la reducción de ácido, cada uno de estos procedimientos puede usarse tanto para la úlcera gástrica como para la úlcera duodenal. Sin embargo, la gastrectomía o la vagotomía con antrectomía, dependiendo de la localización de la lesión, son los procedimientos más frecuentemente usados para la úlcera gástrica, puesto que permiten la resección y el análisis histológico de la lesión, que a menudo requiere ser diferenciada del cáncer gástrico.

La elección del procedimiento quirúrgico para la úlcera duodenal ha sido muy discutida. La vagotomía troncal con antrectomía produce la mayor reducción en la secreción de ácido y la menor incidencia de recurrencias. Sin embargo, las secuelas del procedimiento, tales como la pérdida de peso, el síndrome de dumping o la hipoglicemia, no son raras. El competidor actual de la vagotomía con antrectomía es la vagotomía de células parietales. Este procedimiento reduce la secreción de ácido en un 50-70%, que parece ser suficiente en el 90-95% de los enfermos de úlcera duodenal por 5 años. La ventaja de la técnica es que mantiene el mecanismo antral, que regula el vaciamiento gástrico. El 2-10% de recurrencia puede no ser crítico, y en él los síntomas son inconstantes y pueden ser controlados

con tratamientos médicos simples. Finalmente, la vagotomía de células parietales no es un inconveniente para procedimientos más agresivos si posteriormente se requieren.

Sin embargo, aún se discute si la vagotomía de célula parietales debe ser usada en toda úlcera duodenal. Alrededor de un 30% del grupo tiene un nivel de secreción elevado. El 50-70% de reducción en la secreción de ácido que produce una vagotomía de células parietales bien hecha, puede ser insuficiente a largo plazo en estos enfermos, quienes deberían quizás

arriesgar la baja pero existente mortalidad de procedimientos como la vagotomía con antrectomía, como la primera y única operación. Se están realizando series controladas en varios centros. Hasta que no se obtenga la respuesta de ellas, cada gastroenterólogo tiene que balancear el bienestar de la vagotomía de células parietales, contra el riesgo de recurrencia debido al 30-50% de secreción residual de ácido, y sus posibles consecuencias a largo plazo resultantes de una cirugía limitada.

REFERENCIAS

- Christensen E, Juhl E, Tygstrup N: Treatment of duodenal ulcer. Randomized clinical trials of a decade (1964 to 1974). *Gastroenterology*, 73: 1170-1178, 1977
- Finkelstein W, Isselbacher KJ: Cimetidine. *New Eng J Med*, 299: 992-996, 1978
- Korman MG, Hetzel DJ, Hansky J et al: Relapse rate of duodenal ulcer after cessation of long-term cimetidine treatment. *Dig Dis Sci*, 25: 88-91, 1980
- Lambert R, Mainguet P, Moulinier B: Endoscopy in the management of duodenal ulcer. *Digestion*, 18:110-124 1978
- Davis Z, Verheyden CN, Van Heerden JA et al: The surgically treated chronic gastric ulcer. An extended follow-up. *Ann Surg*, 185: 205-209, 1977.
- Liavag I, Roland M: A seven-year follow-up of proximal gastric vagotomy. Secretary studies. *Scand J Gastroenterol*, 14: 409-416, 1979.
- Jordan PH Jr: An interim report on parietal cell vagotomy versus selective vagotomy and antrectomy for treatment of duodenal ulcer. *Ann Surg*, 189: 643-652, 1979.
- Korompai FL: Parietal cell vagotomy: a gimmick or a dream come true? *Surg Clin N Amer*, 59: 951-956, 1979.
- Myren J, Schrupf E (Eds): Symposium on pathophysiology and drug therapy of peptic ulcer. *Scand J Gastroent*, 15 (suppl 58, part I), 1980.

