

Evolución de la Úlcera Gástrica acorde a su localización

Dr. Jorge Patiño Masís*
Dr. Edgar Izquierdo Sandí**
Dr. Francisco Hevia Urrutia***

RESUMEN

De un total de 200 gastroscopías tomadas al azar, se obtuvieron 166 casos de úlcera gástrica (8,3%), 12 (7,2%) de ellos con úlceras dobles, lo que da un total de 178 úlceras gástricas.

En 103 casos se realizaron controles endoscópicos en un período no inferior a los 4 años ni mayor a los 8 años después de la primera gastroscopia diagnóstica.

Las úlceras fueron divididas en dos grandes grupos, las suprangulares (81 casos - 45.7%) y las infrangulares (96 casos - 54.2%).

La distribución etaria no demostró diferencias importantes de ambas localizaciones de úlcera gástrica, pues con igual frecuencia encontramos las úlceras supra e infrangulares en jóvenes y viejos.

Respecto a la curva de acidez gástrica al estímulo máximo de histamina, se encontró que las úlceras suprangulares más frecuentemente cursan con hipoclorhidria (41.1%) que las infrangulares (13.1%). A la inversa, las infrangulares cursaron con hiperclorhidria en el 65.7% de los casos y las suprangulares tan sólo en el 23.5%.

En 102 casos en los que conjuntamente con el estudio endoscópico se practicó radiografía del aparato digestivo alto con bario y sin técnica de doble contraste, la radiografía falló en demostrar la úlcera en el 55.8% de los casos y en el 11.7% el reporte radiológico no fue concluyente. En 103 casos existió control endoscópico, es decir, el paciente fue explorado endoscópicamente "a posteriori" en 2 o más ocasiones subsiguientes para controlar la evolución de cada caso.

En 3 casos (2.9%) existió malignización de la úlcera, 2 de ellos eran úlceras suprangulares y una pilórica. Por lo tanto, la úlcera péptica suprangular, más frecuentemente recidiva y por lo tanto los controles endoscópicos deben ser más frecuentes y numerosos.

EVOLUCION DE LA ULCERA GASTRICA PEPTICA ACORDE A SU LOCALIZACION

La experiencia clínica diaria en el manejo de los pacientes con úlcera péptica gástrica ha permitido a los clínicos conocer que la úlcera suprangular tiene generalmente un comportamiento, una evolución y una respuesta terapéutica diferente al de la úlcera infrangular (12). Los conocimientos recientes de la gastritis crónica y los mecanismos de agresión y resistencia de la mucosa gástrica, así como la importancia de los niveles de gastrinemia, nos permiten hoy coleccionar que las úlceras supra e infrangulares no tienen siempre un mismo fondo fisiopatológico (3).

Hemos creído interesante recoger nuestra experiencia respecto a la frecuencia de la localización de la úlcera gástrica, los niveles de acidez gástrica libre (9) y la evolución en el tiempo, en el interés de obtener datos que permitan normar conductas futuras respecto al manejo de la úlcera gástrica, de acuerdo a su localización. Simultáneamente hemos creído conveniente analizar también la correlación radiológica-endoscópica (5).

MATERIAL Y METODOS

De un total de 2000 gastroscopías tomadas al azar, se obtuvieron 166 casos de úlcera gástrica péptica comprobada endoscópica e

*Jefe de Clínica de Gastroenterología, Hospital Dr. Calderón Guardia, Costa Rica.
***Residente de Gastroenterología, Hospital Dr. Calderón Guardia, Costa Rica.
***Residente de Gastroenterología, Hospital Dr. Calderón Guardia, Costa Rica.

histológicamente. De estos, en 103 casos se realizaron controles endoscópicos en un tiempo no menor a 4 años ni mayor a 8 años, así como estudios clínicos y radiológicos, para determinar la evolución que siguieron en el tiempo.

Para tal fin, dividimos los casos en 2 grandes grupos: úlceras suprangulares e infran-

gulares. Algunos casos tenían úlceras dobles.

A cada grupo se le estudió la edad, el sexo, el patrón de secreción máxima de histamina y la frecuencia de complicaciones.

Simultáneamente se analizaron los estudios radiológicos comparativamente con los endoscópicos.

CUADRO No. 1

EDAD Y SEXO

MASCULINO	116 casos	(69.8%)
FEMENINO	50 casos	(30.2%)
	Suprangulares	Infrangulares
Menos de 30 años	6.7%	5.4%
31 a 40 años	16.2%	16.3%
41 a 50 años	27.0%	26.0%
51 a 60 años	14.8%	21.7%
Más de 60 años	35.1%	30.4%

RESULTADOS

1—Edad y sexo

De los 166 casos, 116 (69.8%) fueron hombres y 50 (30.2%) mujeres, lo que equivale a una prevalencia de 2:1 para el hombre.

Como se puede observar en el cuadro número uno, la frecuencia de las úlceras suprangulares e infrangulares es significativamente similar en las personas mayores de 50 años. La literatura mundial hace referencia a que las úlceras suprangulares son más frecuentes en los viejos, contrariamente a los jóvenes; sin embargo, como queda demostrado, en nuestro medio la úlcera suprangular puede observarse a cualquier edad. Si la úlcera suprangular generalmente va asociada a gastritis crónica, y esta entidad es entonces frecuente en los jóvenes de nuestro país, esto apoyaría otras publicaciones de nuestro medio en donde se demuestra que la gastritis crónica atrófica es frecuente en los jóvenes de las zonas de alta incidencia de cáncer gástrico, siendo esta una entidad pre-maligna.

2—Curva de acidez gástrica

Del total de 166 casos, en 72 (43.3%) se realizó curva de acidez gástrica, encontrando los subsiguientes resultados:(4)

CUADRO No. 2

CURVA DE ACIDEZ GASTRICA

	<u>Suprangular</u>	<u>Infrangular</u>
Hipoclorhidria	14 (41.1%)	5 (13.1%)
Normoclorhidria	12 (35.2%)	7 (18.4%)
Hiperclorhidria	8 (23.5%)	25 (65.7%)
Aclorhidria	—	1 (2.6%)

Como se observa, la úlcera suprangular con mucho más frecuencia que la infrangular cursa con hipoclorhidria, cifras muy similares a las publicadas en otros países. El caso de úlcera infrangular con aclorhidria corresponde a un paciente que curó endoscópicamente, por lo que deducimos que hubo algún error de técnica en la determinación de la acidez gástrica al estímulo de histamina.

3—Localización

De los 166 casos estudiados, en 12 (17.2%) se encontraron úlceras dobles, (1) lo que arroja un gran total de 178 úlceras, que se distribuyeron así:

Cuadro No. 3

LOCALIZACION

	<u>Curv. menor</u>	<u>Curv. mayor</u>	<u>Cara ant.</u>	<u>Cara post.</u>	<u>Pilórica</u>	<u>Total</u>
Suprangular	62.(75.6%)	0	7 (8.5%)	13 (15.8%)	0	82
Infrangular	55 (57.2%)	6 (6.2%)	14 (14.5%)	3 (3.1%)	18 (18.7%)	96
						178

Con la observación del cuadro anterior, se concluye que no hemos observado úlceras pépticas supranguares de curvatura mayor, por lo que tal hallazgo endoscópico debe siempre orientar hacia la etiología neoplásica del proceso.

4-Correlación radiológico-endoscópica

En 102 casos (61.4%) de los 166, se practicó gastroscopía conjuntamente con la radiología y la correlación diagnóstica entre los dos métodos es como sigue:

Cuadro No. 4

CORRELACION RADIOLOGICA-ENDOSCOPICA

1- Con correlación	33 casos	(32.3%)
2- Sin correlación	57 casos	(55.8%)
3- Diagnóstico radiológico dudoso	12 casos	(11.7%)

Por lo tanto, las técnicas radiológicas usuales, que no incluyen el doble contraste, no ha sido en el presente estudio, un buen método diagnóstico para la úlcera gástrica, pues sólo en el 32.3% de los casos lograron diagnosticar úlceras observadas endoscópicamente y en 11.7% existió duda sobre la presencia de la lesión ulcerosa.(1).

5-Evolución de acuerdo a la localización:

De los 166 casos, en 3 hubo malignización, 2 de ellos en úlceras suprangulares y 1 en una úlcera pilórica, lo que indica que en la úlcera suprangular es potencialmente más factible la malignización (9).

De los 103 casos controlados endoscópicamente, recidivaron 12 suprangulares (11.6%) y cinco infrangulares (4.8%). Por lo tanto, las úlceras suprangulares, no sólo tienen factibilidad de degenerar sino también de recidivar (6,7,8).

Cuadro No. 5

EVOLUCION DE ACUERDO A LA LOCALIZACION

	<u>Malignizaron</u>	<u>Recidivaron</u>
SUPRANGULAR	2 (2.4%)	12 (11.6%)
INFRANGULAR	1 (1.04%)	5 (4.8%)

RESUMEN Y CONCLUSIONES

1. De un total de 2000 gastroscopías tomadas al azar, se obtuvieron 166 casos de úlcera gástrica (8.3%), 12 (7.2%) de ellos con úlceras dobles, lo que da un total de 178 úlceras gástricas.
2. En 103 casos se realizaron controles endoscópicos en un período no inferior a los 4 años ni mayor a los 8 años después de la primera gastroscopía diagnóstica.
3. Las úlceras fueron divididas en dos grandes grupos, las suprangulares (81 casos - 45.7%) y las infrangulares (96 casos - 54.2%).
4. La distribución etaria no demostró diferencias importantes de ambas localizaciones de úlcera gástrica, pues con igual frecuencia encontramos las úlceras supra e infrangulares en jóvenes y viejos.
5. Respecto a la curva de acidez gástrica al estímulo máximo de histamina, se encontró que las úlceras suprangulares más frecuentemente cursan con hipoclorhidria (41.1%) que las infrangulares (13.1%). A la inversa, las infrangulares cursaron con hiperclorhidria en el 65.7% de los casos y las suprangulares tan sólo en el 23.5%.
6. En 102 casos en los que conjuntamente con el estudio endoscópico se practicó radiografía al aparato digestivo alto con bario y sin técnica de doble contraste, la radiografía falló en demostrar la úlcera en el 55.8% de los casos y en el 11.7% el reporte radiológico no fue concluyente.
7. En 103 casos existió control endoscópico, es decir, el paciente fue explorado endoscópicamente "a posteriori" en 2 o más ocasiones subsiguientes para controlar la evolución de cada caso.
8. En 3 casos (2.9%) existió malignización de la úlcera, 2 de ellos eran úlceras suprangulares y una pilórica. Por otro lado, la úlcera péptica suprangular,

más frecuentemente recidiva y por lo tanto los controles endoscópicos deben ser más frecuentes y numerosos.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- BOYLE, J.D.: Multiple gastric ulcers, *Gastroenterology* 61:628;1971.
- 2.- CLASSEN, M.: Endoscopia de la úlcera péptica benigna, *Clínica gastroenterológica*: 1-2, 110, 1974.
- 3.- Du PLESSIS, D.J.: Pathogenesis of gastric ulceration. *Lancet*, 1, 974; 1965.
- 4.- JOHNSON, C.L. & JUDD, E.S.: The usefulness of vagotomy in treatment of gastric ulcer. *Surgical Clinics of North Am.*, 51: 907; 1971.
- 5.- LAUFER I; MULLENS J.E.; HAMILTON S.: The diagnostic accuracy of barium studies of the stomach and duodenum-correlation with endoscopy. *Radiology* 115:569-1975.
- 6.- POPLACK W.; et al: Linear and rod-shaped peptic ulcer. *Radiology* 122: 317, 1977.
- 7.- SAKITA, T.; OGUOR, U. & TAKASU, S.: Observations on the healing of ulcerations in early gastric cancer. The life cycle of the malignant ulcer. *Gastroenterology*, 60:835; 1971.
- 8.- SMALL, W.P.: Resultados a largo plazo de la cirugía de la úlcera péptica, *Clínica Gastroenterológica*, 1-2, 214; 1974.
- 9.- SMITH P, et al: Secretory state of gastric mucosa and resistance to injury by exogenous acid. *Am.J.S.* 133:81, 77.
- 10.- STALSBERG, H. & TAKSDAL, S.: Stomach cancer following gastric surgery for benign conditions. *Lancet*, 2:1175-1177; 1971.
- 11.- SUN, D.C.; and STEMPIEN, S.J.: Site and size of the ulcer as determinants of outcome. *Gastroenterology*, 61:576;1971.
- 12.- WALD A.: Aspirin and prepiloric ulcer. *Am. J.Dig.Dis* 21:918, 1976.