

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>

TRATAMIENTO DE LA ÚLCERA GÁSTRICA

*Dr. Osvaldo Llanos

El tratamiento de la úlcera gástrica comienza después de haber descartado que la lesión sea un cáncer. En nuestra experiencia, un 8,9% de las úlceras gástricas de aspecto benigno en la radiología convencional de estómago, corresponden a un cáncer gástrico. El uso de la radiología de doble contraste en forma rutinaria disminuye este porcentaje en forma apreciable. Por este motivo, toda úlcera gástrica, por benigna que parezca en el estudio radiológico, debe someterse a endoscopia y biopsia endoscópica, que son los métodos de elección para el diagnóstico diferencial. El rendimiento de la biopsia endoscópica, en este sentido, es cercano al 100%.

Una vez descartado el cáncer, los enfermos de úlcera gástrica no complicada se someten a tratamiento médico.

Los objetivos fundamentales del tratamiento médico son: el alivio del dolor, la cicatrización de la úlcera, la prevención de las complicaciones y la prevención de las recurrencias.

Las bases del tratamiento médico son: 1) El reposo en cama; de base empírica pero de eficiencia comprobada. 2) El régimen. Aspecto polémico que ha ido siendo limitado a mantener sólo un régimen blando, sin irritantes ni estimulantes de la secreción gástrica. Elimina fundamentalmente los condimentos, café, cigarrillo, alcohol, aspirina, etc. No es necesario que sea fraccionado. 3) Antiácidos. Su uso es optativo y habitualmente se dejan como sintomáticos. 4) Cimetidina. Discutible en la úlcera gástrica y en general no se indica de rutina. A pesar de que su indicación fundamental es en la úlcera duodenal, su uso en la úlcera gástrica ha mostrado tener un cierto beneficio. Puede usarse, especialmente en enfermos de alto riesgo quirúrgico en que se desea evitar la cirugía.

El tratamiento médico se mantiene por plazos variables entre uno y tres meses, dependiendo en gran parte del tamaño inicial de la úlcera y de otros factores individuales de cada enfermo. El resultado de este tratamiento es la cicatrización de la úlcera en aproximadamente el 50% de los enfermos. La cicatrización debe ser comprobada endoscópicamente y nuestra conducta es de repetir la biopsia en todos los casos. La cicatrización de un cáncer ulcerado después de un tratamiento médico es excepcional, pero está descrita en el ciclo

vital de la "úlcera maligna". En nuestra experiencia hemos visto un caso de cicatrización de un cáncer incipiente ulcerado después de un mes de tratamiento médico.

El uso de la carbenoxolona ha demostrado ser útil en el tratamiento de la úlcera gástrica; sin embargo, sus efectos aldosterónicos han limitado su uso.

La creciente investigación en el uso de las prostaglandinas ha demostrado que algunas de estas sustancias que han sido modificadas para ser usadas por vía oral, son eficaces inhibidoras de la secreción de ácido clorhídrico. Además, en dosis bajas, también son capaces de restaurar una barrera mucosa dañada por la aspirina o el alcohol. Por estos motivos, se piensa que en el futuro podrían ser un valioso agente terapéutico en la úlcera gástrica.

Los enfermos que no curan con el tratamiento médico, los que presentan complicaciones de su úlcera gástrica y los que tienen una úlcera duodenal asociada (aproximadamente el 15% de los ulcerosos gástricos) son sometidos a tratamiento quirúrgico. También llegan al tratamiento quirúrgico los enfermos que sufren recurrencias frecuentes de su úlcera gástrica. La prevención de las recurrencias es en general poco efectiva y está limitada a llevar una vida moderada, evitando las trasgresiones alimenticias, el alcohol y el cigarrillo, sin obtener necesariamente los beneficios esperados en todos los casos.

Los enfermos con úlceras del canal pilórico o con úlceras prepilóricas o con úlceras gástricas que aparecen concomitantes a una úlcera duodenal se comportan, desde el punto de vista secretor, como los ulcerosos duodenales y deben recibir el tratamiento quirúrgico que corresponde a una úlcera duodenal.

La operación de elección para la úlcera gástrica es la antrectomía o la gastrectomía subtotal distal. Se efectúa una resección del 50 - 60% del estómago. Con esta resección, junto con extirpar el antro, eliminando así el factor antral de la secreción de ácido clorhídrico y eliminando también la gran parte de la mucosa gástrica afectada por la gastritis crónica, se logra extirpar cerca de los dos tercios de las úlceras gástricas que se operan. En otras palabras, se extirpan las úlceras del tercio distal y gran parte de las del tercio medio del estómago. Como en estos enfermos el duodeno está sano, la reconstitución del tránsito se prefiere hacer con una gastroduodenostomía (Billroth I). Sin embargo, no se han demostrado ventajas significativas de un Billroth I sobre un Billroth II o viceversa.

*Departamento de Gastroenterología. Escuela de Medicina. Universidad Católica de Chile.

La mortalidad de la gastrectomía subtotal por úlcera gástrica es en general baja y no es superior al 1%. En nuestra experiencia no hemos observado mortalidad operatoria en los últimos 150 enfermos operados en forma electiva por una úlcera gástrica. En este sentido, aunque esté decidido el tratamiento quirúrgico, es muy útil realizar siempre un tratamiento médico previo, que tiene por objeto disminuir el edema periulceroso y el tamaño de la úlcera. Con este procedimiento, el cirujano trabaja sobre un terreno con menos inflamación y disminuye los riesgos de complicaciones operatorias.

La frecuencia de recurrencia ulcerosa después de una gastrectomía subtotal por úlcera gástrica es excepcional, a diferencia de lo que puede ocurrir con la úlcera duodenal. Debido a esta alta eficiencia y a su baja mortalidad operatoria es que la gastrectomía subtotal es superior a otros procedimientos en el tratamiento de la úlcera gástrica. Se ha propuesto la vagotomía y piloroplastia con resección en cuña de la úlcera, pero el elevado índice de recurrencias ha hecho abandonar esta operación.

El problema planteado por las úlceras del tercio superior del estómago se presta a discusión. En nuestro país, cerca de un tercio de las úlceras gástricas se ubican en el tercio superior del estómago. En el tratamiento quirúrgico de estas úlceras altas preferimos mantener la gastrectomía subtotal, dejando la úlcera en el muñón gástrico (procedimiento de Kelling-Madlener). Las biopsias endoscópicas previas nos dan suficiente seguridad de que no se está dejando un cáncer. La experiencia ha demostrado que todas estas úlceras altas cicatrizan después de la gastrectomía parcial distal. De este modo, creemos que no se justifica realizar procedimientos de extensión hacia arriba de la gastrectomía, como las operaciones de Pauchet o de Schoemaker, que pretenden extirpar úlceras altas, pero que indudablemente aumentan el riesgo quirúrgico. En estos enfermos es donde tiene mayor utilidad el tratamiento médico previo a la cirugía.

La gastrectomía proximal y gastrectomía total no tienen indicación en la úlcera gástrica benigna.

En la perforación aguda de una úlcera gástrica, si ésta es reciente (menos de seis horas en general) y las condiciones del enfermo lo permiten se puede realizar una gastrectomía. Si no es posible, como sucede en la mayoría de los casos, basta con suturar la úlcera. No tomamos biopsia contemporánea en la úlcera perforada porque su bajo rendimiento puede inducir a error. Se prefiere suturar la lesión y posteriormente, una vez

solucionada la emergencia, en forma diferida, tomar biopsias endoscópicas que son de rendimiento muy superior.

En la hemorragia digestiva por úlcera gástrica que tenga indicación quirúrgica de urgencia se prefiere el tratamiento quirúrgico definitivo, es decir, la gastrectomía. En estos casos se debe preferir intentar siempre la resección de la úlcera. La sutura de la úlcera sangrante, con o sin procedimientos agregados (vagotomía y piloroplastia), es de malos resultados por la alta frecuencia de recurrencia del sangramiento en el postoperatorio (25%). En la medida que se sea riguroso en la indicación quirúrgica en la hemorragia digestiva por úlcera gástrica, se podrán operar los enfermos en mejores condiciones. Esto permitirá realizar el tratamiento adecuado y definitivo en la mayoría de ellos. La demora en la indicación significa operar a un enfermo en malas condiciones y limitar la cirugía a procedimientos menores, de peores resultados y que terminan en una mayor mortalidad de estos enfermos.

REFERENCIAS

- Duthie H.L.: Surgery for gastric ulcer. *World J. Surg.* 1: 29-34, 1977.
- Madsen P., Kronborg O., Hansen O.H., Pedersen T: Billroth I gastric resection versus truncal vagotomy and pyloroplasty in the treatment of gastric ulcer. *Acta Chir. Scand.* 142:151, 1976.
- Grossman M.I., et al: A new look at peptic ulcer. *Ann. Int. Med.* 84: 57-67, 1976.
- Llanos O., Guzmán S., Duarte I.: Diagnóstico diferencial de la úlcera gástrica: Utilidad del primer examen endoscópico. *Rev. Méd. Chile* 106: 751-754, 1978.
- Rudick J: Gastric Ulcer. En: *Surgery of the Stomach and Duodenum*. Editores: Lloyd M. Nyhus y Christopher Wastell. Little, Brown and Company. Boston, U.S.A. pp: 191-210, 1977.
- Littman, A. (Ed.): Veterans Administration Cooperative Study on gastric ulcer: healing, recurrence, cancer. *Gastroenterology* 61: 567, 1971.
- Chudbury Tk, Jacobson ED: Prostaglandin cytoprotection of gastric mucosa. *Gastroenterology* 74: 58-63, 1978.
- Sircus W.: Carbenoxolone sodium. *Gut* 13: 816-824, 1972.
- Llanos O., Hoffenberg P.: Patogenia y tratamiento de la úlcera péptica. En: *Avances en Gastroenterología II*. Editores: V. Valdivieso D., R. Armas M. y C. Quintana V. Sociedad Chilena de Gastroenterología. Alfabeta. Santiago, pp 235-266, 1979.

