

# La Úlcera Gástrica, y los Errores en su Diagnóstico\*

Dr. Joel Valencia-Parparcén\*\*

Hoy quiero referirme a un problema muy interesante que no solamente incumbe a los gastroenterólogos, sino a los cirujanos, a los radiólogos, a los anatomopatólogos y a los médicos internistas; y es el problema de la úlcera gástrica y de los errores en su diagnóstico.

Se ha escrito repetidas veces en los últimos años que en presencia de una úlcera gástrica lo más prudente es practicar la intervención quirúrgica, es decir, la gastrectomía sub-total amplia, habiendo esto calado hondo en el grupo de médicos, ya que cirujanos de los Estados Unidos de América, de la talla de Ochsner, de New Orleans, han recomendado la gastrectomía como intervención radical y necesaria en presencia de dichas lesiones, sosteniendo la tesis por cuanto es difícil distinguir con los métodos de diagnósticos usuales la úlcera gástrica propiamente dicha del cáncer del estómago. También se ha recomendado dicha intervención porque así se puede hacer una profilaxis del cáncer del estómago.

Esto, por supuesto, plantea un desafío entre los que nos dedicamos al diagnóstico en patología digestiva y los cirujanos que realizan las intervenciones quirúrgicas.

Se ha llegado a decir que el cáncer del estómago ha disminuido en los últimos años en los Estados Unidos de América porque se está practicando la gastrectomía sub-total en toda úlcera gástrica. No obstante, sabemos que el cáncer del estómago es una enfermedad frecuente y que no

---

\* Charla dictada en la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia, Maracaibo, en abril de 1964.

\*\* Profesor Titular, Jefe de la Cátedra de Clínica Gastroenterológica de la Universidad Central de Venezuela. Jefe de los Servicios de Gastroenterología de los Hospitales Carlos J. Bello y Universitario de Caracas. Gastroenterólogo del Centro Médico de Caracas.

tenemos los médicos, en nuestro poder, el arma para poder combatirlo, aun cuando las estadísticas más optimistas dan un porcentaje de supervivencia de 25 por ciento por encima de los cinco años.

Si se revisan las estadísticas de la mayoría de las naciones del mundo, concluimos que esa supervivencia no pasa del 6%, por encima de los cinco años. Algunas estadísticas están mal interpretadas. Por ejemplo, las que se hacen así: se reciben en una clínica un grupo de enfermos con el diagnóstico de cáncer del estómago y de ese grupo se desecha la mayoría; el porcentaje menor se lleva al quirófano y de ese lote los más se desechan por inoperables; y de ese porcentaje mínimo sometido a intervención quirúrgica es donde salen las estadísticas de un 25% de supervivencia. Pero si tomamos las cifras globales nos encontramos con que el porcentaje de supervivencia por encima de los cinco años alcanza al 6 por ciento de la totalidad de los casos incluyendo los inoperables.

La gastrectomía sub-total señala en manos de los mejores cirujanos una mortalidad que oscila del 2.5% al 7.6%. Un grupo de cirujanos muy destacados de Caracas dio un porcentaje de mortalidad de 4.9%; pero otros cirujanos también prominentes de Venezuela dieron, en un reciente Congreso de Cirugía celebrado en Caracas, porcentajes que oscilaban del 12% al 18%; y en una oportunidad, en uno de los hospitales de la República, la mortalidad por gastrectomía llegó a alcanzar la lamentable cifra del 25% en 1945.

Si no tenemos en nuestras manos armas para el tratamiento del cáncer del estómago, y sabemos que la supervivencia global no sobrepasa por encima de los cinco años a más del 6%; y si las estadísticas de mortalidad global por la gastrectomía en el mundo, en manos de los mejores cirujanos de clínicas afamadas, es de un promedio de 8%, indudablemente que, al mandar a operar toda úlcera gástrica por sospecha de cáncer, estamos corriendo el riesgo de ser los causantes de una mortalidad operatoria altísima en enfermos con úlceras gástricas que en realidad no tenían cáncer del estómago.

Esto es bastante serio; pero ¿qué es lo que sucede? ¿Por qué los cirujanos dicen que para evitar el cáncer del estómago es necesario operar una úlcera gástrica? Indudablemente que hay dificultades para el deslinde entre una úlcera gástrica y un cáncer gástrico. No obstante nadie ha probado hasta ahora que una úlcera gástrica dé origen a un cáncer del estómago; el cáncer del estómago es una enfermedad y la úlcera gástrica otra; el cáncer del estómago es más frecuente que la úlcera gástrica y en un sitio donde hubo una úlcera gástrica, o se encuentre una úlcera gástrica, puede aparecer con el correr de los años un cáncer del estómago; pero no hay evidencia alguna de que la lesión histológica que demuestra un cáncer del estómago provino o tuvo su origen en una úlcera gástrica. Es verdad que hay teorías sobre el papel que juega la irritación en la producción del cáncer del estómago; pero ¿por qué no se produce el cáncer del estómago donde hay úlcera del duodeno? Si la úlcera es el factor carcinogénico por qué siendo tan frecuente la úlcera del duodeno no se consigue en la primera porción

del duodeno sitio donde asienta el 80% de las úlceras pépticas, cáncer del tubo digestivo, o concretamente cánceres del duodeno? De manera que no está demostrado que la úlcera degenera en cáncer, y se niega en la mayoría de los centros bien informados el *ulcus-cáncer*, que llegó a obtener un porcentaje de 25% en la literatura francesa de hace treinta años, y el 3% en la literatura alemana actual. Hoy la mayoría de las escuelas médicas niegan que de una úlcera se llegue a un cáncer; al contrario suponen que hubo coexistencia o sucesión en el proceso. Por ello, no estamos autorizados para mandar a intervenir úlceras pensando que van a degenerar en cánceres ya que esa gastrectomía ocasiona una mortalidad alta; y si se difunde la especie de que toda úlcera gástrica debe ser intervenida es posible que mandemos al cementerio a una gran cantidad de enfermos con úlcera gástrica que no tenían ni iban a tener un cáncer del estómago. Por otra parte la gastrectomía por cáncer gástrico debe ser amplia y esta aumenta el riesgo y las dificultades postoperatorias.

Aquí ven una úlcera pequeña, la típica úlcera de Cruveilhier, con una gastritis hemorrágica.

Y aquí una lesión neoplásica en una persona de diecinueve años que tuvo una lesión ulcerada del antro, en la porción horizontal de ese segmento.

El problema debe plantearse para averiguar si tenemos los médicos en nuestras manos posibilidades, métodos, para poder arribar a un diagnóstico, y por qué está sucediendo eso de que se confunden con tanta frecuencia una úlcera gástrica con un cáncer del estómago. El asunto se agrava más cuando arriban al cirujano enfermos con lesiones gástricas diagnosticadas por médicos que no dominan las técnicas de exploración.

Si estudiamos estas estadísticas de Rogers, Smith y Marshall, encontramos que, para eliminar el supuesto carcinoma, Rogers manda a operar el 46.5%, Smith el 40.4% y Marshall el 39.4%. Por intratabilidad y por complicaciones el porcentaje alcanza el 60%. Pero fijense que las complicaciones están en la proporción de 37.9%, 20.7% y 12.8%, y es bastante discutible el criterio de que una úlcera gástrica sea intratable por cuanto eso depende de los conceptos que tengamos sobre el tratamiento de una úlcera gástrica. Con mucha frecuencia se diagnostica una úlcera gástrica y se prescribe un tratamiento que, para nosotros los gastroenterólogos, es risible, totalmente inoperante, porque no va a curar la úlcera, tomando la palabra inoperante en el sentido de que no sirve dicho tratamiento para nada. Eso sucede cuando por ejemplo se mandan anticolinérgicos tres veces en el día, una dieta con leche y una cucharada de alcalino después de cada comida, además de ciertas prohibiciones muy discutibles.

Sabemos que el tratamiento de la úlcera gastroduodenal requiere reposo físico y psíquico, y una neutralización permanente de la acidez gástrica, la cual no se consigue sino mediante la administración de anticolinérgicos a dosis apropiadas e hidróxido de aluminio cada hora, por lo menos una cucharadita cada hora durante doce o tres horas del día.

Una cucharadita de hidróxido de aluminio después de cada comida no sirve absolutamente para nada, como tampoco la leche que fue introducida por Sipy como un tratamiento importante de la úlcera tiene hoy validez. Por otra parte, la dieta liberal cada vez va tomando más cuerpo en el tratamiento de la úlcera gastroduodenal o úlcera péptica, con tal de que la dieta sea a base de alimentos blancos y blandos con comidas frecuentes.

Si analizamos la estadística de Rogers aquí presentada encontramos, como dijimos, que para eliminar el carcinoma mandó a operar el 46.5% y por complicaciones un 37.9%, la hemorragia es la complicación más frecuente y estuvo presente en un 25.3 por ciento. Sabemos que casi en el 30% de las úlceras se presentan hemorragias y es aceptable que una úlcera hemorrágica sea intervenida quirúrgicamente. Lo mismo cuando hay obstrucción, o perforación, pero no estamos de acuerdo en que el 15% de las úlceras gástricas son intratables. La mayoría de las úlceras gástricas ceden a tratamiento médico tan fácilmente como las úlceras duodenales.

Sin embargo, el punto a discutir hoy es si en realidad debe aceptarse la cifra del 46.5% de operabilidad para eliminar el carcinoma del estómago, es decir para evitar errores de diagnósticos y evoluciones desagradables. Fíjense que en las estadísticas de Rogers la mortalidad operatoria fue del 6.5% y la mortalidad electiva en las operaciones para eliminar cáncer alcanzó el 3.5%, lo que muestra indudablemente una mortalidad bastante baja.

La úlcera gástrica, en la misma experiencia de Rogers, mostró una aclorhidria en ayunas de un 17.1% y una aclorhidria después de la histamina de 3.1%, lo que proporciona un porcentaje de aclorhidria de más o menos un 20.2%. Esto es suficientemente importante para que tomemos en cuenta la aclorhidria como un factor que condiciona la intervención quirúrgica.

La radiología, en la misma estadística, señaló malignidad en el 30.6%, la clínica dio motivos de errores en el 28.1%, el cirujano creyó encontrar tumor en el 4.8%; y la clínica, la radiología y el cirujano estuvieron de acuerdo con la benignidad en el 62.5%. Todo ello demuestra un 38.5% de errores de diagnóstico en una clínica calificada de los Estados Unidos.

Aquí tenemos las estadísticas de Cain y Welch correspondientes a los años 1952 y 1958, sobre un número bastante crecido de casos intervenidos por úlcera gástrica. El primero muestra una serie de 414 pacientes y el segundo una de 365. Solamente el primero encontró 10.4% de cáncer y el segundo 7.2%, comprobados por estudios histológicos. Si la mortalidad es para la gastrectomía sub-total amplia alrededor de un 6% a un 8%, y llega en manos de algunos cirujanos a un 25%, —y la cifra real de cánceres en estos procesos ulcerosos, sospechosos de cáncer, estuvo alrededor de un 10.4% y de un 7.2%—, indudablemente que debemos hacer algo para mejorar nuestros diagnósticos de úlcera gástrica.

Y no todos los cirujanos tienen la habilidad y suerte para acusar mortalidad por debajo de esas cifras.

Para tratar de estudiar el problema en nuestro medio revisamos una serie de pacientes del Centro Médico de Caracas, del Hospital Carlos J. Bello y del Servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario de Caracas \*.

Fijense que los casos tratados médicamente en el Centro Médico alcanzaron a un 76.7%, y los casos quirúrgicos a un 23.3 por ciento, mientras que en los hospitales Bello y Universitario los casos de úlcera gástrica que fueron al quirófano alcanzaron en el Bello al 62.7% y en el Universitario al 57.4%. Es indudable que cuando se trabaja en la clínica privada, y se tiene un criterio en relación a este asunto de la úlcera gástrica y del cáncer gástrico, se cuida uno mucho de mandar a intervenir sus pacientes, en vista de la mortalidad operatoria; pero cuando estamos en servicios hospitalarios, donde intervienen en la discusión un número de factores y donde hay presiones quirúrgicas, ya porque los cirujanos concurren a nuestras discusiones, o porque refieren los casos e imponen o discuten su criterio, entonces el médico se intimida. De ahí que nos expliquemos el alto porcentaje de casos de úlcera gástrica que mandamos a intervenir en los Hospitales Bello y Universitario, enfermos estudiados en los Servicios de Gastroenterología correspondiente; hay indudablemente un desacuerdo con el bajo porcentaje del 23.3% de los pacientes intervenidos en nuestra clínica privada. Aceptamos muchas veces la presión quirúrgica como determinante de la intervención operatoria de la úlcera gástrica.

Aquí podemos ver la proporción en relación al sexo masculino y femenino del número de úlceras gástricas mandadas a intervenir. En el Centro Médico el mayor porcentaje de úlceras gástricas corresponden en el 74.2% al masculino y en el 25.8% al femenino. En el Hospital Carlos J. Bello, encontramos un porcentaje de hombres y mujeres iguales, lo que no quiere decir que la úlcera gástrica sea más frecuente en las mujeres, ya que sabemos que la úlcera gástrica es tres veces más frecuente en el hombre que en la mujer. Lo que sucede, y esto es un error de interpretación que aparece en muchas estadísticas, es que en el Hospital Carlos J. Bello el 65% de las personas que van allá son mujeres; mientras que en el Hospital Universitario, por el contrario, el porcentaje llegó a 66.1% para hombres y a 33.9% para las mujeres. En este hospital, por condiciones especiales, hay tanta afluencia de hombres como de mujeres en las consultas externas y en las salas de hospitalización.

Si tomamos en cuenta la edad en la frecuencia de las úlceras gástricas, encontramos el porcentaje y vemos como aumenta la cifra después de los 41 años. Hay un lote bastante elevado, el mayor entre los 41 y los 60

---

\* El material estudiado por nosotros corresponde a una serie de 372 enfermos que se presentaron analizados en una comunicación leída en las Jornadas de la Sociedad Venezolana de Gastroenterología, celebradas en Maracay en 1963: "La Úlcera Gástrica y los Errores en su Diagnóstico", por los Doctores Joel Valencia-Parparcén, Isidoro Zaidman, Cesar E. Louis, y Gonzalo D'Escobán.

años. Esto es otro factor para que se manden a operar las úlceras gástricas: las úlceras del duodeno aparecen casi la mayoría por debajo de los 30 años, mientras que las úlceras gástricas acaecen por encima de los 40 años. Sabemos que el cáncer del estómago es más frecuente en las personas después de los 40 años; tal vez, esto incluye para que recomendemos la intervención pensando en la posibilidad de un cáncer del estómago cuando estamos en presencia de una úlcera gástrica que se presenta en una persona que ha cumplido los cuarenta años.

Se ha dicho que el tiempo de control es muy interesante como criterio para el diagnóstico. Gutmann, de la escuela médica francesa, ha divulgado el criterio de que las úlceras gástricas que no ceden a un tratamiento médico bien hecho de tres a cinco semanas deben ser sometidas a intervención quirúrgica. Claro que la opinión de Gutmann se fundamenta en un criterio radiológico. Una persona, después de un tratamiento médico por úlcera podrá mejorar de su estado general, ganar peso, recobrar el apetito, en general sentirse divinamente bien; pero la guía de Gutmann es radiológica. Cuando después de un tratamiento de protección gastroduodenal integral la úlcera no desaparece, el nicho no mejora, no se elimina o no disminuye considerablemente, Gutmann manda estos pacientes al quirófano. Sin embargo, tenemos la experiencia de que hay muchas úlceras gástricas que tienen una evolución larga de meses, de años, que no ceden al tratamiento de protección de acuerdo con la técnica de Gutmann, y que no son cánceres de estómago sino úlceras gástricas; porque las úlceras gástricas, cuando ceden la mayoría de las veces con el tratamiento médico, se comportan exactamente igual como la úlcera del duodeno, en algunos casos mejora rápidamente, en otros muy lentamente, con recaídas sucesivas.

Fíjese en la evolución de muchos de nuestros casos. Encontramos un 27% de menos de un año, pero encontramos úlceras gástricas que tenían una evolución hasta de uno a cinco años en un 36.30%, úlceras hasta de diez años en un 15.95 por ciento y úlceras por encima de diez años en un porcentaje del 20%.

El antecedente es otro motivo de confusión. Por ejemplo, nuestros pacientes tuvieron un diagnóstico de úlcera previa en un 16.12%, y sin diagnóstico anterior en un 83.20. Los del tratamiento quirúrgico mostraron un porcentaje con diagnóstico anterior de un 31.90%, y sin diagnóstico previo en un 67.65%. Ocurre que el encontrar un paciente con una úlcera gástrica, que ha sido diagnosticado antes también de úlcera gástrica, presiona al médico para hacer el diagnóstico de úlcera gástrica sospechosa de cáncer, y conduce a la intervención quirúrgica del paciente.

Con antecedentes de cirugía el porcentaje es muy pequeño, de modo que la mayoría de los pacientes que revisamos por úlcera gástrica no tenían un pasado quirúrgico. Este antecedente quirúrgico se debió a una perforación suturada, o a una úlcera, cuando el cirujano hizo una gastroenteroanastomosis, es decir un tratamiento quirúrgico paliativo.

Debemos, pues, revisar nuestros diagnósticos de úlcera gástrica. Lo primero es la sintomatología. Nosotros encontramos síntomas caracte-

rísticos de úlcera gástrica alrededor de un 71.24% en los enfermos con tratamiento médico y un 76.45% en los de tratamiento quirúrgico. No hay pues diferencias sustanciales. Lo que sí llama la atención es que se encontró alrededor de un 28.08% y un 23.10% de enfermos con síntomas característicos. Sabemos que hay un 20% de úlceras gastroduodenales que no tienen ese dolor de hambre característico de la úlcera gastroduodenal. Ese dolor, como todos ustedes saben, fue descrito por Moynihan, célebre cirujano inglés, en 1912, y se caracteriza por el dolor que cede con la ingestión de comida, es un dolor post-prandial. No hay diferencia, en nuestra opinión, sustancial entre el dolor de hambre de la úlcera gástrica y el de la úlcera duodenal. No aparece el de la úlcera duodenal un poco más lejos que el de la úlcera gástrica. Podemos encontrar dolores dos horas después de las comidas en úlceras duodenales, y cinco horas después de las comidas en las úlceras gástricas. Lo que sí debemos saber es que un porcentaje, alrededor del 20% de enfermos, ya de tratamiento médico o de tratamiento quirúrgico, llegan al médico o al cirujano con una sintomatología diferente a la del dolor de hambre. Y esto también presiona; cuando se encuentra una úlcera y no coincide el nicho radiológico con la sintomatología clara, específica de un dolor post-prandial, mandamos a intervenir quirúrgicamente a estos pacientes pensando en cáncer gástrico.

El diagnóstico provisional en la úlcera gastroduodenal en la serie del tratamiento médico fue de 69.68%; en la del tratamiento quirúrgico el diagnóstico provisional fue de un 77%. Se hizo un diagnóstico provisional de cáncer gástrico cuando se revisó el grupo del tratamiento médico en un 3.12% y en un 11.55% en los enfermos referidos a tratamiento quirúrgico. Es muy interesante esto: ¿por qué se mandan a intervenir tantos enfermos con úlcera gástrica por diagnósticos hechos a base de radiología, de endoscopia, de citología y otros procedimientos cuando no hemos pensado en cáncer del estómago durante la primera visita que el enfermo hace al consultorio, cuando se recoge la historia médica y se escribe el interrogatorio?

Nosotros decimos que el cáncer del estómago tiene unas características clínicas, en la mayoría de los casos, bastante definidas. Las personas pierden peso, se hacen indiferentes, pierden el apetito, se ponen pálidas y, sobre todo, demuestran un cansancio para cualquier actividad. Parece que el cáncer del tubo digestivo y sobre todo el cáncer gástrico, influyera de una manera definitiva sobre el sistema nervioso, determinando todos estos trastornos generales. Insistimos todos los días más en que estos rasgos tienen un valor muy importante que deben influir para inclinar al médico a un diagnóstico de úlcera o a un diagnóstico de cáncer.

La úlcera se presenta la mayoría de las veces con las características típicas del dolor de hambre y en un 20% hay una ausencia de las mismas. Pero sí hay una acidez, un ardor de estómago, una sensación de malestar con estómago aislado; no dolor, pero sí una sensación de hambre antes de las comidas, debemos pensar en úlcera. Mientras que el cáncer del estómago, en su inmensa mayoría, presenta anorexia, enflaquecimiento, palidez, astenia y un malestar general, un cansancio global de la persona.

De modo que tiene que dárseles valor a estos datos generales para el diagnóstico del cáncer del estómago.

Si sospechamos que una persona tiene una lesión gástrica, lo primero que se nos ocurre, después del advenimiento de la época radiológica, es mandar a hacer una exploración radiológica de estómago y duodeno. Revisando nuestro material nos encontramos que en el grupo del tratamiento médico hicimos un diagnóstico de úlcera en el 96.72% de los casos, y en el grupo del tratamiento quirúrgico en el 42.98 por ciento. Hicimos un diagnóstico de carcinoma en ese grupo que mandamos a operar de un 20.72 por ciento y un diagnóstico dudoso de carcinoma en el 20.72%, lo que da un porcentaje alrededor del 42% de errores de diagnóstico a la radiología.

En vista de esto debemos detenernos en analizar la radiografía gástrica respecto al diagnóstico del cáncer. No existe problema cuando encontramos un exceso de repleción en la porción vertical de la pequeña curva, donde se observa un nicho evidente que sobresale en el cuerpo gástrico. Cuando este nicho tiene una forma de dedo de guante, o presenta unos bordes regulares, y sobre todo cuando sobresale, de la pequeña curva, el diagnóstico de úlcera casi siempre se impone.

Pero cuando el nicho no sobresale, sino que está "encastrado", porque no es un nicho que evidencia una gruta sino un plato, y sobre todo cuando ese nicho es alargado, de bordes irregulares, y tiene un rodete de infiltración, que se llama el rodete de Carman a su alrededor, el diagnóstico de cáncer del estómago es más o menos evidente.

Pero cuando encontramos un nicho de pared posterior, que no sobresale, con unos pliegues edematosos a su alrededor y a la compresión, mostrando pequeñas irregularidades en los bordes, pensamos inmediatamente en la posibilidad de un cáncer del estómago.

Pero sucede que no hemos analizado el valor real del rodete de Carman. Cuando Carman describió este rodete, en los Estados Unidos de América, no dijo que era siempre debido a una neoplasia, sino que la mayoría de las veces se debía a una infiltración, porque el nicho en "balón" se debe a un proceso productivo contiguo, y el cráter ulceroso es la excavación producida por la muerte de una parte de esa masa neoplásica.

Hemos aceptado, luego del año 1924, cuando Berg desarrolló la radiografía seriada, apuntada, para el diagnóstico de los nichos pequeños del duodeno, que la "valla ulcerosa" es un signo evidente que se presenta la mayoría de las veces en las úlceras jóvenes del duodeno; y si así sucede en el duodeno, y la "valla ulcerosa" es un proceso edematoso peritúlcero, lo mismo puede acontecer en el estómago, donde alrededor de la úlcera hay un proceso también no neoplásico, sino inflamatorio, que determina una interrupción de pliegues inmediatos contiguos a ese sitio. Si nosotros observamos esta radiografía veremos que hay espasmos alrededor del nicho; pero estos espasmos los encontramos en las úlceras del duodeno y entonces no se nos ocurre decir que ellos corresponden a neoplasia del duodeno, porque tenemos el criterio de que la neoplasia

de la primera porción del duodeno no existe, y entonces damos un valor al edema; pero cuando lo vemos en el estómago le atribuimos un valor de neoplasia. Esto es un error de los radiólogos y gastroenterólogos, y debemos, indudablemente, subrayar nuestra protesta por que se siga considerando siempre la pequeña interrupción de pliegues y las irregularidades como datos objetivos evidentes de un carcinoma.

Lo mismo sucede cuando encontramos una úlcera como la que aquí se señala, que sobresale, pero donde hay, además, un nódulo y un defecto de neoplasia. Pensamos siempre en un proceso neoplásico, y sospechoso de neoplasia, y si esto persiste, y no cede a las tres semanas, mandamos a intervenir a nuestro paciente con el diagnóstico de cáncer.

Distinto es cuando este nicho está "encastrado". Este nicho no sobresale. Está completamente dentro del límite de la porción vertical de la pequeña curva; es un nicho pequeño, con defectos a su alrededor, bastante evidente. Aquí sí hay derecho para decir que hay un nicho encastrado, y este nicho encastrado es, la mayoría de las veces un nicho neoplásico.

Este otro nicho, situado en la porción horizontal de la pequeña curva, puede ser considerado como un nicho neoplásico; sin embargo, esta parte que rodea al nicho no es sino una "valla ulcerosa" con peristáltica antral conservada; y nosotros no podemos decir que este nicho encastrado, sin defectos en la peristáltica, y fíjense como desaparece, y se ven los pliegues aquí, corresponde a un rodete de Carman, a un balón, sino que corresponde a una valla ulcerosa inflamatoria.

Cuando hay pliegues indemnes en la porción vertical de la pequeña curva, y existe un nicho pequeño en este sitio, podemos pensar en una úlcera gástrica y debemos descartar la neoplasia siempre que los pliegues estén indemnes en toda su extensión.

Los nichos de la gran curva del estómago han sido considerados como nichos neoplásicos. Sabemos, sin embargo, que cerca del 15% de las úlceras de la gran curva no corresponden a cánceres del estómago sino a úlceras gástricas. De modo que es un error mandar a intervenir todo paciente con una úlcera en gran curva, pensándose en un cáncer. Estas son úlceras gástricas en un 15% y también esto tiene que ser tomado en cuenta. Otra cosa ocurre cuando los nichos son grandes, ya que se ha dicho que cuando los nichos sobrepasan a un diámetro mayor de cinco centímetros son neoplásicos en el 90% de los casos.

La mayoría de los cánceres del estómago asientan en el antro, y es necesario que los médicos se detengan a estudiar el problema de la peristáltica antral. Cuando estudiamos la peristáltica antral, desde el punto de vista radiológico, vemos que casi siempre parte una onda por encima del ángulo, progresa, y en una forma armónica se contrae el segmento, formándose una bola de seguridad antral, para luego arribar a la evacuación completa de la porción distal del estómago. Si hay una infiltración, rara vez ese antro se contrae, y la peristáltica no es armónica. Este es un dato muy

interesante para el deslinde radiológico entre la úlcera gástrica y el cáncer del estómago. Igual importancia hay que darle a los pliegues antrales, que deben ser lineales, paralelos, continuándose la mayoría de las veces con los pliegues duodenales.

Aquí pueden observar la peristáltica antral, progresiva y armónica; y se pueden ver los pliegues antrales, dato de mucho valor.

Aquí se ven con más claridad los pliegues antrales, y la peristáltica continúa su camino. Fijense cómo la peristáltica es progresiva y armónica; y cómo los pliegues son lineales, de perfil regular, sin interrupción.

Esta es otra etapa de la peristáltica antral.

Es sabido que la imagen radiológica en gastroenterología no señala el órgano, sino la imagen, el vaciado, el calco del órgano. Cuando encontramos un proceso formativo, vemos un defecto de repleción; cuando existe un proceso excavativo observamos un exceso de repleción, y cuando hay lesiones inflamatorias hallaremos irregularidades. La imagen radiológica es la expresión de la lesión anatómica: donde hay un cráter visualizamos un nicho, donde hay un tumor apreciamos una ocupación de espacio, y donde hay una inflamación observamos los trastornos de los contornos marginales o un defecto de los pliegues. Si hallamos un cráter en el estómago, el contraste, al entrar, se introduce en este cráter y determina el nicho. Si este nicho es viejo, ya que corresponde a una úlcera antigua, entonces se produce un proceso de cicatrización y de retracción; y esa retracción de la mucosa trae como consecuencia la convergencia de pliegues. Pero la convergencia de pliegues expresa un proceso ya cicatrizado, recidivante, no una úlcera nueva. Si encontramos una neoplasia, entonces se presenta el fenómeno de la ocupación del espacio, el nicho no sobresale, está dentro. Alrededor puede existir, en una forma total o parcial, ese defecto de repleción, por infiltración, que es el rodete de Carman, y los pliegues no convergen sino que están irregulares y deformados. Característica muy importante para el deslinde radiológico entre una úlcera y un cáncer es que el nicho en la úlcera tenga bordes lisos, mientras que en el cáncer se presenta con bordes irregulares.

Este es un esquema de nicho encastrado. Existe aquí un tumor en la porción vertical de la pequeña curva y la cúpula de este tumor se esfacela; entonces se produce la úlcera. Pero como hay una infiltración total, y no hay una perforación de las paredes, no sobresale el nicho, sino que aparece "encastrado". El nicho "encastrado" tiene un gran valor para el diagnóstico del cáncer del estómago.

Aquí vemos el nicho canceroso en un enfermo, con una úlcera encastrada y su gran rodete ulcerado alrededor.

Y aquí vemos la convergencia de pliegues con una úlcera oval o redondeada de acuerdo con la descripción clásica de Cruveilhier.

Es importante detenernos un poco en el porcentaje de úlcera gástrica y su localización. La encontramos en el antro, en la porción horizontal

de la curva menor, en los que mandamos a intervenir, en un 37.40%. Fijense que hay un porcentaje de 6.05% en el piloro. Tenemos la costumbre, además, de tenerles miedo a las úlceras localizadas en el antro; y cuando encontramos una úlcera antral con un pequeño trastorno de la peristáltica, con una pequeña valla ulcerosa y un nicho que persiste, aun cuando no un nicho típicamente encastrado, inmediatamente nos entra la sospecha, el temor, y decimos que esto es un cáncer del estómago o existe sospecha de cáncer. Y ello es un motivo también de error.

Curioso es el encontrar normalidad duodenal en un alto porcentaje, tanto en la serie sometida a tratamiento médico como en la que necesitó intervención quirúrgica; sin embargo duodenos ulcerosos fueron encontrados en los enfermos con tratamiento quirúrgico en un 26.12%, lo que quiere decir que los duodenos normales se elevaron hasta un 73.88%. Se ha repetido que el cáncer del estómago no coincide con la úlcera del duodeno, lo que nos obliga a pensar un poco más en ello en nuestros casos quirúrgicos. Podríamos concluir que la inmensa mayoría de los pacientes que tienen úlcera del duodeno parece que no podrían tener cáncer del estómago, ya que la coincidencia de ambas lesiones es rara.

La mayoría de los enfermos con úlcera gástrica, ya con tratamiento médico o quirúrgico, tienen una radiografía normal de la vesícula biliar; sin embargo, llama la atención que los enfermos mandados a intervenir acusaron un porcentaje mucho más elevado de litiasis que los que recibieron tratamiento médico. Sabemos también, como lo dijimos antes, que la aclorhidria, que presenta tan alto porcentaje en la úlcera gástrica, es precisamente motivo de intervención; y los enfermos con litiasis biliar se presentan frecuentemente en pacientes que tienen hipoclorhidria o aclorhidria. Con toda seguridad, ese porcentaje de litiasis de 22.92%, en los enfermos mandados a intervenir, también influyó para que consideráramos la posibilidad de un cáncer del estómago en los mismos.

Se ha dicho que la úlcera gástrica tiene, la mayoría de las veces, hipoclorhidria; que la úlcera duodenal tiene una hiperclorhidria; y nosotros, cuando encontramos una úlcera gástrica con hipoclorhidria o aclorhidria, estamos siempre pensando en un cáncer del estómago. Fijense que encontramos una hipoclorhidria en un 11.60% y una aclorhidria del 19.72%, lo que da, un porcentaje total de más del 30% de déficit clorhidropéptico. Esto influye también para que el médico determine su conducta hacia la intervención quirúrgica.

Si la radiología no parece que es un método muy competente, aun en manos de gastroenterólogos, para establecer un deslinde entre la úlcera gástrica y el cáncer del estómago, y decimos que la mayoría de las veces las personas que tienen un cáncer del estómago llegan al radiólogo tardiamente, cuando ya la lesión es muy avanzada, y propiciamos el diagnóstico precoz del cáncer del estómago, es natural que busquemos caminos diferentes para ver si es posible establecer este deslinde entre úlcera gástrica y cáncer del estómago. En los últimos años, después de los estudios de Papanicolaou, se desarrolló el método de la citología exfoliativa, y últimamente se están llevando a cabo estudios importantes con fluorescencia usando la tetraciclina. En el año de

1956 el método de la citología nos entusiasmó e hicimos una experiencia en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Carlos J. Bello. Tomamos cien enfermos con sintomatología gastrointestinal. De esos cien casos pensamos diecinueve veces en cáncer, encontramos elementos sospechosos de cáncer casi positivos a la radiología en veintiséis, y, en treinta y dos de ellos encontramos citología gástrica grado IV o grado V. Escogimos seis de los que no tenían evidencia radiológica y citología grado IV o grado V para ser intervenidos quirúrgicamente, y en cinco de ellos se encontró un cáncer incipiente del estómago. Esto pareció ser muy interesante; sin embargo, revisando nuestra estadística, en relación a la citología en años sucesivos, que pasan de mil casos de citología exfoliativa, arribamos a un concepto completamente diferente y es que la citología no es demasiado útil para el diagnóstico del cáncer del estómago, ya que encontramos pacientes con citología positiva y estómagos normales, y la mayoría de los cánceres evidentes a la radiología presentaron una citología gástrica II, III o I. Es posible que la gastritis consecutiva a la neoplasia y el esfacelo de las células, sean la causa de esto; pero de cualquier manera no estamos convencidos hoy que la citología gástrica con el método de Papanicolaou juegue un papel decisivo y pueda ayudarnos mucho más para el deslinde entre una úlcera gástrica y un cáncer del estómago, a pesar de que algunos grupos americanos de los Estados Unidos señalen cifras de positividad y coincidencia bastante elevadas.

Aquí vemos, por ejemplo, el grupo de enfermos que recibieron tratamiento médico y que presentaron citología grado III en un 23.20%; mientras que el grupo del tratamiento quirúrgico mostró un 19.44% de citología grado III y un 7% de grado IV y grado V para el grupo de tratamiento médico y tratamiento quirúrgico. Esto parece probar dos cosas: primero, que a la citología no se le puede dar mucho valor; y segundo, que tampoco fue decisiva la citología para que nosotros determináramos nuestra conducta. No podemos opinar en relación al método fluorescencia que se está desarrollando en nuestros Servicios últimamente.

Si tampoco la citología es decisiva ¿será la gastroscopia el elemento de apoyo? En el grupo del tratamiento médico, encontramos sin lesiones aparentes un 36% mientras que en el grupo del tratamiento quirúrgico se halló un 18.16%. Encontramos úlceras en el grupo de tratamiento médico en el 36%, y en el del tratamiento quirúrgico en un 31.78%. Una gastritis en el 28% del grupo del tratamiento médico y en el 13.62% en el del tratamiento quirúrgico. Hicimos un diagnóstico de cáncer del estómago en el 27.24%, por lo que tenemos que concluir que la gastroscopia también se equivocó en el diagnóstico del cáncer del estómago, y esto a pesar de que la endoscopia fue realizada por quienes tienen experiencia de veinte años practicándola continuamente.

Cuando nos encontramos con una úlcera redonda, el diagnóstico de úlcera gástrica se hace.

Pero cuando encontramos úlceras con una zona anfractuosa alrededor, o vemos una mucosa edematosa, turgesciente, con membranas difteroides en toda su extensión, el diagnóstico del cáncer del estómago se hace; y no siempre esto es correcto

Claro que el diagnóstico del cáncer es evidente cuando encontramos una infiltración del antro con una masa ulcerada en este sitio. Entonces no hay nada que hacer, este es un diagnóstico evidente del cáncer del estómago.

Lo mismo sucede aquí donde encontramos una imagen formativa, que avanza en el interior de la luz.

Sin embargo, hacemos el diagnóstico de cáncer del estómago porque encontramos esta imagen, que también es productiva, y resulta que esta imagen no corresponde a un cáncer del estómago, sino a una gastritis atrófica, que antes se diagnosticaba, desde el punto de vista endoscópico, como una gastritis hipertrófica; y sin embargo el estudio histológico demuestra que es una gastritis atrófica.

Cuando encontramos esta cicatriz, y la convergencia de pliegues, el diagnóstico de úlcera gástrica es correcto y preciso.

El estudio de la peristáltica antral es bastante interesante en endoscopia para el deslinde entre un proceso ulceroso y un proceso gástrico.

Aquí vemos el comienzo de la peristáltica antral con el músculo antral y los pliegues gástricos.

Aquí comienza la peristáltica antral.

Aquí se va acentuando dicha peristáltica.

Esta es una zona del antro en función.

Aquí el antro también se contrae.

La gastroscopia entonces nos conduce al diagnóstico de la úlcera gástrica o del cáncer; y en nuestra opinión no ha respondido favorablemente al desafío permitiendo el deslinde entre la úlcera gástrica y el cáncer del estómago.

¿Qué nos podrá decir la biopsia gástrica ciega con el advenimiento del tubo de Wood fabricado en 1948 y con la biopsia dirigida mediante el gastroscopio operador de Bénédict?

También tuvimos esperanzas de que pudiéramos obtener un material suficiente para hacer el diagnóstico de cáncer o el diagnóstico de úlcera. Sin embargo, en el grupo del tratamiento médico encontramos gastritis superficial en un 30.96% en el del tratamiento quirúrgico en un 36.36%. Lo único, que tampoco tiene mucha importancia, es que en el grupo del tratamiento médico encontramos un porcentaje de gastritis atrófica inferior al tratamiento quirúrgico, pero el grupo fue tan pequeño que no permitió darle mucho valor.

La experiencia que tengo en relación a la biopsia gástrica coincide con la que tienen también otros que se han dedicado a esto y es que la biopsia gástrica ciega, la mayoría de las veces, en cánceres del estómago, muestra gastritis atrófica, gastritis superficial o estómagos normales, pero no permite el deslinde siempre entre un proceso ulceroso y uno canceroso,

ya que en pocos casos de cánceres podemos obtener especímenes que muestren la neoplasia.

El resultado del tratamiento médico, de acuerdo con el criterio de Gutmann, podría analizarse aquí. Resultó favorable en el 50.96%, regular en el 31.20% y malo en el 17.16%; y fijense que no se mandaron a intervenir nuestros pacientes porque el tratamiento resultó regular o malo.

Les decía hace rato que muchos factores influyen en nuestra decisión. Esto de que una úlcera que no cede a las tres o cinco semanas con el tratamiento médico es sospechosa de cáncer no es verdad. Tenemos un porcentaje que mejora antes del mes, pero tenemos el mayor porcentaje, el del 60%, que no mejora sino después del primer mes. Un 26% mejora entre uno y tres meses; y un 17.16% entre cuatro y siete meses; y hasta un 6.66% entre ocho y once meses. De modo que tampoco considero de valor importante para el deslinde entre úlcera y cáncer el tiempo de curación de la úlcera gástrica, haciendo un tratamiento correcto y haciéndoles controles radiológicos frecuentes y bien hechos.

En nuestro grupo mandamos a operar por cáncer del estómago un 18.60% y por sospecha de cáncer un 24.20%, lo que da un porcentaje total de 42.80%, bastante parecido al de las estadísticas mundiales mostradas al principio de esta charla, que señala alrededor de un 40% a un 46% de úlceras gástricas que se mandaron a intervenir por evidencia radiológica o gastroscópica de cáncer o por sospecha del mismo. De modo que en nuestro grupo tienen los mismos errores de Rogers, Smith y Marshall y ni siquiera encontramos el porcentaje de cánceres señalados por Welch y Cain.

Ahora vamos a indagar lo que encontraron los cirujanos, durante la intervención quirúrgica. Ellos demostraron úlcera gástrica en el 66.55%; sospecha de cáncer en el 11.55%; úlcera del duodeno en el 8.80% y estómagos normales en el 12.65%.

Y se preguntarán algunos de ustedes ¿cómo es posible que con evidencia radiológica, clínica, citológica, endoscópica, se manden a operar enfermos y el cirujano no encuentre lesiones? Esto suele ser frecuente, ya que los métodos en medicina, aun los objetivos, tienen un margen de error no despreciable. Esa afirmación del cirujano, de ausencia de lesiones, que llegó al 12.65% en nuestra serie, no debe extrañarnos por cuanto muchas veces el cirujano interviene y quien dicta la hoja de operación es su ayudante; o algunas veces la dicta dos o tres días después; y esto sucede no solamente aquí, sino en los Estados Unidos y en Suecia; y los médicos ingleses se quejan también de ello. De modo que no es un defecto nuestro. El cirujano está ocupado, tiene una emergencia, deja una intervención antes de terminarla para que otros la prosigan; y son los adjuntos, asistentes, residentes, quienes dictan la hoja de intervención, olvidándose de la realidad.

Otras veces sucede lo siguiente: mandamos a intervenir una úlcera gástrica el 10 de enero, por ejemplo; y el enfermo sigue el tratamiento médico que le ordenamos provisionalmente por todo dicho tiempo; y se presenta al cirujano, cuatro meses después. Y resulta que ya el enfer-

mo no tiene una úlcera, tiene una úlcera cicatrizada, algunas veces sin secuelas objetivas a "grosso modo". De modo que esto es un motivo que también para que el cirujano encuentre hasta un 12.65% en nuestra serie de lesiones.

Fijense que los cirujanos encontraron un 11.55% de supuestos cánceres, y hemos mandado a intervenir un 42.80% por cánceres o por sospecha de cánceres; y aun el porcentaje de 18.60% de cánceres casi seguros para nosotros fue rebajado por los cirujanos a un 11.55% en el hallazgo operatorio. Estas lesiones encontradas por el cirujano y supuestas para él como cáncer correspondieron muchas veces a gastritis atróficas con mamelones, a úlceras viejas con reacciones inflamatorias de elevada proporción, y a procesos sumados de úlceras y gastritis.

Ahora, ¿qué encontraron los anatomopatólogos? Hallaron un 62% úlceras, un 12.4% de gastritis, y un 15.5% de normales. Los anatomopatólogos estuvieron de acuerdo con los cirujanos ciertas veces: donde los cirujanos no encontraron nada, los patólogos tampoco encontraron algo. Otras veces eso tampoco fue cierto. Es posible que el patólogo no encontrara nada, porque metió la pieza en formol o la mandó a cortar con un ayudante, o al cirujano se le olvidó poner el hilo en el sitio de la lesión, o el ayudante cortó en un sitio distinto a la lesión; o el anatomopatólogo por sus ocupaciones solamente vio algunos cortes. Esto lo podemos demostrar cuando hemos visto al paciente en la mesa quirúrgica y el cirujano junto con nosotros encuentra la lesión; y sin embargo el patólogo dice que no hay nada. Entonces vamos donde el patólogo y le decimos: "No, hay un cáncer del estómago muy evidente, hay una úlcera gástrica evidente. ¡Ah sí! pero es que el patólogo no examina el órgano en fresco, sino en formol, y algunas veces lo examina siete, ocho, diez días después, tal vez porque tiene mucho trabajo. Examina un órgano arrugado, fijado, cortado por manos extrañas, incluido en parafina por personal extraño, teñido por manos extrañas, a él le llegan las láminas para el diagnóstico; y muchas veces no ve el órgano.

Tampoco siempre examina el estómago un patólogo calificado, sino ayudantes o asistentes sin experiencia.

De modo que todo método objetivo en medicina tiene error; y por esto nosotros no debemos ser tan pretensiosos de creer que sabemos mucho y de que jamás podemos equivocarnos. Ni el cirujano con la pieza en la mano puede decir si esto es un cáncer: vimos que el cirujano se equivocó en sus apreciaciones en un 11%; ni el patólogo puede decir que un estómago era normal porque en un momento dado no encontró la lesión en determinada lámina; ni tampoco los radiólogos, endoscopistas, citólogos, gastroenterólogos, podemos decir que tenemos en nuestras manos el diagnóstico de la úlcera o el diagnóstico del cáncer de estómago, porque nos equivocamos más que ellos por cuanto nuestros métodos son más difíciles de

apreciar ya que trabajamos con personas despiertas y con órganos vivos de pacientes que tienen la pared del abdomen cerrada.

Ahora, estos enfermos que se operan de cáncer, pueden tener problemas postoperatorios: Dumping, pérdida de peso, fistula pancreática, o desarrollar úlcera péptica, anemias, abscesos subfrénicos, evisceración, shock, hemorragia, peritonitis, estenosis, etc. De modo que hay un riesgo quirúrgico y un porcentaje de pacientes que sufren después de operados.

Ustedes observaron esta revisión de un grupo de 372 enfermos de los Servicios de Gastroenterología del Centro Médico, del Hospital Universitario y del Hospital Carlos J. Bello de Caracas. Allí demostramos que mandamos a intevernir un porcentaje bastante alto de úlceras gástricas, creyendo que tenían cáncer, y que ninguno de estos pacientes tuvo cáncer, y que muchos de estos pacientes sufrieron en la intervención quirúrgica, y un 4.9% de ellos murieron en la intervención quirúrgica. Ahora una pregunta, ¿tenemos en nuestras manos la posibilidad de un diagnóstico entre la úlcera gástrica y el cáncer del estómago? Tenemos que aceptar, revisando nuestro material y por las estadísticas publicadas en el extranjero, que hay motivos para alarmarnos, porque podemos equivocarnos en más de un 40% de los casos, creyendo que hay cáncer donde solamente existe una úlcera. Pero, ¿por qué nos equivocamos en el 40% de los casos, y por qué debemos mandar a operar las úlceras gástricas pensando que vamos a curar el cáncer del estómago? Si sabemos que el cáncer del estómago no tiene tratamiento, ni médico ni quirúrgico, que se cuentan casi con los dedos de la mano los casos de sobrevida por encima de los cinco años; en mis pacientes (y en 25 años que tengo ejerciendo la gastroenterología he visto muchos casos de cáncer) tengo solamente catorce historias de supervivencia por encima de cinco años en pacientes de los tres hospitales a que he hecho referencia (Servicios de Gastroenterología de los Hospitales Bello y Universitario de Caracas, y consultorio privado en el Centro Médico de Caracas). Los demás todos están muertos.

Y ahora, ¿tenemos en nuestras manos la droga efectiva para el tratamiento del cáncer del estómago, para el llamado tratamiento químico del cáncer del tubo digestivo? Parece que eso es falso en el estado actual de nuestros conocimientos. Todos los cánceres del estómago que hemos tratado con las drogas, siguiendo los consejos de las publicaciones extranjeras, están muertos. Unos casos mostraron alivio momentáneo, otros murieron más vertiginosamente que aquellos que no recibieron tratamiento quimioterápico.

Y otra pregunta, ¿es que el diagnóstico precoz resuelve el problema del cáncer del estómago? ¿Qué entendemos por diagnóstico precoz? En mi opinión no podemos hacer diagnóstico precoz del cáncer del estómago con los métodos usados en nuestras unidades de diagnóstico en gastro-

enterología, a excepción de algunos diagnósticos precoces llevados a cabo con citología exfoliativa, casos privilegiados.

Entonces, si yo supiera que el cáncer del estómago tiene un tratamiento quirúrgico (entendiendo por tratamiento, aquel que elimina el mal definitivamente y no por momentos); y que existe un tratamiento químico satisfactorio, entonces estaría autorizado para mandar a intervenir toda úlcera gástrica cuando exista una sospecha de cáncer, porque el tratamiento quirúrgico cura, porque existe un tratamiento químico, porque todos los enfermos o la mayor parte se van a curar, ellos no van a morir inevitablemente. Pero estoy absolutamente convencido de lo contrario, de que no tenemos ninguno de estos dos pilares, y en todos los casos en que he pensado en diagnóstico precoz del cáncer (con dos o tres excepciones) y he mandado a operarlos, dichos enfermos murieron poco después de la intervención, la mayoría antes de los tres años de intervenidos.

La gastrectomía total, por otra parte, como sabemos no resuelve el problema de cáncer del estómago. Las publicaciones favorables han sido desmentidas en su totalidad, y podemos decir que ya no se hace la gastrectomía total para el tratamiento del cáncer del estómago. El deseo de curar el cáncer eliminando un pedazo de páncreas, bazo, y quitando ganglios, está también muy discutido, ya que dichas intervenciones mutiladoras, además de dar un alto porcentaje de mortalidad operatoria, agregan poco al tiempo de supervivencia. Ya desde 1904, estudios ingleses demostraron que las células cancerosas se generalizan por vías sanguínea y linfática muy precozmente y que las metástasis en ganglios, hígado, páncreas, etc. se presentan muy precozmente también. Nosotros, a pesar de nuestra experiencia en gastroenterología desde hace 25 años no estamos en capacidad para resolver el problema del cáncer del estómago; si otros lo pueden hacer; son más afortunados que yo. No creo que los tratamientos médicos y quirúrgicos son eficientes; pero si estoy absolutamente seguro, convencido, de que se muere una gran cantidad de pacientes por gastrectomía, alrededor del 10% cuando la gastrectomía es amplia (en manos de los mejores cirujanos) y que se mueren en los centros adelantados, con buenos equipos, con un porcentaje de 4.9 por ciento. Que la mortalidad universal oscila entre 8.5% al 14%; y que porcentajes en Venezuela han sido dados entre un 16% y 18% en provincias del interior del país. Ahora, cuando hay un cáncer del estómago que obstruye no hay nada que hacer, hay que mandar a operar; cuando hay una hemorragia de una obstrucción por una úlcera, hay que mandar a intervenir; cuando hay una perforación es evidente que tenemos que hacer una laparotomía. Yo soy intervencionista y aliado de los cirujanos porque con ellos puedo resolver una gran cantidad de problemas de mis pacientes que sufren del tubo digestivo. Pero no comparto la opinión de tenerle miedo al cáncer del estómago; y no cultivo la idea de que la intervención quirúrgica es el único tratamiento para curarlo. Mandamos a operar los cánceres del estómago porque las lesiones extensas del órgano, obstructivas, impiden la marcha del alimento; y esperanzados siempre de que

el caso mandado a intervenir corra con buena suerte. Y, sobre todo, por no cruzarnos de brazos y poner ante la cara del paciente muestra de nuestra impotencia para conducirlo.

Pero insisto en que es mucho mejor no seguir repitiendo lo que hasta ahora ya es costumbre de decir. Es preferible anunciar que debemos modificar nuestros métodos de diagnóstico, que debemos hacer un esfuerzo por llegar a un diagnóstico correcto. No me parece que la medicina queda bien parada con ese elevado porcentaje de errores de diagnóstico. ¿Cómo queda el médico ante familiares y amigos cuando le ha dicho a un paciente que debe intervenir por una úlcera gástrica y, a los parientes cercanos, que hay la posibilidad o casi la seguridad de un cáncer del estómago, cuando después de la intervención quirúrgica el cirujano no encuentra la lesión correspondiente y el anatomopatólogo acusa una benignidad? ¿Y cómo se las compondrá dicho médico para convencer a unos y otros de su conducta ante la muerte inmediata o ante un desastroso post-operatorio?

Hay contradicciones tremendas en medicina; por ejemplo, los cirujanos sostienen todavía, y los médicos también, que las úlceras sangrantes no deben operarse sino después de varias hemorragias; y sabemos que hay una mortalidad del 20% en las intervenciones quirúrgicas por úlceras sangrantes cuando la operación se lleva a cabo en el período agudo del sangramiento. (Y no son nuestras estadísticas sino también las de Welch, de Boston, las que dan un porcentaje de 20% de mortalidad en la gastrectomía por úlcera péptica hemorrágica). Por otra parte, la gastrectomía en buenas condiciones ofrece un 8%, un 4% de mortalidad. No obstante esta verdad, no mandamos a intervenir las úlceras sangrantes, esperamos que sangren tres veces, esperamos que los pacientes tengan cuarenta años de edad para recomendar la intervención, cuando ya la arterioesclerosis, u otros problemas concomitantes (diabetes, hepatitis, etc.), ponen a los sujetos en peores condiciones. Entonces la mortalidad aumenta. Seguimos sosteniendo el criterio de que es útil mandar a operar las úlceras cuando sangran varias veces o cuando tienen los pacientes más de cuarenta años de edad, sabiendo que la mortalidad post-gastrectomía universal es de 8% cuando el sujeto está en buenas condiciones, (y una mortalidad hasta de 2% en los centros bien dotados y las mejores clínicas del mundo). Pueden ustedes suponer cuál será la mortalidad de una úlcera sangrante en los centros no bien equipados y operados por cirujanos no expertos.

Continuamos aferrados los gastroenterólogos repitiendo lo mismo: que las úlceras sangrantes no deben intervenir precozmente. Sin embargo, desde hace años estoy hablando a favor de la necesidad de cambiar este criterio, de operar lo más pronto posible, después de la recuperación de la primera hemorragia, a dichos enfermos. Las úlceras gástricas y duodenal hemorrágicas deben intervenir para evitar una mortalidad mayor cuando se presente una hemorragia catastrófica. Operar cuando el individuo está sin sangrar.

Sin embargo seguimos sosteniendo la tesis los gastroenterólogos de que es necesario mandar a operar muchas úlceras gástricas (casi el 50% de ellas) porque son "sospechosas" de cáncer del estómago. Las estadísticas que les mostré al principio señalan en los Estados Unidos errores iguales a los nuestros (46 por ciento); y resulta que solamente encuentran cáncer en un 6%, un 5%, un 4%. Fijense que hay una mortalidad de 4.9 por ciento en el grupo de nuestros pacientes con úlceras gástricas mandadas a intervenir. Ninguno de nuestros 372 pacientes tuvo cáncer. Y los errores de nuestro diagnóstico dio dicha mortalidad.

Lo anterior nos lleva a la conclusión de meditar mucho antes de recomendar la intervención en una úlcera gástrica, porque la úlcera gástrica se cura como se cura la úlcera duodenal. Yo me opongo a lo dicho de que el cáncer del estómago ha disminuído en los Estados Unidos porque se lleva a cabo una práctica sistemática, la gastrectomía en úlcera gástrica. Eso no es cierto; y recuerdo muy bien un famoso trabajo de Sara Jordan, de Boston, donde hace diez años sostenía el mismo criterio que nosotros hoy anotamos aquí.

