

ULCERA PEPTICA EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Doctores:

- (1) ROBERTO GUTIERREZ ARANGO
- (2) ALFREDO BARRERA
- (3) ALBERTO URDANETA

El presente trabajo es una revisión sobre úlcera péptica observada durante cuatro años (1958-1961) en el Hospital Militar Central de Bogotá. Su finalidad ha sido la de analizar los diferentes aspectos de la úlcera gastroduodenal en el medio militar.

MATERIAL DE ESTUDIO

Tomamos como material de estudio únicamente aquellos casos de úlcera péptica comprobada por estudio radiológico. Se rechazaron los casos de úlcera diagnosticada clínicamente, pero que carecían de comprobación radiológica o que tenían resultados radiológicos dudosos. También se descartaron aquellas historias que clínicamente y radiológicamente fueron diagnosticadas como úlcera gástrica, pero que en el examen histopatológico de la pieza quirúrgica demostraron corresponder a carcinoma. Todo el material correspondió al sexo masculino.

En la presente revisión se analizaron los siguientes aspectos:

1. Incidencia de la úlcera péptica.
2. Localización.
3. Distribución por edades.
4. Antecedentes.
5. Sintomatología.
6. Exámenes de laboratorio.
7. Tratamiento y sus resultados.
8. Comparación de resultados clínico-radiológicos.
9. Complicaciones.
10. Observaciones especiales y recomendaciones.

1. Incidencia de la úlcera péptica.

En los cuatro años revisados se atendieron, en la consulta externa del Departamento de Gastroenterología del Hospital Militar, 2.740 pacientes, de los cuales 388 presentaban síntomas clínicos de úlcera péptica, o sea 14.1%. De estos 388 pacientes se pudo com-

(1) Cirujano Asociado, del Hospital Militar Centro Médico. Miembro de Número de la Sociedad Colombiana de Gastroenterología. Colegio Colombiano de Cirujanos. Sociedad Colombiana Cancerología.

(2) Teniente de Navío Médico. Armada Nacional de Colombia. Residente de Cirugía General del Hospital Militar Central (1961-1962). Miembro Asociado de la Sociedad Colombiana de Gastroenterología.

(3) Médico Asociado del Servicio de Admisión y Medicina General. Adjunto a la Consulta de Gastroenterología de 1960 a 1962.

probar radiológicamente la úlcera, solamente en 255, es decir 9.3%. De estos 255 pacientes ulcerosos 79 recibieron tratamiento ambulatorio, y el resto, hospitalario. En el mismo período hubo 11.975 hospitalizaciones, de las cuales 703 correspondieron al Departamento de Gastroenterología, y de estas 176 a úlcera péptica. De lo anterior se deduce que por concepto de úlcera péptica se hospitalizaron el 1.47% de pacientes en relación al total, y el 25% en relación al Departamento de Gastroenterología. El primer dato guarda proporción con las cifras (1 a 3% suministradas por Gray sobre la incidencia de síntomas clínicos de úlcera en la población general) (1).

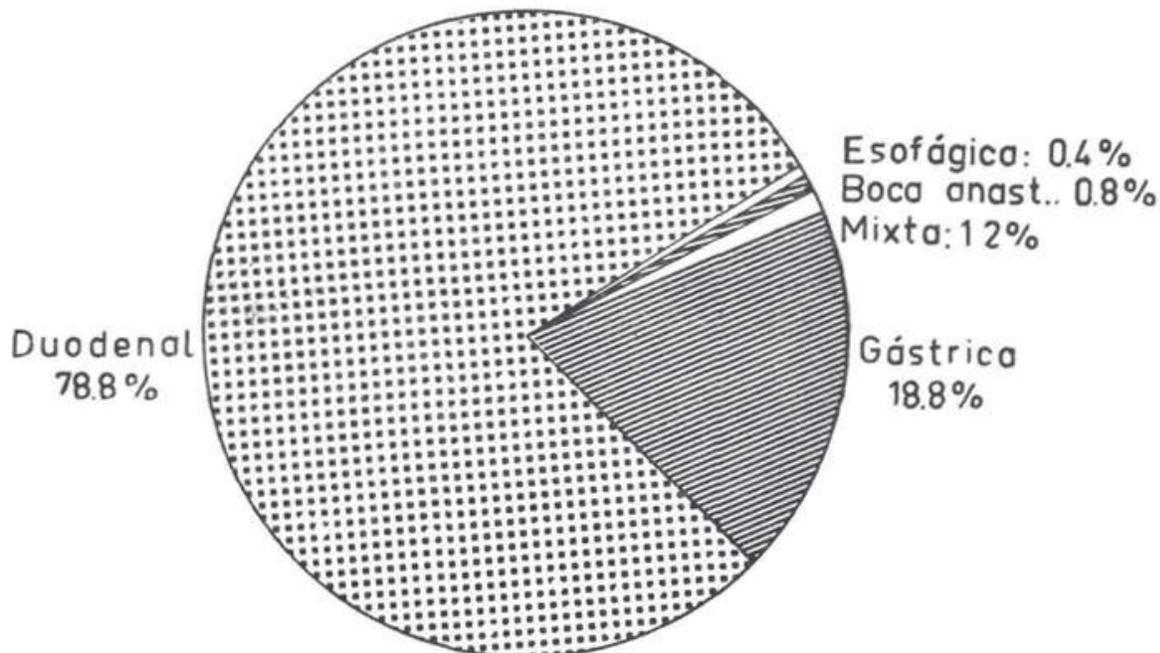
Teniendo en cuenta que nuestros datos corresponden a úlceras comprobadas radiológicamente, se calcula que la incidencia real de úlcera clínicamente activa en el grupo estudiado se aproxima al 2.5%. Nos vimos obligados a hacer este cálculo porque en la consulta externa del Hospital solo se

pudo obtener el número global de consultas atendidas y no el número de pacientes. De los 176 pacientes hospitalizados, 136 fueron por úlcera duodenal, 35 por úlcera gástrica, 3 por úlcera mixta y 2 por úlcera de boca anastomótica.

2. Localización de la úlcera péptica.

De acuerdo a la localización la úlcera péptica fue clasificada en los siguientes tipos: esofágica, gástrica, duodenal, de boca anastomótica, y mixta. En este último tipo se agruparon las correspondientes a aquellos casos que presentaban úlcera gástrica y duodenal simultáneamente. La repartición de los 255 casos estudiados fue la siguiente:

	Casos	
a) Esofágica	1	(0.4%)
b) Gástrica	48	(18.8%)
c) Duodenal	201	(78.8%)
d) Anastomótica	2	(0.8%)
e) Mixta	3	(1.2%)



TIPOS DE ULCERA
(255 casos)

En esta distribución podemos apreciar que la relación entre úlcera duodenal y úlcera gástrica es de 4.1 a 1, lo que coincide casi exactamente con los datos obtenidos por Gray y Bockus (2), (3). Llama la atención la baja incidencia de úlcera mixta en este grupo, en comparación al 5% registrado por Bockus (4) y al 14% dado por Morton (5).

3. Distribución por edades.

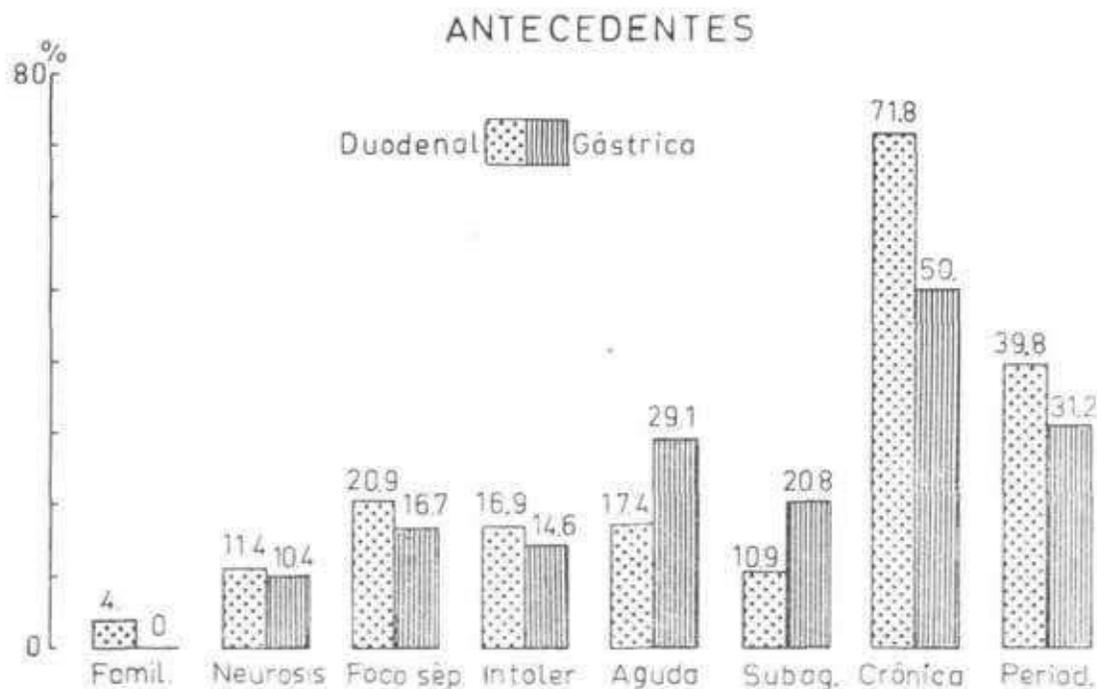
En la distribución por edades aparece la mayor incidencia de la úlcera péptica, en general, en las edades comprendidas entre los 21 y 35 años. La mayor incidencia de úlcera gástrica aparece en el grupo de 21 a 25 años, lo cual se aparta notoriamente de los datos obtenidos por Gray y Bockus (6), (7), en los que la edad de mayor incidencia para esta clase de úlceras es de los 35 a los 45 años.

En nuestro estudio la mayor incidencia para la úlcera duodenal aparece de los 26 a los 30 años, lo cual tampoco concuerda con otras estadísticas en las que la mayor incidencia

de úlcera duodenal se observa de los 30 a los 35 años (6), (7). En términos generales se nota un desplazamiento de la incidencia de la úlcera péptica hacia los primeros grupos de edad, lo que quizás se deba a que la mayoría del grupo en estudio está formada por gente joven. Este desplazamiento es más acentuado para la úlcera gástrica, lo cual podría relacionarse con la situación intempestiva de conflicto y desadaptación de los recién ingresados a las fuerzas armadas, pues este grupo corresponde, en su gran mayoría, a personal de reclutas y soldados. La anterior observación comprobaría los estudios de Irving O. Harris, quien encontró que los síntomas gástricos parecen corresponder a una protesta visceral contra las penalidades del servicio militar (8). Por otra parte, parece que los estados de tensión permanente influyen más en la aparición de úlcera duodenal, como lo veremos más adelante.

4. Antecedentes.

Entre los antecedentes los únicos que



se investigaron fueron los familiares y los referentes a neurosis comprobada, foco séptico, intolerancia gástrica, curso natural de la enfermedad y periodicidad.

a) Encontramos antecedentes familiares solamente en el 4% del personal estudiado, dato que en realidad es muy relativo, puesto que muchas veces era difícil precisar dichos antecedentes.

b) En cuanto a neurosis comprobada por el psiquiatra, se encontró en el 11.4% de úlceras duodenales y en el 10.4% de úlceras gástricas. En realidad estas cifras no expresan gran relación entre neurosis y úlcera péptica.

c) En lo referente a foco séptico, se consignaron todos aquellos casos que presentaban, junto con la úlcera, amigdalitis crónica, sinusitis, piezas dentales infectadas, uveítis y uretroprostatitis. En nuestro estudio encontramos 20.9% de úlceras duodenales y 16.7% de úlceras gástricas con claros antecedentes de foco séptico. Estos datos no nos parecen significativos para comprobar la relación entre foco séptico y úlcera péptica a pesar de lo que sostienen algunos autores, entre ellos Andresen y Morton (9), (10). A este respecto estamos más de acuerdo con las observaciones de Emery, Monroe y Bockus, quienes le niegan importancia al foco séptico en la etiología de la úlcera péptica (11).

d) Catalogamos con antecedentes de intolerancia gástrica a aquellos individuos que prestaban, en forma clara, síntomas dispépticos después de la ingestión de alimentos considerados como irritantes gástricos. La mayoría de los individuos acusaban intolerancia para el café, alcohol, tabaco, condimentos, picantes y alimentos fritos. El 16.9% de úlcera duodenal y el 14.6% de úlceras gástricas presentaron este antecedente.

e) Para estudiar el curso natural de

la enfermedad, arbitrariamente clasificamos como agudas las úlceras que tenían menos de 6 meses de evolución, como subagudas las que llevaban de 6 a 12 meses, y como crónicas las que tenían más de un año. El 17.4% de úlceras duodenales y el 29.1% de úlceras gástricas asistieron a consulta en los primeros 6 meses, lo cual indica que la sintomatología gástrica obligaba al paciente a asistir más prontamente a la consulta. La misma observación puede hacerse para la forma subaguda. El 71.8% de las úlceras duodenales y 50% de las úlceras gástricas tenían un curso crónico. En este caso cabe destacar que la úlcera duodenal tiende a ser más crónica que la gástrica, en lo que quizás tenga que ver el fondo psicossomático de los pacientes, indicando con ello que en los ulcerosos duodenales existe un trastorno más profundo y persistente de la personalidad.

f) El antecedente de periodicidad se encontró en el 39.8% de las úlceras duodenales y en el 31.2% de las úlceras gástricas. Debe tenerse en cuenta el hecho de que, no existiendo en nuestro medio cambios estacionales, tal como acontece en otras latitudes, este antecedente es más difícil de precisar en el interrogatorio de los pacientes.

5. Sintomatología.

El síntoma más constante fue el dolor epigástrico, que se halló en el 100% de las úlceras duodenales y en el 90% de las gástricas.

Le siguieron en orden de importancia la acedia, comprendiéndose dentro de este síntoma todas aquellas molestias tales como agruras, regurgitaciones ácidas, pirosis o sensación de quemadura retroesternal, síntomas que, en la mayoría de los casos los pacientes no son capaces de describir con precisión. Para Bockus, la pirosis tiene el mismo significado que el dolor

epigástrico (12), en cambio para Cecil, las acedias constituyen un síntoma bastante raro (13), en lo que se ve la dificultad en la obtención de este síntoma tan subjetivo e indefinido.

El tercer síntoma en orden de frecuencia fue la sensación de llenura, es decir, la sensación de plenitud gástrica, que no siempre obligaba al paciente a disminuir la cantidad de alimentos, puesto que la pérdida de peso sólo se observó en un reducido número de casos. Se halló este síntoma en el 73.1% de úlceras duodenales y en el 77.1% de úlceras gástricas. Aun cuando para Bockus la sensación de plenitud gástrica es frecuentemente de origen funcional, admite también que cualquier lesión abdominal capaz de producir dolor puede estar asociada con una vaga sensación de llenura o presión, más bien que el dolor (14). Por tal motivo hemos creído que tanto las acedias como la plenitud gástrica constituyen síntomas satélites del dolor epigástrico, característico de la úlcera péptica.

Las náuseas fueron más frecuentes que los vómitos, siendo más acentuadas en la úlcera duodenal.

La flatulencia fue más notoria en la úlcera duodenal que en la gástrica, apareciendo en el 49.2% y en 31.1% respectivamente. Lo mismo puede decirse de la melena, que se presentó en el 31.3% de la úlcera duodenal y tan sólo en el 20.8% de la úlcera gástrica. La observación contraria puede hacerse en relación a la hematemesis, que se presentó en el 14.4% de úlcera duodenal y en el 18.7% de la úlcera gástrica.

Por cólico abdominal se comprendieron todos aquellos dolores intensos que se apartaban del típico dolor epigástrico de la úlcera péptica. Se encontró este síntoma en el 12.9% de úlceras duodenales y en 14.6% de úlceras gástricas.

Por vértigo se catalogaron todas aquellas molestias que el paciente refería como mareos, desvanecimientos o estados lipotímicos. En buen número de casos se encontró como síntoma inicial la hemorragia masiva.

Como un comentario final a la sintomatología estudiada, podemos aceptar como síntomas típicos de la úlcera péptica, el dolor epigástrico, la acedia y la sensación de llenura ya que se presentaron, por lo menos, en las dos terceras partes de los pacientes. En líneas generales se observó que los síntomas eran más constantes en la úlcera duodenal que en la gástrica.

6. Exámenes de laboratorio.

Los exámenes de laboratorio complementarios en el diagnóstico de úlcera péptica fueron el gastroacidograma y la uropepsina. También se analizaron algunos exámenes coprológicos en pacientes ulcerosos.

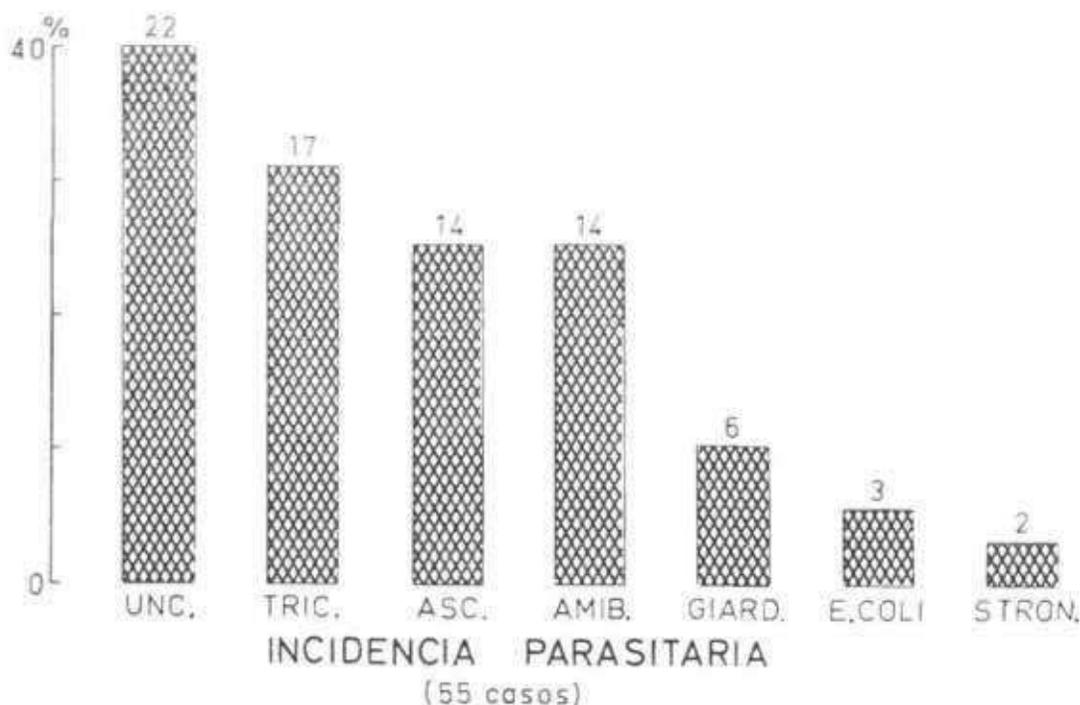
a) Gastroacidograma. Encontramos 40 pacientes con gastroacidograma previo al tratamiento, de los cuales 33 correspondían a úlcera duodenal y 7 a úlcera gástrica. El gastroacidograma se hacía mediante excitación cafeínica administrando al paciente por la sonda gástrica 0.25 g. de benzoato de cafeína, disuelto en 100 ml. de agua, previa aspiración de la muestra basal. Con este método el promedio de acidez máxima obtenida en la úlcera duodenal fue de 72.12 unidades de ácido clorhídrico libre, y en las úlceras gástricas de 88.14 unidades.

b) Uropepsina. Encontramos 30 historias con examen de uropepsina previo al tratamiento en úlceras duodenales, en las que el promedio fue de 3.324 U. Gray en las 24 horas. También se hicieron 9 exámenes en ulcerosos gástricos en los que se obtuvo un promedio de 2.244 U. Gray en las 24 horas. Estas cifras confirman las observacio-

nes de Gray sobre la mayor excreción de uropepsina en úlceras duodenales con relación a úlceras gástricas.

c) Examen coprológico. Se practica-

ron 131 exámenes coprológicos en pacientes ulcerosos, de los cuales fueron positivos para parásitos 55 (42%). La incidencia parasitaria fue la siguiente:



Parásito	Casos	Porcentaje
Uncinaria	22	(40%)
Tricocéfalos	17	(30.9%)
Ascaris	14	(25.6%)
E. histolítica	14	(25.6%)
Giardias	6	(10.9%)
E. Coli	3	(5.4%)
Strongyloides stercoralis	2	(3.6%)

Por tratarse de cifras tan reducidas no se discriminó la incidencia parasitaria entre úlcera duodenal y gástrica, ni se pudieron deducir conclusiones acerca de la relación entre úlcera péptica y parasitismo intestinal.

7. Tratamiento y sus resultados.

El tratamiento de la úlcera péptica se efectuó en dos formas diferentes: ambulatorio y hospitalario. Se realizó tratamiento ambulatorio en el 32.4% de úlceras duodenales y en el 27.1% de

úlceras gástricas. El grupo de ambulatorios lo formaban aquellos pacientes en los que se esperaba que siguieran las indicaciones dietéticas o que en ocasiones anteriores hubieran demostrado su cooperación en el tratamiento. Se hospitalizaron el 67.6% de las úlceras duodenales y el 72.9% de las úlceras gástricas. Esta forma de tratamiento se hizo en pacientes que no podían seguir satisfactoriamente el tratamiento prescrito o que presentaban alguna complicación ulcerosa. Dentro de este grupo el tratamiento fue médico o quirúrgico.

El tratamiento médico, en términos generales, consistía en régimen dietético, reposo, antiácidos y anticolinérgicos, y en algunos casos de inestabilidad nerviosa se usaron tranquilizantes. El régimen dietético prescrito era la dieta de Sippy desde su primera

hasta su quinta décadas. Como antiácidos se usaron compuestos a base de hidróxido de aluminio. Como drogas anticolinérgicas se emplearon la tintura de belladona y algunos anticolinérgicos de síntesis. A fin de valorar los resultados del tratamiento anticolinérgico se dividieron los pacientes en tres grupos así:

a) Tratados con belladona únicamente; b) con anticolinérgicos de síntesis; y c) mixto, es decir, con ambas drogas a la vez. Se subentiende que además de estas drogas todos los pacientes recibieron el mismo tratamiento dietético y antiácido. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

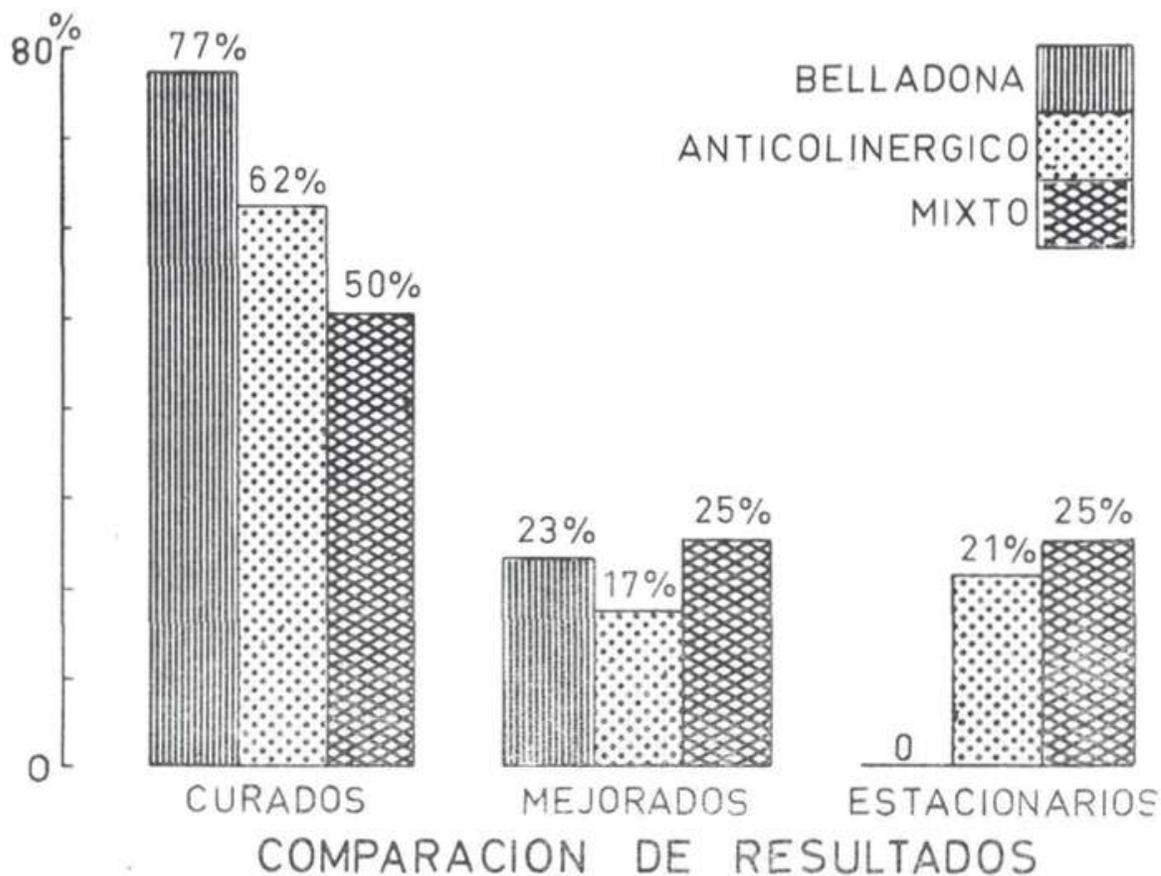
a) De los tratados con belladona se curaron el 77.8% de las úlceras duodenales y el 75.5% de las gástricas. Mejoraron el 22.2% de las duodenales y el 25% de las gástricas. No hubo casos estacionarios en ninguna de las dos úlceras.

b) Con anticolinérgicos de síntesis se curaron el 62% de úlceras duodenales y el 66.6% de úlceras gástricas. Mejoraron el 14.2% de úlceras duodenales y el 33.4% de gástricas. Permanecieron estacionarios el 23.8% de úlceras duodenales. Con este tratamiento no hubo ningún paciente estacionario de úlcera gástrica.

c) Con tratamiento mixto curaron el 44.6% de úlceras duodenales y el 68.7% de úlceras gástricas. Mejoraron el 28.6% de duodenales y el 12.5% de gástricas. Permanecieron estacionarios el 26.8% de úlceras duodenales y el 18.8% de úlceras gástricas.

Comparando los resultados globales en el tratamiento de la úlcera péptica, obtuvimos las siguientes cifras: (fig. 4)

Se curaron el 77% de todas las úlceras tratadas con tintura de belladona, el 62% con anticolinérgicos y el 50% con tratamiento mixto. Se mejoraron el 23% con tintura de belladona,



el 17% con anticolinérgicos y el 25% con tratamiento mixto. Continuaron estacionarios el 21% con anticolinérgicos y el 25% con tratamiento mixto. No se observaron casos estacionarios con tintura de belladona.

Los anteriores resultados concuerdan con la experiencia recogida por varios autores, en el sentido de que la tintura de belladona es más efectiva que los anticolinérgicos de síntesis (15). Es necesario aclarar que en los tratamientos mixtos no se disminuyó la dosis de ninguna de las drogas, a pesar de lo cual, los resultados en general fueron más pobres. Es interesante observar que el porcentaje de pacientes estacionarios es más reducido en la úlcera gástrica, de lo cual se concluye que este tipo de úlcera es más agradecida al tratamiento.

Recibieron tratamiento quirúrgico tan solo cinco casos (2.4%) de úlceras duodenales y cuatro casos (8.3%) de úlceras gástricas. Hubo un caso intervenido por úlcera de boca anastomótica.

De los cinco casos operados de úlcera duodenal, a tres se les practicó gastrectomía Billroth II. Dos de estos se curaron y el tercero no regresó a control. Se hizo piloroplastia y vagotomía en un caso de úlcera duodenal, obteniéndose con ello su curación. Se suturó una úlcera duodenal perforada que posteriormente presentó síndrome de oclusión intestinal por adherencias y requirió nueva intervención.

De las cuatro úlceras gástricas intervenidas, a dos se les practicó gastrectomía Billroth I. Uno de estos mejoró de sus síntomas ulcerosos, pero en los controles post-operatorios presentaba signos de retención gástrica. El otro paciente no regresó a control. Hubo un caso de úlcera gástrica que presentó hemorragia masiva, requiriendo una gastrectomía Billroth II, y que después no volvió a control post-

operatorio. También hubo un caso de perforación de úlcera gástrica en el que se practicó omentoplastia, con buen resultado inmediato.

Hubo un caso de úlcera de boca anastomótica en el que se practicó una desgastroenteroanastomosis seguida de gastrectomía Billroth II, y que tampoco regresó a control.

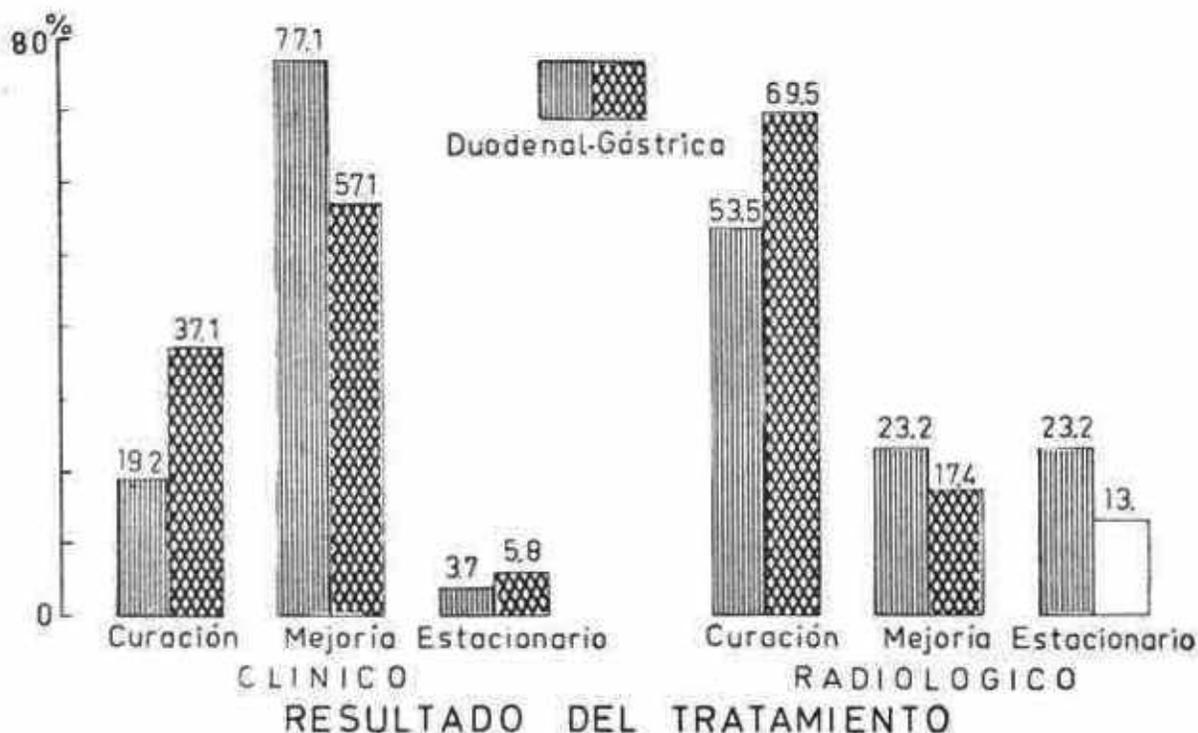
En total se intervinieron 10 casos de úlceras complicadas, lo cual nos da 3.9% de tratamientos quirúrgicos. A este respecto cabe destacar la mínima proporción de úlceras operadas en el Hospital Militar Central, puesto que según otras estadísticas, del 10 al 15% de los pacientes ulcerosos requieren tratamiento quirúrgico (16).

8. Correlación clínico-radiológica.

Hicimos una correlación entre los resultados clínico y radiológico inmediatos al momento de salida del paciente del Hospital, generalmente al terminar el primer mes de tratamiento. Nos proponíamos con ello averiguar hasta qué punto era justificada la apreciación subjetiva del paciente en relación a la curación o mejoría de sus síntomas.

Se obtuvo curación clínica, por valoración propia del paciente, en el 19.2% de las úlceras duodenales y en el 37.1% de las gástricas. En comparación con lo anterior se obtuvo el 53.5% de curaciones radiológicas en las úlceras duodenales y en el 69.5% de las gástricas. De esto se concluye que no todas las úlceras curadas radiológicamente tienen una curación clínica igual. A este respecto no sabemos hasta qué punto influye el factor simulación del paciente con el objeto de prolongar su permanencia en el Hospital.

Mejoraron clínicamente el 77.1% de pacientes con úlcera duodenal y el 57.1% de úlcera gástrica, en cambio



radiológicamente mejoraron el 23.2% de úlceras duodenales y el 17.4% de gástricas.

Clinicamente permanecieron estacionarios el 3.7% de úlceras duodenales y el 5.8% de gástricas, en contraposición al resultado radiológico estacionario de 23.2% de úlceras duodenales y el 13% de úlceras gástricas. De lo anterior se concluye que no todos los pacientes que radiológicamente permanecían estacionarios, continuaban con sus molestias después del tratamiento.

Así pues, tenemos que no existe una relación exacta entre los hallazgos radiológicos y los clínicos en el momento de terminado el tratamiento en el Hospital.

En 49 pacientes se hizo un control radiográfico tardío con respecto a la salida del Hospital. De ellos 41 eran úlceras duodenales y 8 gástricas. Este control se practicó, en promedio, a los cuatro meses y medio. Se encontró curación en el 26% de úlcera duodenal y en el 50% de úlcera gástrica. Hubo mejoría en el 54% de úlcera duodenal

y en el 50% de úlcera gástrica. Permanecieron estacionarios el 20% de úlceras duodenales. No se observaron úlceras gástricas estacionarias. De lo anterior se deduce que la curación de la úlcera gástrica persiste por más tiempo en comparación a la úlcera duodenal, y que un buen número de pacientes ulcerosos duodenales permanecen estacionarios, a pesar del tratamiento. Por esto estamos de acuerdo con Jones, quien afirma que a los ulcerosos, en el ejército, se les debe separar de posiciones de tensión agotadora a menos que se trate de un individuo hábil también del servicio (17).

9. Complicaciones.

Las complicaciones de la úlcera péptica fueron las siguientes:

a) Hemorragia masiva, b) perforación y c) estenosis.

a) La hemorragia masiva se presentó en el 7% de las úlceras duodenales y en el 2% de las gástricas. Estas cifras son inferiores a las registradas por Bockus (13%) y Gray (10-15%)

para la hemorragia masiva en la úlcera péptica en general (15), (16).

b) La perforación aguda se presentó en el 3% de las úlceras duodenales y en el 2% de las gástricas.

c) La estenosis clínica apareció únicamente en el 1% de las úlceras duodenales. Sin embargo, se observaron signos radiológicos de retención gástrica en el 13.4% de úlceras duodenales y en el 12.5% de las gástricas.

10. Observaciones especiales y recomendaciones.

Como datos curiosos se observaron síntomas de reactivación de los síntomas ulcerosos a continuación de la administración de ciertas drogas. Hubo un caso de reactivación de úlcera gástrica durante la administración oral de cloroquina para el tratamiento de un paludismo.

Otros dos casos de úlcera duodenal se reactivaron después de la administración de fenilbutazona y butapirina.

Durante la ejecución del presente trabajo pudimos darnos cuenta de la gran laboriosidad que requería la obtención de datos precisos referentes a úlcera péptica consignados en la historia clínica. Por tal motivo creemos útil recomendar a los investigadores que quieran profundizar más en las complejidades de la úlcera péptica que, antes de iniciar cualquier trabajo sobre este tema, elaboren un formulario especial que les permita recoger desde el momento de la consulta, los datos que se quieran analizar. Con ello se economizaría tiempo y energía. Valgan como ejemplos la dificultad de obtener datos referentes a antecedentes, edad en que apareció la primera crisis ulcerosa, ritmo y periodicidad del dolor epigástrico, tiempo requerido para la desaparición de los síntomas durante el tratamiento, y la puntualización de síntomas ambiguos tales como agruras, pirosis, regurgitaciones, etc.

Resumen y Conclusiones.

1. El 14.1% de los pacientes que asistían a la consulta externa del Departamento de Gastroenterología, presentaban síntomas clínicos de úlcera péptica. Se pudo comprobar radiológicamente la úlcera solamente en el 9.3% de todos esos pacientes.

2. El 1.47% del total de hospitalizaciones y el 25% de hospitalizaciones en el servicio de gastroenterología del Hospital Militar Central corresponden a úlcera péptica.

3. Entre 255 casos de úlcera péptica, el 78.8% corresponden a úlcera duodenal, el 18.8% a úlcera gástrica, el 1.2% a úlcera mixta, el 0.8% a úlcera anastomótica y el 0.4% a úlcera esofágica.

4. La mayor incidencia de úlcera duodenal se observó de los 26 a los 30 años y de la úlcera gástrica de los 21 a los 25. En líneas generales se observa un desplazamiento de la incidencia de la úlcera péptica hacia los primeros grupos de edad, siendo este desplazamiento más acentuado para la úlcera gástrica, lo cual podría relacionarse con la situación intempestiva de conflicto y desadaptación de los recién ingresados a la Fuerzas Armadas.

5. Los únicos antecedentes de valor en la úlcera péptica son la cronicidad y la periodicidad. Carecen de importancia los antecedentes familiares, la neurosis, el foco séptico y la intolerancia gástrica.

6. Los síntomas predominantes, que consideramos característicos de la úlcera péptica son el dolor epigástrico, las acedías y la sensación de llenura. También se observa que los síntomas son más constantes en la úlcera duodenal que en la gástrica.

7. El promedio de acidez máxima obtenida fue de 72.12 unidades clínicas en la úlcera duodenal y de 88.14 unidades en la úlcera gástrica.

8. Se encontró un promedio de 3.324

unidades Gray diarias de uropepsina en la úlcera duodenal y de 2.244 unidades en la gástrica.

9. Aparecieron parasitados el 42% de los pacientes con úlcera péptica, siendo los parásitos más frecuentes la uncinaria, los tricocéfalos y las ascárides. No se pudo obtener ninguna relación entre úlcera péptica y parasitismo intestinal.

10. El tratamiento médico que dio mejores resultados fue el que se hizo a base de dieta, reposo, hidróxido de aluminio y tintura de belladona. Los resultados más pobres se obtuvieron con tratamiento mixto (tintura de belladona más anticolinérgicos de síntesis), administrados a las dosis usuales y en igualdad, de condiciones.

11. Necesitaron tratamiento quirúrgico el 3.9% de pacientes ulcerosos. Se intervinieron tan solo el 2.4% de úlceras duodenales y el 8.3% de úlceras gástricas. De todos los pacientes operados mejoraron de sus síntomas únicamente la mitad de los pacientes.

12. No todas las úlceras radiológicamente curadas tienen una respuesta clínica igual. De la misma manera, algunos pacientes estacionarios radiológicamente, habían mejorado o curado subjetivamente de sus síntomas ulcerosos. En general, no se encontró ninguna correlación proporcional entre los resultados radiológicos inmediatos y los hallazgos clínicos.

13. En el control radiográfico tardío, practicado en promedio a los cuatro meses y medio, se encontró curación de la úlcera duodenal en el 26% y de la úlcera gástrica en el 50%. Permanecen únicamente estacionarios el 20% de las úlceras duodenales. No se observaron úlceras gástricas estacionarias. De lo anterior se deduce que la úlcera duodenal es más rebelde al tratamiento.

14. En lo referente a complicaciones, la hemorragia masiva se presentó en el 7% de las úlceras duodenales y

en el 2% de las úlceras gástricas. La perforación aguda en el 3% de las úlceras duodenales y en el 2% de las gástricas. La estenosis se presentó únicamente en el 1% de las úlceras duodenales, a pesar de que los signos radiológicos de retención gástrica se observaron en el 13.4% de las úlceras duodenales y en el 12.5% de las gástricas.

15. Se observaron 3 casos de reactivación de los síntomas ulcerosos a continuación de la administración de cloroquina, fenilbutazona y butapirina.

16. Como conclusión final creemos útil recomendar que, para una valoración exacta de los diversos aspectos de la úlcera péptica, es necesario elaborar un formulario especial que permita recopilar por anticipado todos los datos que se quieran analizar. Este formulario podría servir, a escala nacional, para hacer una encuesta clínica de la úlcera péptica en el país.

BIBLIOGRAFIA

1. Gray S. J.: Principles of Internal Medicine, Harrison, Second Edition 1547, 1954, New York, Blakiston.

2. Ibid.

3. Bockus H. L.: Gastro-enterology, First Edition, 364, 1944 Philadelphia, Saunders.

5. Morton J. J.: A textbook of Surgery, Fifth Edition, 1003. 1954, Philadelphia, Saunders.

6. Gray S. J.: op. cit., 1548.

7. Bockus H. L.: op. cit., 365.

8. Harris I. O. citado por Garma. A., en Patología Psicosomática, 668, 1948, Buenos Aires, Asociación Psicoanalítica Argentina.

9. Andresen A.F.R.: Office Gastroenterology, 256, 1958 Philadelphia, Saunders.

10. Morton J. J.: op. cit., 1002.

11. Bockus H. L. op. cit., 342.

12. Ibid., 42.

13. Cecil R.L. y Loeb R.F.: Tratado de Medicina Interna, décima edición, 2:774, 1960, México, Interamericana.

14. Bockus H. L.: op. cit., 45.

15. Gray S. J.: op. cit., 1557.

16. Ibid., 1558.

17. Jones Ch, M., citado por Garma A., op. cit., 668.